



Gutachten zur Krankenhauslandschaft Sachsen-Anhalt

Berlin, 28.07.2023



Impressum

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

Friedrichstraße 149

10117 Berlin

<https://www.pd-g.de>

Executive Summary

Das vorliegende Gutachten hat zum Ziel, den Ist-Zustand der medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt vor dem Hintergrund bestehender und zukünftiger Herausforderungen zu analysieren und dabei Fragen zur Über- und Unterversorgung mit medizinischen Leistungen sowie deren Erreichbarkeit zu beantworten. Im Ergebnis werden Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft bis zum Jahr 2035 unterbreitet. Die Analyse im Gutachten fokussiert sich auf die stationäre medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt, bezieht jedoch auch andere Versorgungsformen wie ambulante, teilstationäre und telemedizinische Dienstleistungen mit ein. Das Ziel des Gutachtens ist es, einen umfassenden Überblick über die notwendigen Bedarfe und Herausforderungen zu schaffen, ohne vollständige Empfehlungen für den Aus- oder Umbau individueller Krankenhausstandorte zu entwickeln.

Grundlage für die Analysen ist ein aus verschiedensten Datenquellen aufbereiteter Datensatz. Neben den bekannten Daten nach § 21 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz-KHEntgG) sowie den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser wurden ebenfalls Daten direkt bei den Krankenhäusern aus Sachsen-Anhalt erhoben und weitere Akteure in der medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt interviewt. Es wurden Analysen und Prognosen bis 2035 aus den zur Verfügung stehenden Daten der Jahre 2017 bis 2021 abgeleitet. Bei diesen Prognosen wurde neben dem sich weiter verstärkenden demografischen Wandel auch die Potentiale einer zukünftig stärker ambulanten Leistungserbringung bei der Schätzung des zukünftigen Bedarfs an stationären Kapazitäten berücksichtigt.

Das stationäre Versorgungsgeschehen wird anhand der für die neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen (NRW) erarbeiteten Leistungsgruppensystematik strukturiert analysiert. Die in NRW genutzte Systematik teilt die stationären Fälle in je 30 Leistungsbereiche mit 60 untergeordneten Leistungsgruppen für die Somatik und zwei Leistungsbereiche mit vier untergeordneten Leistungsgruppen für die Psychiatrie ein.

Da sich die vorgeschlagene Leistungsgruppenzuordnung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung an der hier im Gutachten genutzten NRW-Systematik orientiert, können die Analysen im vorliegenden Gutachten helfen, die Vorschläge zur Implementierung der Empfehlungen der Regierungskommission zu bewerten, auch wenn aufgrund der noch nicht finalisierten Ausgestaltung der Empfehlungen im vorliegenden Gutachten auf eine detaillierte Bewertung dieser verzichtet wird.

Die in diesem Gutachten dargestellten Auswertungen zeigen, dass die Versorgung mit stationären Krankenhausleistungen in Sachsen-Anhalt insgesamt als gut bewertet werden kann. Insbesondere in den Ballungszentren sind alle notwendigen medizinischen Kapazitäten vorhanden. Teilweise lassen sich dort sogar Anzeichen von Überversorgung feststellen.

Im Jahr 2021 versorgten die 54 Standorte rund 486.000 vollstationäre Fälle. Dies waren rund 113.000 Fälle oder 19 Prozent weniger als 2017. Der größte Teil dieses Rückgangs lässt sich auf die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zurückführen, auch wenn eine Abnahme der Fallzahl kontinuierlich seit 2017 zu beobachten ist. Seit 2019 lag der Rückgang während der Covid-19-Pandemie mit 17 Prozent über dem deutschlandweiten Schnitt von 14 Prozent.

Insgesamt standen im Jahr 2021 rund 14.600 vollstationäre Krankenhausbetten zur Verfügung und damit je Einwohnerin und Einwohner deutlich mehr als im Bundesdurchschnitt. Die Bettenauslastung lag auch deswegen im Jahr 2019 bei rund 74 Prozent und in 2021 bei rund 63 Prozent und damit jeweils an letzter

Stelle im Bundesländerranking. Die Analyse nach Leistungsgruppen zeigt, dass dieses Reduktionspotential in der Anzahl der aufgestellten Betten nicht über alle Bereiche und Regionen gleich verteilt ist. Neben der auf Landesebene notwendigen Reduktion an allgemeinen Bettenkapazitäten ist gleichzeitig der Auf- und Ausbau von Behandlungskapazitäten in einigen Versorgungsbereichen erforderlich. Das Gutachten gibt Hinweise auf zusätzliche Bedarfe an stationären Kapazitäten zum Beispiel bei der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation und der Geriatrie.

Durch die Analysen zum Versorgungsgeschehen konnte zudem festgestellt werden, dass die Bevölkerung insbesondere in den Grenzregionen unter anderem wegen der sehr langen Fahrtzeiten innerhalb von Sachsen-Anhalt für bestimmte Behandlungen auf die Versorgung durch angrenzende Bundesländer angewiesen ist. Die Zahl der Patientinnen und Patienten aus Sachsen-Anhalt, die zur Behandlung in ein anderes Bundesland pendeln, übersteigt deutlich die Zahl der Patientinnen und Patienten, die zur Behandlung aus anderen Bundesländern nach Sachsen-Anhalt kommen. Darüber hinaus zeigt sich in den weniger dicht besiedelten Regionen, insbesondere den nördlichen Teilen des Altmarkkreises Salzwedel und des Landkreises Stendal, dass hier teilweise eine Unterversorgung mit spezialisierten Krankenhausleistungen besteht.

Die Basisnotfallversorgung ist im gesamten Bundesland flächendeckend gegeben. Überdurchschnittlich hohe Fahrzeiten ergeben sich zum Teil jedoch bei der Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung im nördlichen Teil des Bundeslandes. Die Analysen zeigen aber auch deutliche Verbesserungen in diesen Bereichen in den letzten Jahren. Dennoch werden in Sachsen-Anhalt immer noch zu viele Fälle mit diesen Indikationen in nicht dafür ausgerüstete Krankenhausstandorte gebracht und danach selten an einen geeigneten Krankenhausstandort verlegt.

Die Geburtshilfe und die Kinder- und Jugendmedizin sind flächendeckend gut verfügbar, auch wenn insbesondere kleinere Einheiten deutliche Fallzahlrückgänge seit 2017 und insbesondere in der Covid-19-Pandemie zu verzeichnen hatten. Dieser Rückgang wird sich aller Voraussicht nach weiter fortsetzen. Die Aufrechterhaltung von Geburtshilfen vor dem Hintergrund sinkender Geburtenzahlen stellt somit nicht nur aus wirtschaftlicher Perspektive eine Herausforderung für die Leistungserbringer dar. Vielmehr wird es aus personellen und organisatorischen Gründen immer schwieriger werden, alle bestehenden Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt zu erhalten.

Studien zeigen, dass die Behandlungsqualität durch eine Zentralisierung und Spezialisierung von Leistungen signifikant verbessert werden kann. Gleichzeitig fördert eine starke Zentralisierung eine bessere Steuerung des zunehmend schwer verfügbaren Fachpersonals. Die Auswertungen im Gutachten zeigen hier noch deutliches Potential. So werden auch weiterhin bei mit Mindestmengen belegten Leistungen wie zum Beispiel Eingriffe am Ösophagus diese durch Leistungserbringer regelmäßig unterschritten. Auch weitere komplexe Behandlungen können und sollten an dafür spezialisierten Standorten konzentriert werden. Das Gutachten gibt dazu an entsprechenden Stellen Hinweise.

Die voll- und teilstationären Versorgungsangebote für die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sind nicht gleichmäßig über die Fläche von Sachsen-Anhalt verteilt. Dies gilt insbesondere für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Insbesondere im Norden des Bundeslandes gibt es relativ wenige teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Angebote.

Die Bedarfe an stationären Leistungen für das Jahr 2035 werden je Leistungsgruppe auf Basis der jeweiligen Inzidenzen aus den Jahren 2019 und 2021 und der geschätzten Bevölkerungsverteilung im Jahr 2035, adjustiert um einen leistungsgruppenspezifischen Ambulantisierungsfaktor, geschätzt.

Die Basisjahre 2019 und 2021 wurden gewählt, da sich um jetzigen Zeitpunkt noch keine validen Aussagen über Inzidenzen nach der Covid-19-Pandemie treffen lassen. Aufgrund dessen wurden die Prognoseergebnisse einmal auf Basis der Zahlen vor der Covid-19-Pandemie und den zuletzt zur Verfügung stehenden Daten für das Gutachten bestimmt. Die Gutachtenden gehen davon aus, dass ein Teil der Fallzahlrückgänge in einzelnen Leistungsgruppen in den nächsten Jahren wieder ausgeglichen wird. Da sich dies im Detail aktuell jedoch nur unzureichend valide bestimmen lässt, wurde das beschriebene Vorgehen gewählt, um beide Möglichkeiten einer Fallzahlentwicklung abbilden zu können.

Insgesamt wird jedoch bis zum Jahr 2035 im Vergleich zu 2021 ein Fallzahlrückgang von 6 bis 21 Prozent unter Berücksichtigung einer fortschreitenden Ambulantisierung erwartet. Dabei lässt sich eine deutliche Streuung der Fallzahlveränderungsraten zwischen den einzelnen Leistungsgruppen feststellen. Besonders hohe Fallzahlrückgänge weisen die Leistungsgruppen Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Leistungsgruppe HNO auf. Für nur wenige Bereiche, zum Beispiel Geriatrie, kann voraussichtlich von einer Zunahme der Fallzahlen bis 2035 ausgegangen werden.

Diese Fallzahlrückgänge werden die Leistungserbringer in vielen Regionen vor substanzielle Herausforderungen stellen. Darüber hinaus zeigte die Befragung aller Krankenhäuser des Landes sowie die Interviews der Stakeholder den zunehmenden Fachkräftemangel als das relevanteste Hindernis, um das Angebot an medizinischen Leistungen auf- und auszubauen. Die interviewten Stakeholder berichten, dass der beobachtete Fallzahlrückgang in einigen Leitungsgruppen auch auf den Mangel von Fachkräften zurückzuführen ist.

Um diese Rahmenbedingungen angemessen aufgreifen zu können, ist das vorliegende Gutachten in acht einzelne Kapitel gegliedert. Im ersten Kapitel werden die Ziele des Gutachtens, die Ausgangssituation in Sachsen-Anhalt und die aktuelle Krankenhausplanung beschrieben. Das zweite Kapitel behandelt die aktuellen Herausforderungen und Trends in der stationären medizinischen Versorgung, wie Bedarfsgerechtigkeit, Erreichbarkeit, sektorenübergreifende Versorgung, Ambulantisierung, Digitalisierung, Fachkräftebedarf, Anstieg der Stromkosten und der Einfluss der Covid-19-Pandemie. Im darauffolgenden dritten Kapitel werden die verwendete Datengrundlage und die aufbereiteten Daten dargelegt. Das vierte Kapitel beschreibt den gegenwärtigen Status quo der Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt anhand der bestehenden Krankenhauslandschaft und der Entwicklungen in den Jahren 2017 bis 2021. Im fünften Kapitel werden spezielle Versorgungsfragen behandelt, wie beispielsweise Notfallversorgung, Herzinfarkt, Schlaganfall, Geburtshilfe und Mindestmengen der Versorgung. Anschließend folgt im sechsten Kapitel eine Prognose zum zukünftigen Versorgungsbedarf nach Leistungsgruppen und Wohnorten in Sachsen-Anhalt. Kapitel Sieben gibt einen Ausblick auf zukünftige Entwicklungen und die Situation bis zum Jahr 2035 in Sachsen-Anhalt. Im abschließenden achten Kapitel werden die wesentlichen, in den vorangegangenen Kapiteln erarbeiteten und identifizierten Handlungsempfehlungen beschrieben. Im Folgenden werden diese hier kurz dargestellt.

Empfehlung 1: Zentralisierung von Leistungen unter aktiver Gestaltung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Die Darstellungen im Gutachten zeigen, dass die Strukturen der Gesundheitsversorgung in Sachsen-Anhalt vor noch nie dagewesenen Herausforderungen stehen. Neben den hier im Gutachten umfassend beschriebenen externen Faktoren (insbesondere Fachkräftemangel und Bevölkerungsrückgang), zeichnet sich zum Stand der Veröffentlichung des vorliegenden Gutachtens eine mögliche Reform der Krankenhausplanungs- und Finanzierungssystematik in Deutschland ab. Die bisher vorliegenden Vorschläge zur Krankenhausstruktur weichen nicht fundamental von den hier im Gutachten unterbreiteten Empfehlungen ab: Im Wesentlichen geht es darum, komplexe Leistungen aus wirtschaftlichen aber eben auch aus Qualitätsgründen an weniger Krankenhäusern zu zentralisieren.

Eine stärkere Zentralisierung von Leistungen wird darüber hinaus helfen, die beschränkten Personalressourcen zentral zu organisieren und so deren Einsatz zu optimieren. Dabei müssen die flächendeckende Krankenhausversorgung und angemessene Erreichbarkeiten Teil der Planungsgrundsätze sein.

Unter Einbindung der beteiligten ambulanten und stationären Versorger, der Selbstverwaltung und der weiteren beteiligten Akteure sowie der Bürgerinnen und Bürger sollte das Land als aktiver Gestalter und Wegweiser sektorenübergreifend die Versorgung mit Gesundheitsleistungen gestalten.

Empfehlung 2: Gestuftes System der Krankenhausversorgung

Die Gutachtenden empfehlen eine gestufte Versorgung der Krankenversorgung. So soll sichergestellt werden, dass eine Basisversorgung mit internistischen und chirurgischen Leistungen in allen Regionen wohnortnah zur Verfügung steht. Darunter ist eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten für möglichst 95 Prozent der Bevölkerung in einer Region zu verstehen. Dies sollte auch in Zukunft gewährleistet sein, weil es sehr wichtig für die Akzeptanz in der Bevölkerung ist. Weiterhin muss sichergestellt werden, dass die Kinder- und Geburtskliniken regional verfügbar sind (Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten).

Grundsätzlich sollte gelten, dass je komplexer die zu erbringenden medizinischen Leistungen werden, desto stärker sollten die Leistungen an großen Schwerpunktversorgern, Maximalversorgern und den Universitätskliniken konzentriert werden. Hochspezialisierte Leistungen sollten an weniger Krankenhäusern konzentriert werden. Dies betrifft Leistungen, die mit Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses belegt sind, aber auch weitere komplexe Leistungen ohne solche Mindestmengen, zum Beispiel Ablationen bei Herzrhythmusstörungen. Die höhere Behandlungsqualität führt aber unweigerlich zu längeren Transportwegen.

Empfehlung 3: Leistungen steuern mittels Leistungsgruppen und Leistungsbereichen für die Bedarfsplanung und die Zuweisung der Versorgungsaufträge

Die aktuelle Krankenhausplanung beschränkt sich im Wesentlichen auf die Zuweisung von Versorgungsaufträgen nach Fachgebieten. Dabei entfaltet die Ausweisung von Fachgebieten als Planungsgrundlage infolge fehlender Eindeutigkeit der Zuordnung von Krankenhausfällen zu den Fachgebieten beziehungsweise Fachgebietsgruppen kaum steuernde Wirkung. Beispielsweise ist dem Standort mit der zweitgrößten Kardiologie des Landes nicht das Fachgebiet Kardiologie, sondern die Fachgebietsgruppe Innere Medizin zugewiesen.

Eine Prognose des zukünftigen Bedarfs auf Basis einer solchen Fallzahlzuordnung kann entsprechend keine heterogenen Trends in verschiedenen Fachgebieten abbilden und kann zu deutlichen Fehleinschätzungen führen. Eine aktive Steuerung der Kapazitäten des stationären Versorgungsgeschehens durch das Land ist so nur eingeschränkt möglich.

Die Nutzung der Leistungsgruppensystematik erlaubt neben der genaueren Bestimmung des notwendigen Bedarfs und der damit einhergehenden notwendigen Kapazitäten auch stärker qualitätsorientierte Entscheidungen bei der Krankenhausplanung als dies im aktuellen System möglich ist. So ermöglicht es die Festlegung individueller Qualitätsvorgaben für bestimmte Leistungsgruppen, wie zum Beispiel strukturelle, apparative und personelle Ausstattungsanforderungen sowie sonstige bundes- und landesrechtliche Struktur- und Prozesskriterien. Darüber hinaus ist mit einer Leistungsgruppen-Systematik auch ein besserer Vergleich und eine grenzüberschreitende Planung zwischen Bundesländern, die die gleiche Systematik nutzen, möglich.

Empfehlung 4: Versorgungsrelevante Krankenhäuser stärken

Versorgungsrelevant können Krankenhäuser unterschiedlicher Größen und Spezialisierungen sein. Auch kleine Krankenhäuser sind in vielen Fällen im Sinne der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung versorgungsrelevant. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalts (MS) sollte prüfen, welche Versorgungsschwerpunkte den einzelnen Krankenhäusern mittels Leistungsbereichen und Leistungsgruppen im künftigen Krankenhausplan zugewiesen werden können. Aus dieser Festlegung würden sich dann unmittelbare Versorgungsaufträge ergeben, die durch das Land mit ausreichend Investitionsmitteln unterlegt werden müssen. Durch die Konzentration von komplexen Leistungen an weniger Krankenhäusern werden die Investitionsmittel tendenziell konzentrierter vergeben werden müssen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Investitionen in Bereichen, die nicht zum Versorgungsauftrag gehören, nicht vom Land gefördert werden sollten.

Eine absolute Erhöhung der Fördermittel ist angeraten, da die Förderung in Sachsen-Anhalt im Bundesvergleich besonders niedrig ist. Dies kann über pauschale Fördermittel erfolgen, die für vergleichsweise frei von den Krankenhäusern für Investitionen verwendet werden können. Da aber eine gezielte Konzentration von Leistungen erfolgen sollte, ist neben der Pauschalförderung auch eine gezielte Einzelförderung notwendig, um diesen Prozess zu flankieren. Hier sollte das Land die Möglichkeit nutzen, um bestimmte Schwerpunkte gezielt zu fördern, zum Beispiel den Aufbau von telemedizinischen Anwendungen und Vernetzungen. Je nach Trägerstruktur, Rechtsform und vorhandener Liquidität kann die wirtschaftliche Schiefelage bis zur Insolvenz führen. Findet sich kein neuer Träger für das Krankenhaus, kann es sein, dass versorgungsrelevante Krankenhäuser ihren Betrieb einstellen müssen. Auch wenn die Ausrichtungen der Analysen eine konkretere Aussage nicht zulässt, sollte das Land auf Grund der aufgezeigten Entwicklungen in den letzten Jahren und der Prognosen des Gutachtens auf eine solche Lage vorbereitet sein.

Empfehlung 5: Koordinierende Rolle der Universitätskliniken stärken

Wie im Gutachten dargestellt, nehmen die Universitätskliniken mit den medizinischen Fakultäten der Universitäten eine zentrale Rolle in der Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt ein. Sie sind Maximalversorger, Teil des Angebots an umfassender Notfallversorgung und spezieller Leistungen, wie zum Beispiel Transplantationen oder der Behandlung seltener Erkrankungen oder komplexer onkologischer Erkrankungen. Auf Grund der bestehenden Strukturen und Erfahrungen der Universitätskliniken, auch insbesondere aus der Zeit der Covid-19-Pandemie, sollte der Rolle der Universitätskliniken im Land eine größere Aufmerksamkeit geschenkt werden: Sie verfügen eben nicht nur über eine herausragende Rolle im Bereich der Krankenversorgung, sondern sie nehmen auch eine zentrale Rolle bei der Ausbildung des medizinischen Fachpersonals wahr. Deutlich wird aber auch, dass die Universitätskliniken zusätzliche und neue Leistungen im Interesse des Landes Sachsen-Anhalt, wie die Weiterentwicklung der assistierten Telemedizin, die Implementierung digitaler Gesundheitslotsen für die Ersteinschätzung oder die Aus- und Weiterbildung regionaler Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, übernehmen. Diese müssen auch zusätzlich vergütet werden, da die beschriebenen Leistungen im heutigen DRG-System nur partiell vergütet werden.

Empfehlung 6: Stärkere Nutzung aller Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung und Nutzung neuer Technologien

Die eingangs beschriebenen Veränderungen in der Zukunft werden es nicht erlauben, alle Gesundheitsleistungen in heutigem Umfang zur Verfügung zu stellen. Daher sollten alle Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung genutzt werden, um die Zusammenarbeit und Koordination zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems zu verbessern. Hier geht es um wohnortnahe ambulante fachärztliche Versorgung in Verbindung mit einer stationären ärztlichen und krankenschweflerischen Versorgung mit der Möglichkeit einer stationären Überwachung. Abhängig von den lokalen Voraussetzungen kann

im Einzelnen eine Stärkung des ambulanten oder des stationären beziehungsweise teilstationären Bereiches erforderlich sein oder eine Verzahnung der beiden Bereiche angeraten sein. Dies kann im Rahmen von bereits etablierten oder weiteren – schon jetzt rechtlich möglichen - Modellen erfolgen. Zudem sollten neue Technologien genutzt werden, um bestimmte Versorgungsdefizite zu beheben, zum Beispiel im Rahmen telemedizinischer Strukturen und Behandlungspfade.

Das MS kann hier unterstützend wirken, indem es weitere Pilotprojekte initiiert und alle involvierten Akteure ermuntert. Die strukturellen Gegebenheiten sind im Land Sachsen-Anhalt regional sehr unterschiedlich, weshalb es auch entscheidend auf die Voraussetzungen vor Ort ankommt. Des Weiteren kann das Land neue Technologien fördern, deren Umsetzung möglicherweise von den Universitätskliniken gesteuert wird. Die Universitätskliniken sollten das MS bei diesem Prozess unterstützen. Siehe dazu auch die Ausführungen in Empfehlung 5.

Empfehlung 7: Kapazitäten für spezifische Leistungsbereiche ausbauen

Im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation werden die Hälfte aller Patientinnen und Patienten in anderen Bundesländern behandelt. Nur zwei Einrichtungen bieten die Leistungen im größeren Umfang in Sachsen-Anhalt an, was keine halbwegs wohnortnahe Versorgung ermöglicht. Gleichzeitig ist es kein so seltenes oder komplexes Behandlungsangebot, so dass sich aus der starken Zentralisierung deutliche Qualitätsvorteile ergeben würden. Erste Berechnungen zeigen einen Bedarf für den Aufbau von rund 130 zusätzlichen Betten für dieses Behandlungsangebot in Sachsen-Anhalt. Diese sollte auf mehrere Versorger aufgeteilt werden, um so ein flächendeckendes Angebot zu ermöglichen. Lokale Doppelstrukturen sollten vermieden werden.

Im Bereich der teilstationären Geriatrie ist im Norden von Sachsen-Anhalt ein Angebotsdefizit bei den teilstationären geriatrischen Leistungen festzustellen. Das fehlende Angebot ist möglicherweise aus wirtschaftlichen Gründen nicht darstellbar, da die notwendige Fallzahl für einen organisatorisch effizienten und wirtschaftlichen Betrieb nicht realisiert werden kann. Das Land kann hierzu die Rückmeldungen der potenziellen Träger einholen, gegebenenfalls können strukturelle Ausgleichszahlungen geleistet werden.

Das Einrichten der zusätzlich geplanten Stroke Unit zur Reduktion der Fahrtzeit für den Landkreis Stendal ist aus Sicht der Gutachtenden zwingend erforderlich, da hier die vorgegebenen Fahrtzeiten aus dem Krankenhausplan erheblich überschritten werden. Zudem sollten in Sachsen-Anhalt vor dem Hintergrund der optimalen Ressourcenallokation telemedizinische Unterstützungsangebote durch bestehende Stroke Units erweitert werden. Diese werden bereits erfolgreich deutschlandweit eingesetzt und konnten eine deutliche Verbesserung der Behandlungsergebnisse belegen.

Ein oder zwei neurovaskuläre Zentren zur qualitativ besonders hochwertigen Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sollten in Halle und Magdeburg eingerichtet werden. Um die notwendigen Mindestfallzahlen zu erreichen, muss das Angebot dort vor Ort vermutlich konzentriert werden.

Es ist jedoch anzumerken, dass der Implementierungsaufwand vieler der hier genannten Leistungsangebote als hoch einzustufen ist und es vermutlich mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird, bis die Umsetzung in der Fläche erfolgt ist, der verzögerte Aufbau der Stroke Unit in Stendal zeigt dies. Neben den organisatorischen Hürden und finanziellen Engpässen stellt vor allem der Fachkräftemangel eine Herausforderung bei der Implementierung und längerfristigen Vorhaltung neuer Leistungsangebote für die Krankenhäuser dar.

Empfehlung 8: Bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten in geeignete Behandlungsangebote

Die Analysen haben gezeigt, dass viele Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern behandelt werden, die dafür nicht ausreichend ausgestattet sind (zum Beispiel Behandlung von Schlaganfällen ohne Vorhandensein einer Stroke Unit). Die Patientinnen und Patienten erhalten daher nicht die bestmögliche Behandlung. Da die Erkrankung allerdings erst zuverlässig im Krankenhaus diagnostiziert werden kann, wird es immer wieder Fehlbelegungen geben. Bei Verdachtsfällen sind jedoch die geeigneten Krankenhäuser anzufahren, auch wenn diese weiter entfernt sind. Patientinnen und Patienten sind konsequenter als bisher weiter zu verlegen, wenn nicht alle geeigneten Therapieoptionen vor Ort vorhanden sind (zum Beispiel Herzkatheter).

In diesem Zusammenhang sollten die aktuellen Zuschnitte der Gebiete der Rettungsleitstellen auf Effizienz und Effektivität untersucht werden. Es sollte auch geprüft werden, ob ein weiterer Rettungshubschrauber im Norden des Landes die Versorgung deutlich verbessern kann, insbesondere bei schweren und zeitkritischen Erkrankungen.

Empfehlung 9: Länderübergreifende Analysen und Abstimmung für eine zukünftige gemeinsame Planung

Die Analysen in diesem Gutachten und das Beispiel der gemeinsamen Krankenhausplanung von Berlin und Brandenburg seit einigen Jahren lassen jedoch auch gewisse Potentiale in einer Abstimmung und gemeinsamen Planung vermuten, um einerseits der Bevölkerung in den Grenzregionen eine zeitnahe und qualitativ hochwertige Versorgung zu garantieren und andererseits die knappen Ressourcen insbesondere hinsichtlich des Personals optimal zu berücksichtigen.

Eine Abstimmung zwischen den Ländern sollte dabei insbesondere die Kapazitäten in den Grenzregionen aber auch die Vorhaltung von Strukturen für sehr komplexe und seltene Erkrankungen in beteiligten Bundesländern im Blick haben. Die Gutachtenden regen daher an, Sachsen-Anhalt mit einem oder mehreren anliegenden Bundesländern eine Analyse zu vorgehaltenen Kapazitäten und deren Erreichbarkeit initiiert mit dem Ziel, die Potentiale einer gemeinsamen Planung und Steuerung zu evaluieren.

Empfehlung 10: Datengrundlagen für das Monitoring und die Steuerung der ambulanten und stationären Versorgung stärken

Für das regelmäßige Monitoring der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen im Hinblick auf die Kapazitäten, den Zugang und die Qualität der erbrachten Leistungen sind umfassende Daten und Informationen in analysierbarer Form im MS vorzuhalten und zu pflegen. Dazu müssen verschiedene Datenquellen (zum Beispiel stationäre und ambulante Abrechnungsdaten, Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung) und Datenstände verfügbar und miteinander verknüpfbar sein.

Empfehlung 11: Begleitung des Abbaus von überschüssigen Bettenkapazitäten

Die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt verzeichnen seit einigen Jahren im deutschlandweiten Vergleich eine geringe Bettenauslastung. Im Jahr 2019 lag sie bei 74 Prozent und in 2021 bei 63 Prozent und damit jeweils an letzter Stelle im Bundesländerranking.¹ Dies ist ein klarer Hinweis dafür, dass für den Bedarf zu viele Betten vorgehalten werden. Aufgrund der prognostizierten weiter sinkenden Fallzahlen wird die Auslastung bei gleichbleibender Bettenzahl entsprechend weiter sinken. Perspektivisch werden bis 2035 rund 2.000 bis 4.000 vollstationäre Betten weniger benötigt, wenn die Auslastung der stationären Betten wieder bei 80 Prozent liegen soll und eine Ambulantisierung weiterer Leistungen erfolgt. Ein nicht unerheblicher Teil des ausgewiesenen Bettenrückgangs geht dabei auf die Erhöhung der Bettenauslastung von aktuell rund

¹ Selbstauskunft der Krankenhäuser

74 Prozent (Niveau von vor der Covid-19-Pandemie) auf eine Zielauslastung von 80 Prozent zurück. Die Erhöhung der Zielauslastung der stationären Betten führt zu einer Reduktion, abhängig vom Prognoseszenario, zwischen 900 und 1.100 bisher nicht benötigter Betten. Es darf bezweifelt werden, dass alle aufgestellten Betten überhaupt betrieben werden könnten, weil das notwendige Personal nicht in vollem Umfang vorhanden ist. Es ist daher möglich, diese nicht genutzten Betten abzubauen, ohne eine Verschlechterung der Versorgungssituation herbeizuführen. In Einzelfällen können die betriebenen Kapazitäten verringert und so die Kosten gesenkt werden. Ebenso kann in Einzelfällen dringend benötigtes Fachpersonal reduziert und an anderer Stelle eingesetzt werden.

Finanzielle Mittel zur Reduktion des Leistungsangebotes stehen auf Bundesebene nur in ausgewählten Fällen zur Verfügung. Soweit nicht andere Förderungen vorhanden sind, sollte das Land den Abbau beziehungsweise Umbau der Krankenhauslandschaft mit ausreichenden organisatorischen und finanziellen Mitteln unterstützen.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	1
Executive Summary	2
Inhaltsverzeichnis	10
Abbildungsverzeichnis	13
Tabellenverzeichnis	19
Abkürzungsverzeichnis	21
1 Einführung	26
1.1 Aufbau des Gutachtens	26
1.2 Ziele des Gutachtens	26
1.3 Sachsen-Anhalt im Bundesvergleich	27
1.3.1 Bevölkerungsverteilung	27
1.3.2 Demografische Entwicklung	30
1.4 Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt	34
1.5 Sicherstellungszuschlag	36
2 Herausforderungen und Trends der stationären Versorgung	40
2.1 Bedarfsgerechtigkeit	40
2.2 Erreichbarkeit und Zentralisierung	41
2.3 Ambulantisierung von Krankenhausleistungen	43
2.4 Sektorenübergreifende Versorgung	45
2.5 Digitalisierung	47
2.6 Fachkräftebedarf	50
2.7 Covid-19-Pandemie	52
2.8 Finanzierung	54
2.9 Energie und Inflation	58
2.10 Regierungskommission	60
3 Verwendete Datenquellen und Verarbeitung der Daten	62
4 Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021	68
4.1 Die Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt	68
4.1.1 Strukturen der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt	68
4.1.2 Nord-Süd-Clusterung	71
4.2 Die Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt im Bundesvergleich	72
4.2.1 Patientenwanderung nach und von anderen Bundesländern	75
4.3 Entwicklung der voll- und teilstationären Fallzahlen in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021	76

4.4	Analyse der vollstationären Fälle von 2017 bis 2021 gemäß entlassender Abteilung	81
4.5	Analyse der vollstationären Fälle von 2017 bis 2021 gemäß den NRW-Leistungsgruppen	84
4.6	Beispielanalysen aus dem somatischen Bereich	89
4.6.1	Leistungsbereich „08 – Kardiologie“	89
4.6.2	Frührehabilitative Komplexbehandlungen aus den LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ (inkl. teilstationäre Geriatrie)	100
4.7	Zusammenfassung	108
5	Ausgesuchte Fragestellungen zur Versorgung	110
5.1	Notfallversorgung durch die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt	110
5.1.1	Einführung	110
5.1.2	Gestuftes System von Notfallstrukturen in den Krankenhäusern	111
5.1.3	Status quo und Erreichbarkeiten	112
5.1.4	Prognose	132
5.1.5	Zusammenfassung	141
5.2	Herzinfarkt	142
5.2.1	Hintergrund	142
5.2.2	Analyse der Versorgungssituation	144
5.2.3	Zusammenfassung	153
5.3	Schlaganfall	153
5.3.1	Behandlung in Stroke Units	156
5.3.2	Erreichbarkeit von Stroke Units	163
5.3.3	Zusammenfassung	166
5.4	Traumazentren	168
5.4.1	Standorte und Erreichbarkeit der Traumazentren	169
5.4.2	Zusammenfassung	171
5.5	Mindestmengen	172
5.5.1	Hintergrund	172
5.5.2	Versorgungsanalyse bei Kniegelenk-Totalendoprothesen	174
5.5.3	Versorgungsanalyse bei komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas für Erwachsene (Bauchspeicheldrüse)	177
5.5.4	Versorgungsanalyse bei komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene (Speiseröhre)	180
5.5.5	Zusammenfassung	182
5.6	Zentren	183
5.6.1	G-BA Zentren	183
5.6.2	Spezialisierte Zentren	189

5.6.3	Zusammenfassung	190
5.7	Geburtshilfe	191
5.7.1	Geburten	191
5.7.2	Perinatalzentren	197
5.7.3	Zusammenfassung	202
5.8	Kinder- und Jugendmedizin	203
5.8.1	Aktueller Stand der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung	203
5.8.2	Zusammenfassung	210
5.9	Psychiatrische und psychosomatische Versorgung	213
5.9.1	Bedeutung und Versorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen	213
5.9.2	Versorgungsstruktur psychiatrischer und psychosomatischer Fächer in Sachsen-Anhalt	214
5.9.3	Prognose der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt bis 2035 auf der Wohnortebene	230
5.9.4	Zusammenfassung	231
6	Prognose	233
6.1	Prognose der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt auf der Wohnortebene bis 2035	233
6.2	Prognose der vollstationären Fälle auf der Ebene des Behandlungsortes Sachsen-Anhalt bis 2035	237
6.3	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	239
7	Situation der Krankenhäuser	241
7.1	Personal und Fachkräfte	241
7.2	Entwicklung der Kosten	245
7.3	Investitionsbedarfe der Krankenhäuser	248
7.4	Die besondere Rolle und Funktion der Universitätskliniken	252
8	Handlungsempfehlungen	255
	Danksagung	262
	Anhang	263

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Bevölkerungsdichte und -verteilung in Sachsen-Anhalt für 2021	29
Abbildung 2	Entwicklung der Einwohneranzahl in Sachsen-Anhalt	30
Abbildung 3	Prognostizierte Entwicklung der Altersgruppen	32
Abbildung 4	Veränderung der Bevölkerung bis zum Jahr 2035 in Prozent	34
Abbildung 5	Standorte, welche die Vorgaben der G-BA-Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V erfüllen/	38
Abbildung 6	Stand der Digitalisierung des Gesundheitssystems ausgewählter Länder 2018	48
Abbildung 7	Gesundheitspersonal nach Altersgruppen	51
Abbildung 8	Duale Krankenhausfinanzierung	54
Abbildung 9	Landesbasisfallwerte in Euro je Bundesland 2023	56
Abbildung 10	Entwicklung des Veränderungswertes von 2021 bis 2023 ohne Bundespflegesatzverordnung	57
Abbildung 11	Aufgestellte Betten (voll- und teilstationäre) gemäß der strukturierten Qualitätsberichte je Krankenhausstandort nach Trägerschaft für das Jahr 2021	68
Abbildung 12	Anteile der Trägerschaften von Krankenhäusern des Landes Sachsen-Anhalt von 1991 bis 2021	69
Abbildung 13	Standorte mit Versorgungsstufen laut Krankenhausplan/	71
Abbildung 14	Aufgestellte Betten gemäß der strukturierten Qualitätsberichte und dem Nord-Süd-Cluster 2017 bis 2022	72
Abbildung 15	Vollstationäre Fallzahlen je 1.000 EW im Bundesvergleich 2019 und 2021	73
Abbildung 16	Durchschnittlich aufgestellt Betten je 100.000 EW im Bundesvergleich 2019 und 2021	74
Abbildung 17	Bettenauslastung im Bundesvergleich 2019 und 2021	75
Abbildung 18:	Anzahl der Krankenhausfälle der Ein- und Auspendler im Jahr 2021	76
Abbildung 19	Entwicklung der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 gemäß DRG- und PEPP-Fällen	77
Abbildung 20	Entwicklung der teilstationären Fälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 gemäß DRG- und PEPP-Fällen	78
Abbildung 21	Entwicklung der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 gemäß Differenzierung nach Notfall und elektiv/Weitere	79
Abbildung 22	Wohnort der vollstationär in Sachsen-Anhalt versorgten Fälle zwischen 2017 und 2021	80
Abbildung 23	Verteilung der in Sachsen-Anhalt behandelten vollstationären Fälle 2021 nach Wohnort	81
Abbildung 24	Durchschnittliche Verweildauer gemäß DRG- und PEPP-Fällen von 2017 bis 2021	83
Abbildung 25	Vollstationär behandelte Fälle im LB „08 – Kardiologie“ in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021	90
Abbildung 26	Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „08.1 – EPU/Ablation“ in 2021	92

Abbildung 27	Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.1 – EPU/Ablation“ in 2021	93
Abbildung 28	Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ in 2021	94
Abbildung 29	Prozentualer Anteil der Versorgung innerhalb von Sachsen-Anhalt für den OPS-Kode 1-275 (transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung) für die Jahre 2019 und 2021	95
Abbildung 30	Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ in 2021	96
Abbildung 31	Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „08.3 – Kardiale Devices“	97
Abbildung 32	Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.3 – Kardiale Devices“	98
Abbildung 33	Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“	99
Abbildung 34	Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“ in 2021	100
Abbildung 35	Vollstationär behandelte Fälle in Sachsen-Anhalt innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ sowie der teilstationären Geriatrie	101
Abbildung 36	Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „26.3 – Neuro-Frühreha“	103
Abbildung 37	Fälle je Versorger in Sachsen-Anhalt und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“	104
Abbildung 38	Prozentualer Anteil der Versorgung innerhalb von Sachsen-Anhalt für die LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ für 2019 und 2021	105
Abbildung 39	Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „27.1 – Geriatrie“	106
Abbildung 40	Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „27.1 – Geriatrie“	107
Abbildung 41	Erreichbarkeit von Versorgern für die teilstationäre geriatrische Versorgung 2020 und 2021	108
Abbildung 42	Vollstationäre Fälle mit dem Aufnahmearbeit „Notfall“ bei der Vergütung gemäß DRG und PEPP mit Wohnort in Sachsen-Anhalt	113
Abbildung 43	Vollstationäre Fälle mit dem Aufnahmearbeit „Notfall“ und elektiv/Rest mit Behandlungsort in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021	114
Abbildung 44	Verteilung der Krankenhäuser mit Notfallstufe und Bevölkerungsdichte für Sachsen-Anhalt (eigene Darstellung)	115
Abbildung 45	Bettenanzahl der an der Basisnotfallversorgung (mindestens Stufe 1) beteiligten Standorte	116
Abbildung 46	Erreichbarkeit der mindestens an der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) beteiligten Standorte	117
Abbildung 47	Durchschnittliche Fahrzeit zum Notfallversorger gemäß Bundesland in Minuten (eigene Darstellung)	118

Abbildung 48	Anteil der Bevölkerung mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit zu einem Standort der Basisnotfallversorgung nach Bundesland in Prozent (eigene Darstellung)	118
Abbildung 49	Erreichbarkeit eines alternativen Standortes der Basisnotfallversorgung	119
Abbildung 50	Bettenanzahl der an der erweiterten Notfallversorgung (mindestens Stufe 2) beteiligten Standorte	120
Abbildung 51	Erreichbarkeit der mindestens an der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) beteiligten Standorte	121
Abbildung 52	Erreichbarkeit eines alternativen Standorts der erweiterten Notfallversorgung	122
Abbildung 53	Bettenanzahl der an der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) beteiligten Standorte	123
Abbildung 54	Erreichbarkeit der an der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) beteiligten Standorte	124
Abbildung 55	Erreichbarkeit eines alternativen Standorts der umfassenden Notfallversorgung	125
Abbildung 56	Einsatzstandorte und Erreichbarkeit der DRF Luftrettung nach Eigenangaben	130
Abbildung 57	Luftrettung in Deutschland bei Tag	131
Abbildung 58	Schematische Darstellung des Patientenpfads von Notfallpatienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko in Deutschland (nach Dodt & Roßbach-Wilk)	135
Abbildung 59	Versorgungsverlauf von Patientinnen und Patienten, inklusive angestrebter Paradigmenwechsel (adaptiert gemäß Seattle Fire Department, n. d.)	136
Abbildung 60	Fallzahl, bei denen eine der Hauptdiagnosen I20 bis I22 kodiert wurde, von 2017 bis 2021	145
Abbildung 61	Krankenhausstandorte und ihre Fallzahlen, bei denen eine der Hauptdiagnosen I20 bis I22 kodiert wurde	146
Abbildung 62	Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte, die in 2021 Fälle mit den Hauptdiagnosen I20 bis I22 kodierten	147
Abbildung 63	Anzahl der LHKM in Deutschland sowie Einwohnerinnen/Einwohner je LHKM und Bundesland 2020	148
Abbildung 64	Erreichbarkeitsanalyse Krankenhausstandorte mit LHKM gemäß der strukturierten Qualitätsberichte	149
Abbildung 65	Anzahl Fälle LHKU je Krankenhausstandort bei Vorhaltung eines LHKM	150
Abbildung 66	Erreichbarkeitsanalyse der Versorger, die die im Krankenhausplan Sachsen-Anhalt definierten Anforderungen der Herzinfarktversorgung erfüllen	151
Abbildung 67	Erreichbarkeitsanalyse alternativer Versorger, die die im Krankenhausplan Sachsen-Anhalt definierten Anforderungen der Herzinfarktversorgung erfüllen	152
Abbildung 68	Darstellung der Standorte der Hauptabteilungen für Neurologie	155
Abbildung 69	Darstellung der Standorte der tatsächlichen Leistungserbringung	155
Abbildung 70	Auswertung der Fallzahlen je Krankenhausstandort gemäß Hauptdiagnose (G45.*-ohne G45.4, I61.*, I63.* und I64)	156
Abbildung 71	Karte der zertifizierten Stroke Units und deren Stufe in Deutschland	158

Abbildung 72	Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall gemäß OPS je Krankenhausstandort mit und ohne Stroke Units	160
Abbildung 73	Vollstationäre Fälle mit den Hauptdiagnosen ICD10: G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und Komplex-OPS – nur Stroke Unit und „Stroke-Unit-light“-Standorte	163
Abbildung 74	Erreichbarkeit der Stroke Units innerhalb Sachsen-Anhalts	165
Abbildung 75	Erregbarkeit Stroke Units, die die Möglichkeit einer kontinuierlichen Thrombektomie haben	166
Abbildung 76	Erreichbarkeit der zertifizierten Traumazentren gemäß der Zertifizierungsstufe	170
Abbildung 77	Erreichbarkeit eines alternativen zertifizierten Traumazentrums	171
Abbildung 78	Anzahl der Knie-TEP-Eingriffe je Krankenhausstandort gemäß der strukturierten Qualitätsberichte (Datenbasis Mittelwert 2017 bis 2019 sowie 2020 bis 2021)	175
Abbildung 79	Erreichbarkeitsanalyse für alle Versorger mit Knie-TEP-Eingriffen, Datenbasis 2017 bis 2019	176
Abbildung 80	Erreichbarkeitsanalyse für alle Versorger mit Knie-TEP-Eingriffen, MiMe > 100, Datenbasis 2017 bis 2019	177
Abbildung 81	Anzahl der Pankreas-Eingriffe je Krankenhausstandort gemäß der strukturierten Qualitätsberichte (Datenbasis Mittelwert 2017 bis 2019 sowie 2020 bis 2021)	179
Abbildung 82	Erreichbarkeitsanalyse aller Pankreas-Versorger, Datenbasis 2017 bis 2019, die die geforderte MiMe von zehn Eingriffen erfüllten	180
Abbildung 83	Erreichbarkeitsanalyse aller Pankreas-Versorger, MiMe > 20, Datenbasis 2017 bis 2021	180
Abbildung 84	Anzahl der Ösophagus-Eingriffe je Krankenhausstandort gemäß der strukturierten Qualitätsberichte (Datenbasis Mittelwert 2017 bis 2019 sowie 2020 bis 2021)	181
Abbildung 85	Erreichbarkeitsanalyse aller Ösophagus-Versorger, Datenbasis 2017 bis 2019	182
Abbildung 86	Erreichbarkeitsanalyse alle Ösophagus-Versorger, MiMe > 26 Datenbasis 2017 bis 2021	182
Abbildung 87	Regelungsebenen der Zentrums-Regelungen des G-BA	184
Abbildung 88	Standorte der onkologischen Zentren innerhalb Sachsen-Anhalts/	186
Abbildung 89	Standorte der Traumazentren innerhalb Sachsen-Anhalts/	186
Abbildung 90	Vollstationäre Fälle in der Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“ von 2017 bis 2021	192
Abbildung 91	Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“ von 2017 bis 2021	192
Abbildung 92	Vollstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“	193
Abbildung 93	Erreichbarkeit von Versorgern für die Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“	195
Abbildung 94	Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für die Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“	196
Abbildung 95	Erreichbarkeit von Perinatalzentren des Levels 1	200
Abbildung 96	Erreichbarkeit von Perinatalzentren der Level 1 und 2	201
Abbildung 97	Vollstationäre Fälle in der Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ von 2017 bis 2021	204

Abbildung 98	Vollstationäre Fälle in den Leistungsgruppen „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)“ und „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“ von 2017 bis 2021	205
Abbildung 99	Vollstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“	206
Abbildung 100	Erreichbarkeit von Versorgern für die Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“	207
Abbildung 101	Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für die Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“	209
Abbildung 102	Stationäre Betten der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie je 100.000 EW und Fälle je 1.000 EW nach Bundesländern in 2021	218
Abbildung 103	Fallzahlen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Bundesländern in 2021	218
Abbildung 104	Voll- und teilstationäre Fälle im Leistungsbereich „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ von 2017 bis 2021	221
Abbildung 105	Voll- und teilstationäre Fälle im Leistungsbereich „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ von 2017 bis 2021	222
Abbildung 106	Durchschnittliche Verweildauer voll- und teilstationärer Fälle im Leistungsbereich „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ von 2017 bis 2021	223
Abbildung 107	Durchschnittliche Verweildauer voll- und teilstationärer Fälle im Leistungsbereich „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ von 2017 bis 2021	223
Abbildung 108	Voll- und teilstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb des Leistungsbereichs „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in 2021	224
Abbildung 109	Voll- und teilstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb des Leistungsbereichs „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ in 2021	225
Abbildung 110	Erreichbarkeit von Versorgern für den Leistungsbereich „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in 2021	227
Abbildung 111	Erreichbarkeit von Versorgern für den Leistungsbereich „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ in 2021	228
Abbildung 112	Prognose für vollstationäre Fälle mit Wohnort in Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2035	235
Abbildung 113	Prognose der vollstationären Fälle auf der Ebene des Behandlungsortes Sachsen-Anhalt bis 2035 ohne Ambulantisierung	237
Abbildung 114	Prognose der vollstationären Fälle auf der Ebene des Behandlungsortes Sachsen-Anhalt bis 2035 mit Ambulantisierung	238
Abbildung 115	Ergebnisse der Online-Befragung auf die Frage, in welchen Bereichen die Krankenhausträger beziehungsweise die Einrichtungen vom Fachkräftemangel wie stark betroffen sind/	242

Abbildung 116 Im Rahmen der Online-Befragung durch die Krankenhausträger genannte Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften	243
Abbildung 117 Ergebnisse der Online-Befragung auf die Frage, welche strukturellen Maßnahmen ergriffen werden können, um den Einsatz und die Verfügbarkeit der Fachkräfte in Sachsen-Anhalt zu verbessern	244
Abbildung 118 Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses in Prozent	246
Abbildung 119 Wirtschaftliche Erwartungen für das eigenen Krankenhaus für 2023 in Prozent	246
Abbildung 120 Ergebnisse der Online-Befragung im Rahmen des Gutachtens auf die Frage, ob ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis in 2021 erzielt wurde	247
Abbildung 121 Ergebnisse der Online-Befragung im Rahmen des Gutachtens auf die Frage, wie sich die Situation in 2022 im Vergleich zu 2021 verbessern, verschlechtern oder unverändert bleiben wird	247
Abbildung 122 Entwicklung der Höhe der Pauschalfördermittel von 2017 bis 2021	249
Abbildung 123 Fördermittel durch das KHG in Deutschland nach Bundesland in 2021	250

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Altenquotient bis zum Jahr 2035 in Prozent	32
Tabelle 2	Anzahl des Krankenhauspersonal in Deutschland nach Berufsgruppen 2021	50
Tabelle 3	Entwicklung der vollstationären Fälle gemäß Entlassabteilungsgruppe zwischen 2017 und 2021 in Sachsen-Anhalt	82
Tabelle 4	Entwicklung der Verweildauer je Entlassabteilungsgruppe zwischen 2017 und 2021 in Sachsen-Anhalt	84
Tabelle 5	Auszug aus der NRW-Leistungsgruppenzuordnung	85
Tabelle 6	Vollstationär behandelte Fälle in Sachsen-Anhalt gemäß den NRW-Leistungsbereichen	86
Tabelle 7	Durchschnittliche Verweildauer der vollstationär behandelten Fälle in Sachsen-Anhalt gemäß den NRW-Leistungsbereichen	87
Tabelle 8	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort gemäß den NRW-Leistungsbereichen in 2021	88
Tabelle 9	Entwicklung der vollstationären Verweildauer für Fälle innerhalb der LG des LB „08 – Kardiologie“	91
Tabelle 10	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort im LB „08 – Kardiologie“ in 2021	91
Tabelle 11	Entwicklung der vollstationären Verweildauer für Fälle innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ sowie der teilstationären Geriatrie	101
Tabelle 12	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort für Fälle innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ (2021) sowie der teilstationären Geriatrie (2019 bis 2021 und nur Wohnorte mit >10 Fällen)	102
Tabelle 13	Vorgaben der Stufen 1 bis 3 der Notfallversorgung gemäß G-BA-Notfallstrukturen	112
Tabelle 14	Vollstationäre Fälle mit dem Aufnahmearbeit „Notfall“ in der DRG-Systematik mit Wohnort in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021	113
Tabelle 15	Anzahl der Leitstellen im Rettungsdienst mit Bezug auf die durchschnittliche Fläche beziehungsweise Einwohneranzahl für ausgewählte Bundesländer	128
Tabelle 16	Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall gemäß Art des Leistungserbringers	160
Tabelle 17	Aufnahmegrund von Fällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall, die nicht an einem Krankenhausstandort mit Stroke Unit behandelt wurden	161
Tabelle 18	Fahrzeit von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall vom Wohnort zu den Krankenhausstandorten	164
Tabelle 19	Mindestmengenregelung gemäß G-BA-Richtlinie	173
Tabelle 20	Übersicht über Zentren gemäß Zentrums-Regelungen des G-BA innerhalb Sachsen-Anhalts	185
Tabelle 21	Sonstige im Krankenhausplan Sachsen-Anhalt ausgewiesene Zentren	188

Tabelle 22	Auflistung der Zentren inklusive Anzahl der zertifizierten Krankenhäuser Sachsen-Anhalts	189
Tabelle 23	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“	197
Tabelle 24	NRW-Leistungsbereich- beziehungsweise -gruppenzuordnung für pädiatrische Leistungen	203
Tabelle 25	Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in den Leistungsgruppen des Leistungsbereichs „23 – Kinder- und Jugendmedizin“ von 2017 bis 2021	205
Tabelle 26	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“	210
Tabelle 27	Im Krankenhausplan von Sachsen-Anhalt ausgewiesene Planbetten und Tagesklinikplätze für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie- sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie	215
Tabelle 28	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Fälle nach PEPP nach Bundesländern in 2021/	216
Tabelle 29	Vollstationäre Betten der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie- nach Bundesländern in 2021/	217
Tabelle 30	NRW-Leistungsbereich- beziehungsweise -gruppenzuordnung für psychiatrische Leistungen	220
Tabelle 31	Im Krankenhausplan von Sachsen-Anhalt ausgewiesene Betten und Betten je 100.000 EW der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nach Cluster	226
Tabelle 32	Im Krankenhausplan von Sachsen-Anhalt ausgewiesene Betten und Betten je 100.000 EW des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nach Cluster	226
Tabelle 33	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in den Leistungsbereichen „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ von 2017 bis 2021	229
Tabelle 34	Prognose der vollstationären Fälle für das Jahr 2035 für die Leistungsbereiche „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ (Wohnort Sachsen-Anhalt)	231
Tabelle 35	Prognose der Entwicklung der Leistungsbereiche zwischen 2021 und 2035 (Wohnort Sachsen-Anhalt)	234
Tabelle 36	Prognose der vollstationären Fälle für das Jahr 2035 auf der Leistungsbereichsebene (Wohnort Sachsen-Anhalt)	236
Tabelle 37	Prognose der vollstationären Fälle für das Jahr 2035 auf der Leistungsbereichsebene (Behandlungsort Sachsen-Anhalt)	239
Tabelle 38	Angaben der Krankenhausträger in der Online-Befragung zu dem jährlich nicht gedeckten Investitionsbedarf	251

Abkürzungsverzeichnis

ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
ATA	Anästhesietechnischer Assistent:Innen
BAND	Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V.
BB	Brandenburg
BE	Berlin
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BNAW	Baby-Notarztwagen
BVOU	Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
CPU	Chest Pain Unit (englisch; deutsch: Brustschmerz-Einheit für Durchblutungsstörungen am Herz)
DAV	Durchgangsarztverfahren
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DGOOC	Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
DGPGM	Deutsche Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin e.V.
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
DKG	Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V
DRF	DRF Stiftung Luftrettung, gemeinnützige AG
DRG	Diagnosis Related Groups (englisch; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen)
DR-Score	DigitalRadar Score
DSG	Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft e.V.
DVG	Digitale-Versorgungs-Gesetz
DZHK	Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung e. V.
EBM	Einheitliche Bewertungsmaßstab
EFA	elektronische Fallakte
ePA	elektronische Patientenakte

EPU	Elektrophysiologische Untersuchung
EU	Europäische Union
FAB	Fachabteilung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HB	Bremen
HD	Hauptdiagnose
HE	Hessen
HH	Hamburg
HSA	Hochschulambulanz
IBR	Investitionsbewertungsrelation
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IDV	Intensivmedizinisches digitalgestütztes Versorgungsnetzwerk
IGES-Institut	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
ILS	integrierte Leitstelle
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
INZ	Integriertes Notfallzentrum
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ITH	Intensivhubschrauber
ITW	Intensivtransportwagen
IVENA	Interdisziplinärer Versorgungsnachweis
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHG LSA	Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt
KHPauschV	Krankenhaus-Pauschalförderverordnung
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Knie-TEP	Kniegelenk-Totalendoprothese
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kassenärztliche Vereinigungen
LB	Leistungsbereich

LG	Leistungsgruppe
LHKM	Linksherzkatheter-Messplatz
LHKU	Linksherzkatheter- Untersuchung
LNA	Leitender Notarzt
LTZ	Lokales Traumazentrum
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
MANV	Massenanfall von Verletzten
MI	Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt
MiMe	Mindestmengen
MS	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt
MTLA	Medizinisch-technische Laborassistent:Innen
MTRA	Medizinisch-technische Radiologieassistenten:Innen
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MZF	Mehrzweckfahrzeug
NA	Notarzt
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NFV 1	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
NFV 2	Erweiterten Notfallversorgung (Stufe 1)
NFV 3	Umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3)
NI	Niedersachsen
NRW	Nordrhein-Westfalen
NVN	Neurovaskuläres Netzwerk
NW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD), deutsch: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OWZE)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OTA	Operationstechnische Assistent:Innen
PCI	Perkutane koronare Intervention
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PLZ5	fünfstellige Postleitzahl
PLZ8	achstellige Postleitzahl

PSM	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
PSY	Psychiatrie und Psychotherapie
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
QM	Qualitätsmanagement
RettdG LSA	Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt
RP	Rheinland-Pfalz
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
RTZ	Regionales Traumazentrum
SaN	sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung
SAV	Schwerstverletzungsartenverfahren
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SmeD	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland
SN	Sachsen
SPoC	Single Point of Contact
SQR-BW	Stelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst des Ministeriums des Inneren für Digitalisierung und Kommunen Baden-Württemberg
S-RTW S	schwerlast-Rettungswagen
ST	Sachsen-Anhalt
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
SU	Stroke Unit (englisch; deutsch: Schlaganfall-Einheit)
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege
TH	Thüringen
TIME	Telemedizin Netzwerk Intensivmedizin
ÜTZ	Überregionales Traumazentrum
VAV	Verletzungsartenverfahren
ZNA	Zentralen Notaufnahme

Anpassungen zur veröffentlichten Version vom 1. Juni 2023

Kapitel	Seitenzahl	Änderung
3 Verwendete Datenquellen und Verarbeitung der Daten	62 f	Ergänzung eines Passus zum Thema Krankenhausstandorte
4.1.1 Strukturen der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt	68	Anpassung der Abbildung 11
5.1 Notfallversorgung durch die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt	110 ff	Anpassung der Abbildungen 44, 45, 46, 49, 50 und 51 sowie 52 inklusive textlicher Anpassungen
5.3 Schlaganfall	153 ff	Anpassung der Abbildungen 68 und 70

1 Einführung

1.1 Aufbau des Gutachtens

Das vorliegende Gutachten gliedert sich in acht einzelne Kapitel. Im ersten Kapitel werden die Ziele des Gutachtens, die Ausgangssituation in Sachsen-Anhalt für das Gutachten und der derzeitigen Krankenhausplanung beschrieben. Darauf folgt das zweite Kapitel, in welchem die aktuellen Herausforderungen und Trends der stationären medizinischen Versorgung, wie beispielsweise die Bedarfsgerechtigkeit, die Erreichbarkeit, die sektorenübergreifende Versorgung, Ambulantisierung, Digitalisierung, der Fachkräftebedarf, der Anstieg der Stromkosten oder der Einfluss der Covid-19-Pandemie dargestellt werden. An dieses schließt sich das dritte Kapitel zur verwendeten Datengrundlage und der aufbereiteten Datenbasis an. Darauf aufbauend wird im vierten Kapitel der derzeitige Status Quo der Krankenhausversorgung mit der bestehenden Krankenhauslandschaft, der Entwicklung der vollstationären Fallzahlen und Beispielen in Sachsen-Anhalt beschrieben. Im fünften Kapitel wird auf spezielle Fragestellungen der Versorgung, wie beispielsweise die Notfallversorgung, Herzinfarkt, Schlaganfall, Geburtshilfe, Mindestmengen der Versorgung und weitere eingegangen. Darauf aufbauend folgen im sechsten Kapitel Prognosen zum zukünftigen Versorgungsbedarf nach Leistungsgruppen und Wohnorten in Sachsen-Anhalt. Im Kapitel Sieben erfolgt ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen und die Situation bis zum Jahr 2035 in Sachsen-Anhalt. Im abschließenden achten Kapitel werden die wesentlichen in den vorangegangenen Kapiteln erarbeiteten und identifizierten Handlungsempfehlungen beschrieben.

1.2 Ziele des Gutachtens

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) beschreibt in § 1 den Grundsatz der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Im Rahmen der Umsetzung der Landeskrankenhausplanung² hat sich Sachsen-Anhalt zum Ziel gesetzt, „die Krankenhausversorgung durch ein bedarfsgerechtes, funktional abgestimmtes Netz einander ergänzender Krankenhäuser zu sichern. Das bedeutet, dass aus Kosten- und Qualitätsgründen nicht jedes Krankenhaus ein breites Spektrum an Fachrichtungen vorhalten oder seltener auftretende beziehungsweise sehr schwerwiegende Krankheiten diagnostisch und therapeutischen bewältigen kann. Um diese Ziel zu erreichen, ist es noch stärker als bisher notwendig, dass die Krankenhäuser miteinander kooperieren und entsprechende Absprachen treffen.“³

Um das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (MS)⁴ bei der Erreichung der genannten Zielstellungen zu unterstützen, wurde die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (PD) beauftragt, die bestehenden und zu erwartenden strukturellen Veränderungen des Landes aufzuzeigen.

² Die Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt erfolgt auf der Basis des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt (KGH LSA) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. April 2005 (GVBl. LSA S. 203), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (GVBl. LSA S. 76).

³ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2022): Krankenhausplanung 2022, <https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheitswesen/medizinische-versorgung/krankenhausplanung/page>, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

⁴ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2023): Homepage, <https://ms.sachsen-anhalt.de/aktuelles>, zuletzt abgerufen am 03.05.2023.

Wesentliche Ziele des Gutachtens sind die Analyse des Ist-Standes der Versorgung mit der Frage nach Über-, Unter- und Fehlversorgung mit medizinischen Leistungen, deren Erreichbarkeit sowie die Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2035. Die Ausarbeitungen im Gutachten fokussieren sich dabei auf die Analysen der stationären medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt. Bei den Analysen werden aber auch weitere Versorgungsformen (zum Beispiel ambulante, teilstationäre, telemedizinische Dienstleistungen) betrachtet. Dazu zählen auch Versorgungsformen, die begleitend oder anstelle einer stationären geeignet sind, um die bedarfsgerechten Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung sicherzustellen

Aus den Analysen des Gutachtens sollen Maßnahmen identifiziert werden, die die beschriebenen Ziele der Krankenhausplanung ermöglichen und unterstützen. Dabei war es nicht Ziel des vorliegenden Gutachtens Empfehlungen für den Aus- oder Umbau individueller Krankenhausstandort zu geben, sondern einen Überblick über die notwendigen Bedarfe und Herausforderungen zu schaffen.

1.3 Sachsen-Anhalt im Bundesvergleich

Sachsen-Anhalt als Flächenland liegt zentral in Deutschland und grenzt an die vier Bundesländer Brandenburg, Sachsen, Thüringen und Niedersachsen. Die Wirtschaft Sachsen-Anhalts war über Jahrzehnte von der Chemieindustrie, aber auch von Bergbau (insbesondere Braunkohleabbau), dem Maschinenbau und von der Ernährungswirtschaft geprägt.⁵ Insbesondere das sich im Ballungsraum Halle (Saale) / Merseburg / Bitterfeld-Wolfen befindliche „Chemiedreieck“ war charakteristisch für die Wirtschaftsstruktur.

Seit der deutschen Wiedervereinigung erlebt Sachsen-Anhalt einen deutlichen Strukturwandel, der noch immer anhält. Insbesondere durch den beschlossenen Ausstieg aus der Kohleförderung und -verstromung bis spätestens 2038 steht ein weiterer struktureller Wandel bevor.

Zudem führen Neuansiedlungen in den Ballungsräumen, wie die geplante Ansiedlung von Intel in Magdeburg⁶ zu erweiterten Anforderungen an die bestehenden Strukturen. Aktuell liegt Sachsen-Anhalt im Bundesländer-Ranking mit einem Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Höhe von rund 67,1 Milliarden Euro auf dem fünftletzten Platz im Gesamtvergleich und bei den Flächenländern auf dem drittletzten Platz.⁷ Dabei ist das BIP von 2017 bis 2021 um 9,3 Prozent gestiegen.⁸ Beim BIP je Einwohner/Einwohnerin (EW) liegt Sachsen-Anhalt an vorletzter Stelle aller Bundesländer.⁹

1.3.1 Bevölkerungsverteilung

Die derzeit etwa 2,2 Millionen EW verteilen sich auf einer Fläche von rund 20.500 km² bei einer durchschnittlichen Bevölkerungsdichte von 106 EW je Quadratkilometer (EW/km²) und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 233 EW/km².¹⁰ Damit liegt Sachsen-Anhalt nach Mecklenburg-Vorpommern und

⁵ Landesportal Sachsen-Anhalt (2023): Bergbau, [Bergbau \(sachsen-anhalt.de\)](https://www.sachsen-anhalt.de/bergbau), zuletzt abgerufen am 15.05.2023.

⁶ Intel, 17-Milliarden-Euro-Megawerk in Magdeburg, Deutschland, 2023; <https://www.intel.de/content/www/de/de/corporate-responsibility/intel-in-germany.html>, zuletzt abgerufen am 11.05.2023.

⁷ Statista: Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2021, [Bruttoinlandsprodukt in Deutschland nach Bundesländern 2021](https://www.statista.com/statistik/daten/studie/36889/umfrage/bruttoinlandsprodukt-nach-bundeslaendern/Bruttoinlandsprodukt-von-Sachsen-Anhalt-von-1991-bis-2021), zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

⁸ Statista: Bruttoinlandsprodukt von Sachsen-Anhalt von 1991 bis 2021, [https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36889/umfrage/bruttoinlandsprodukt-nach-bundeslaendern/Bruttoinlandsprodukt von Sachsen-Anhalt von 1991 bis 2021](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36889/umfrage/bruttoinlandsprodukt-nach-bundeslaendern/Bruttoinlandsprodukt-von-Sachsen-Anhalt-von-1991-bis-2021), zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

⁹ Statista: Bundesländer im Vergleich: Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner nach Bundesländern im Jahr 2021, [https://de.statista.com/statistik/studie/id/11844/dokument/vergleich-der-bundeslaender-statista-dossier/Bundesländer im Vergleich | Statista](https://de.statista.com/statistik/studie/id/11844/dokument/vergleich-der-bundeslaender-statista-dossier/Bundeslaender-im-Vergleich-Statista), zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

¹⁰ Statista: Bundesländer im Vergleich: Bevölkerungsdichte in Deutschland nach Bundesländern zum 31. Dezember 2021 (Einwohner je km²), <https://de.statista.com/statistik/studie/id/11844/dokument/vergleich-der-bundeslaender-statista-dossier/>, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

Brandenburg auf dem dritten Platz der am dünnsten besiedelten Bundesländer.¹¹ Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte in Sachsen-Anhalt wird sich bis zum Jahr 2035 voraussichtlich auf 93 EW/km² verringern.¹²

Dabei ist die Verteilung der Bevölkerung innerhalb des Bundeslandes sehr heterogen, wie in Abbildung 1 dargestellt. Insbesondere der Norden Sachsen-Anhalts weist im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerungsdichte eine deutlich geringere Bevölkerungsdichte auf. So ist der Altmarkkreis Salzwedel mit etwa 36 EW/km² nach dem Landkreis Prignitz in Mecklenburg-Vorpommern der am dünnsten besiedelte Landkreis Deutschlands.

Auch in den Landkreisen Stendal (109.000 EW, 45,3 EW/km²) und Jerichower Land (88.000 EW, 56,5 EW/km²) leben weit weniger Menschen je Quadratkilometer als im Durchschnitt des Bundeslandes. Dagegen leben in den kreisfreien Städten Halle (Saale) und Magdeburg mit etwa 1.700 EW/km² beziehungsweise 1.100 EW/km² deutlich mehr Menschen. Bereits die kreisfreie Stadt Dessau-Roßlau weist mit 321,4 EW/km² an dritter Stelle eine deutlich geringere Einwohnerdichte auf.¹³

¹¹ Ebenda.

¹² Ministerium für Infrastruktur und Digitales des Landes Sachsen-Anhalt: Wohin steuert Sachsen-Anhalt? - Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2035 (7. regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt), herausgegeben im Mai 2022, S. 36.

¹³ Statista: Bevölkerungsdichte in den Land- und Stadtkreisen Sachsen-Anhalts im Jahr 2021, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1185494/umfrage/bevoelkerungsdichte-kreise-sachsen-anhalts/>, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

Bevölkerungsdichte in Sachsen-Anhalt

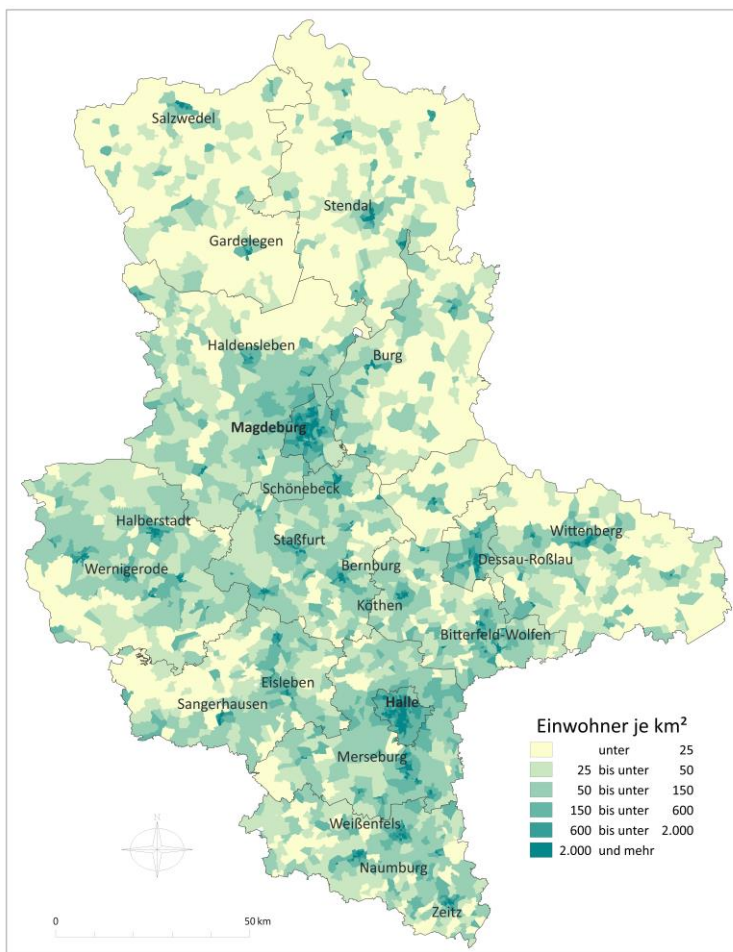


Abbildung 1 Bevölkerungsdichte und -verteilung in Sachsen-Anhalt für 2021

Die verschiedenen Bevölkerungsdichten im Land wirken sich auf die jeweilige Gesundheitsversorgung vor Ort aus. So benötigen medizinische Leistungserbringer, wie Krankenhäuser und Arztpraxen, in dünn besiedelten Regionen grundsätzlich deutlich größere Einzugsbereiche, um kostendeckend und wirtschaftlich auskömmlich zu arbeiten. Dementsprechend ergeben sich deutlich längere Anfahrtswege für die Menschen in solchen Regionen als in dichter besiedelten Regionen. Dies trifft immer stärker bei spezialisierten Versorgungseinrichtungen zu, da diese häufig nur in geringer Anzahl und nur in größeren Städten zu finden sind.¹⁴

Somit stellt die stationäre Versorgung im ländlichen Raum einen Kompromiss zwischen Erreichbarkeit sowie Finanzierbarkeit und Qualität dar. Bei vielen Leistungen kann eine positive Volume-Outcome-Beziehung beobachtet werden (siehe Abschnitt 2.2). Dementsprechend kann es in ländlichen Regionen zu einer Reduktion der Qualität durch eine zu geringe Anzahl an Leistungen kommen. Zentral sind hierbei Innovationen, die eine wohnortnahe Versorgung erlauben, die Qualität sicherstellen und gleichzeitig die Kosten reduzieren.¹⁵

¹⁴ Bundeszentrale für politische Bildung (2021): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, <https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/>, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

¹⁵ Ebenda.

1.3.2 Demografische Entwicklung

Der allorts stattfindende demografische Wandel innerhalb Deutschlands ist ein signifikanter Prozess, der unter anderem mit Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft und die Versorgung der Bevölkerung einhergeht. Auch Sachsen-Anhalt ist von diesem Wandel und der damit verbundenen Veränderung der Struktur der Bevölkerung stark betroffen.

Bei Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen-Anhalt, wie in Abbildung 2 dargestellt, verzeichnet das Bundesland seit Jahrzehnten einen Rückgang der Bevölkerung.¹⁶ Bereits seit den 1960er-Jahren gibt es eine starke Abwanderung aus Sachsen-Anhalt. Diese hat sich in den 1990er-Jahren nach der deutschen Wiedervereinigung verstärkt fortgesetzt. Dabei vollzogen sich diese demografischen Entwicklungen räumlich, kulturell und sozial sehr unterschiedlich. Die Abwanderung junger, gut ausgebildeter Menschen, der Rückgang der Geburten sowie die Erhöhung der Lebenserwartung veränderten die Altersstruktur deutlich.¹⁷ Bezogen auf 2021 hat sich, wie in Abbildung 2 zu sehen ist, die Einwohnerzahl innerhalb der letzten 60 Jahre um mehr als 1,1 Millionen Menschen (30 Prozent) auf etwa 2,2 Millionen verringert.

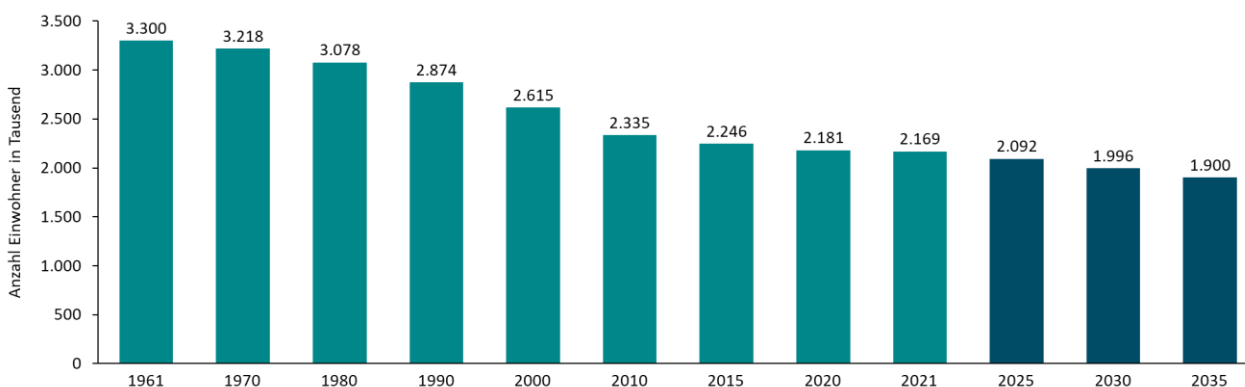


Abbildung 2 Entwicklung der Einwohneranzahl in Sachsen-Anhalt¹⁸

Dieser Rückgang wird sich voraussichtlich auch in der Zukunft fortsetzen. So wird im Jahr 2035 ein Bevölkerungsstand von etwa 1,9 Millionen erwartet. Dies bedeutet einen weiteren Rückgang um 13 Prozent, gemessen an der Anzahl der heute in Sachsen-Anhalt lebenden Menschen.¹⁹ Der Rückgang trifft die einzelnen Teile des Landes unterschiedlich stark. Die kreisfreie Stadt Halle (Saale) wird mit 5 Prozent den geringsten Verlust verzeichnen, der stärkste Rückgang der Einwohnerzahlen wird im Landkreis Mansfeld-Südharz mit 19 Prozent erwartet.²⁰

Gründe für diesen Trend sind neben der Bevölkerungsabwanderung auch eine niedrige Geburtenrate und insbesondere der Geburteneinbruch in Sachsen-Anhalt nach der deutschen Wiedervereinigung. Dieser lässt sich hauptsächlich auf das Zusammenspiel der hohen Zahl der Abwanderungen der jungen Generation nach der Wiedervereinigung und dem allgemeinen Geburtenrückgang zurückführen. So lag die Geburtenrate²¹

¹⁶ Ministerium für Infrastruktur und Digitales des Landes Sachsen-Anhalt: Wohin steuert Sachsen-Anhalt? - Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2035 (7. regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt), herausgegeben im Mai 2022, S. 4.

¹⁷ Ebenda, S. 5.

¹⁸ Eigene Darstellung nach Statista: Einwohnerzahl in Sachsen-Anhalt von 1961 bis 2021, Statista: Einwohnerzahl in Sachsen-Anhalt von 1961 bis 2021 und Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2035 (7. regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt), zuletzt abgerufen am 15.05.23.

¹⁹ Ministerium für Infrastruktur und Digitales des Landes Sachsen-Anhalt: Wohin steuert Sachsen-Anhalt? - Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2035 (7. regionalisierten Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt), Herausgegeben im Mai 2022.

²⁰ Demografieportal, - Aktuelle Meldungen zur Demografiepolitik - Bevölkerung wird bis 2035 um 13 Prozent schrumpfen (demografie-portal.de), zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

²¹ Anzahl der Lebendgeborenen pro Jahr pro 100 EW

in Sachsen-Anhalt 1990 bei etwa 1,58 (Bundesdurchschnitt: 1,45) und ging bis 1993 auf rund 0,8 zurück (Bundesdurchschnitt: 1,38). Eine Erholung setzte ab 1997 bis 2021 ein mit einer Geburtenrate von etwa 1,62.²² Ein weiterer geringer Anstieg für Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2035 auf 1,66 wird auch aufgrund der Migration aus dem Ausland erwartet.²³

Eine Auswirkung der trotzdem weiter geringen Geburtenraten und der hohen Abwanderungsraten, insbesondere unter den jüngeren Menschen, ist, dass die Bevölkerung Sachsen-Anhalts immer älter wird. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung stieg bundesweit in den Jahren 1990 bis 2021 von 37,9 Jahre auf 44,7 Jahre.²⁴ Im Jahr 2021 lag das Durchschnittsalter in Sachsen-Anhalt hingegen bei 48,1 Jahren und damit 3,4 Jahre über dem Bundesdurchschnitt. Bis 2035 wird ein weiterer Anstieg des Durchschnittsalters auf 49,6 Jahre für Sachsen-Anhalt prognostiziert.²⁵

In Sachsen-Anhalt unterscheiden sich das Durchschnittsalter und die Prognose örtlich zum Teil erheblich. So betragen diese im Landkreis Mansfeld-Südharz für 2019 50,2 Jahre mit einer Prognose für 2035 von 52,5 Jahren im Gegensatz zu Halle (Saale) mit 44,5 Jahren (2019) und der Prognose von 44,3 Jahren (2035).

Einhergehend mit dem relativen und absoluten Anstieg der Anzahl älterer Menschen ist von einem steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung auszugehen, da bei älteren Menschen die Krankheitslast tendenziell steigt und damit der medizinische Versorgungsbedarf. Nicht selten werden Menschen auch dauerhaft pflegebedürftig.

Die Darstellung der Bevölkerungsstruktur und der demografischen Entwicklung Sachsen-Anhalts zeigt in Abbildung 3, dass dem größer werdenden Anteil älterer EW (über 65 Jahre) eine immer kleiner werdende Gruppe an jüngeren, erwerbsfähigen Menschen (15 bis 65 Jahre) gegenübersteht.²⁶ Insbesondere vor dem Hintergrund einer steigenden Multimorbidität durch die älter werdende Bevölkerung kommt im Hinblick auf die Versorgung dieser der Gruppe der Erwerbstätigen eine besondere Rolle zu, da diese in der Regel einen Großteil der medizinischen und pflegerischen Versorgung übernehmen. Durch den prognostizierten Rückgang der Erwerbstätigen um 21 Prozent bis zum Jahr 2035 wird sich der bereits jetzt in vielen Bereichen vorherrschende Fachkräftebedarf (Abschnitt 2.6.) weiter verstärken.

So erhöht sich für Sachsen-Anhalt der Altenquotient²⁷ von 39,82 im Jahr 2020 auf 59,27 Personen im Jahr 2035, was eine Steigerung um 49 Prozent bedeutet.²⁸ Auch dieser verteilt sich im Land sehr unterschiedlich. Während er in der Prognose für das Jahr 2035 in Halle bei 40,9 liegen wird und damit nur gering ansteigt, ist für Dessau-Roßlau ein Wert von 72,7 zu erwarten.²⁹ Der größte Anstieg des Altenquotienten wird für den Landkreis Stendal von 37,7 auf 68,0 und damit um 80 Prozent erwartet.³⁰

²² Ministerium für Infrastruktur und Digitales des Landes Sachsen-Anhalt: Wohin steuert Sachsen-Anhalt? - Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2035 (7. regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt), Herausgegeben im Mai 2022, S.15.

²³ Ebenda, S. 16.

²⁴ Statista: Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland von 2011 bis 2021 [Graph], <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1084430/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland/>, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

²⁵ Ministerium für Infrastruktur und Digitales des Landes Sachsen-Anhalt: Wohin steuert Sachsen-Anhalt? - Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2035 (7. regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt), herausgegeben im Mai 2022, S. 16.

²⁶ Ebenda.

²⁷ Personen im Rentenalter (67 Jahre und mehr) bezogen auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 67 Jahre).

²⁸ Ministerium für Infrastruktur und Digitales des Landes Sachsen-Anhalt: Wohin steuert Sachsen-Anhalt? - Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2035 (7. regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt), herausgegeben im Mai 2022, S. 15.

²⁹ Ebenda, S. 19.

³⁰ Ebenda, S. 47.

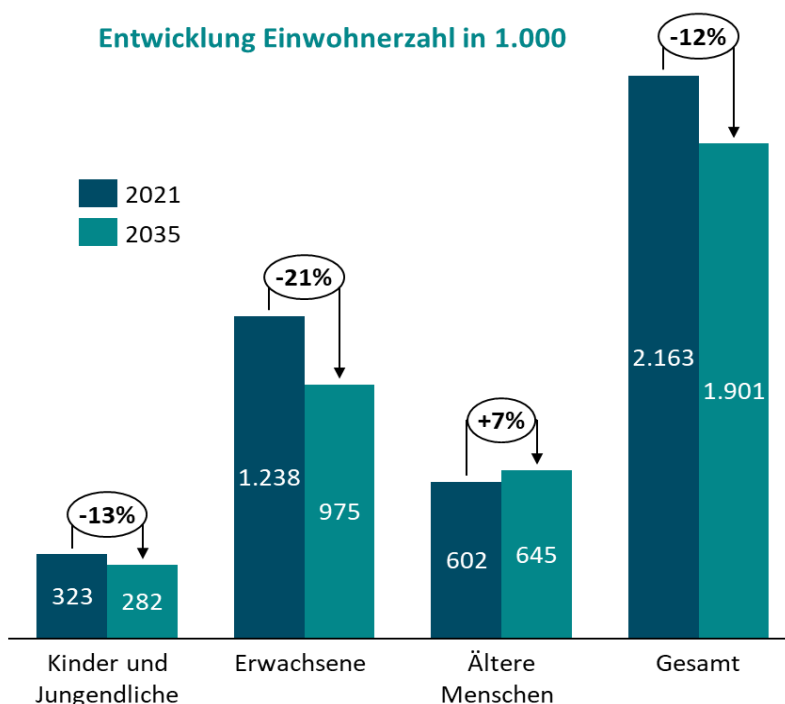


Abbildung 3 Prognostizierte Entwicklung der Altersgruppen³¹

Um sich als Bundesland auf diese Entwicklungen vorzubereiten und unter anderem die Versorgung und Bedarfe der Menschen zu sichern sowie das Gesundheitswesen entsprechend auszurichten, ist es daher notwendig, die geografische Verteilung der Altersgruppen zu betrachten. So ist in Tabelle 1 der Altenquotient ausgehend von 2021 für das Jahr 2035 in Sachsen-Anhalt dargestellt.

Tabelle 1 Altenquotient bis zum Jahr 2035 in Prozent³²

Sachsen-Anhalt	Altenquotient
Dessau-Roßlau	72,7
Mansfeld-Südharz	72,4
Wittenberg	70,7
Stendal	68,0
Harz	66,5
Anhalt-Bitterfeld	65,6
Burgenlandkreis	65,1
Salzlandkreis	64,6
Jerichower Land	64,1
Altmarkkreis Salzwedel	62,9

³¹ Eigene Darstellung auf Basis der 7. regionalisierten Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt.

³² Ministerium für Infrastruktur und Digitales des Landes Sachsen-Anhalt: Wohin steuert Sachsen-Anhalt? - Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2035 (7. regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt), herausgegeben im Mai 2022, S. 19.

Sachsen-Anhalt	Altenquotient
Börde	59,1
Saalekreis	56,5
Magdeburg	44,8
Halle (Saale)	40,9

Neben der Versorgung der alternden Bevölkerung ist die bedarfsgerechte Versorgung der Kinder und Jugendlichen ebenfalls eine große Herausforderung. Über den schon aufgezeigten aktuellen Fachkräftebedarf hinaus ist insbesondere vor dem Hintergrund des prognostizierten Rückgangs der Geburten und dem um 13 Prozent prognostizierten sinkenden Anteil an Kindern und Jugendlichen bis 2035 eine weitere Verschärfung der Situation zu erwarten. So wird für den Landkreis Harz bis zum Jahr 2035 nur ein Jugendquotient³³ von 29,9 im Gegensatz zu Halle mit 34,0 erwartet.³⁴

Die Veränderung in der Bevölkerungsstruktur bis 2035 wird, wie in Abbildung 4 dargestellt, auch Gebiete treffen, die bisher noch eine höhere Bevölkerungsdichte aufweisen.

³³ Kinder und Jugendliche (unter 20 Jahre) bezogen auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 67).

³⁴ Ministerium für Infrastruktur und Digitales des Landes Sachsen-Anhalt: Wohin steuert Sachsen-Anhalt? - Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2035 (7. regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt), herausgegeben im Mai 2022, S. 19.

Veränderung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Landkreisen bis zum Jahr 2035

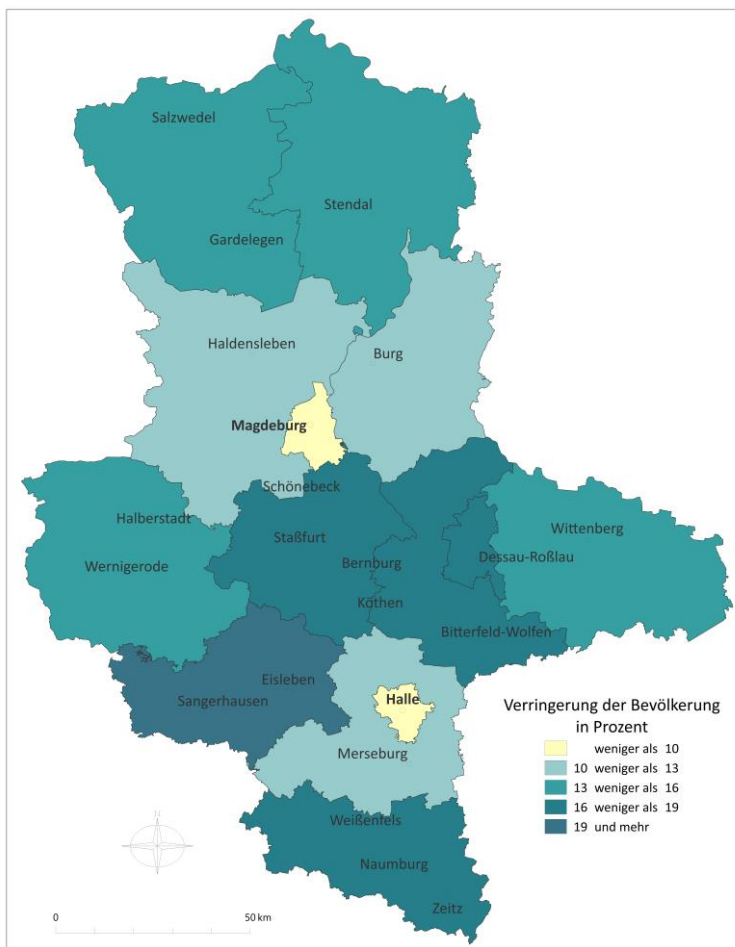


Abbildung 4 Veränderung der Bevölkerung bis zum Jahr 2035 in Prozent³⁵

So wird für den Landkreis Mansfeld-Südharz der größte Rückgang an Bevölkerung von über 19 Prozent avisiert. Auch für die Landkreise Anhalt-Bitterfeld, Burgenlandkreis und Salzlandkreis sowie die kreisfreie Stadt Dessau-Roßlau wird einen Bevölkerungsrückgang von mehr als 16 Prozent erwartet. Nur für die beiden kreisfreien Städte Magdeburg und Halle wird ein geringerer Rückgang von unter zehn Prozent angenommen.

1.4 Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt gilt das Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. April 2005, zuletzt geändert 2019. Ziele des Gesetzes sind hierbei:

- eine patienten- und bedarfsgerechte sowie qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung in leistungs- und entwicklungsfähigen sowie wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern zu gewährleisten (§ 1 Absatz 1 KHG LSA),

³⁵ Eigene Darstellung auf Basis der 7. regionalisierten Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt.

- das Zusammenwirken der Krankenhäuser untereinander, mit anderen Einrichtungen der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung sowie den gesetzlichen Krankenversicherungen und anderen Kostenträgern fördern und damit zur Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens beitragen. (§ 1 Absatz 2 KHG LSA).

Durch eine qualitätsbasierte Planung ist die Patientenversorgung in den Krankenhäusern im Sinne der Patientensicherheit zu stärken und es sind zukunftsfähige Strukturen durch Bündelung medizinischer Kompetenzen sicherzustellen (§ 1 Absatz 3 KHG LSA).

Die gestufte Krankenhausstruktur des Landes gliedert sich aktuell in vier Versorgungsstufen³⁶:

1. Basisversorgung
2. Schwerpunktversorgung
3. Spezialversorgung und
4. universitäre Versorgung

Für alle Stufen gibt es Rahmenvorgaben und es gelten die Kriterien zur qualitätsgerechten Leistungserbringung entsprechend den Anforderungen des Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und den Leitlinien für das Fachgebiet.

Zur Umsetzung stellt das MS im Einvernehmen mit dem Planungsausschuss den Krankenhausplan auf. Dieser wird im Anschluss von der Landesregierung beschlossen. Der beschlossene Krankenhausplan legt anhand der Rahmenvorgaben gemäß § 3 KHG LSA Krankenhäuser mit Standorten, ihren Versorgungsstufen, vorzuhaltenden Fachgebieten und Ausbildungsstätten fest. Die Überprüfung findet mindestens im zweijährigen Turnus statt (§ 3 Absatz 7 KHG LSA).³⁷ Die letzte Fortschreibung erfolgte 2022.

Zur Erläuterung des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser hinsichtlich der Struktur und der Menge der zu erbringenden Leistungen erfolgt der Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem betreffenden Krankenhaus.

Derzeit berücksichtigt der Krankenhausplan Sachsen-Anhalt 45 Plankrankenhäuser und rund 14.600 Planbetten der Hauptabteilungen zur Sicherstellung der Versorgung. Darüber hinaus erfolgt eine Ausweisung von Hauptabteilungen und Belegabteilungen in den Fachgebieten, mit den Planungsschwerpunkten Chirurgie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie geriatrische Schwerpunkte und von Zentren gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelung). Der Krankenhausplan für 2022 weist für den somatischen Bereich lediglich Planbetten mit dem Stand vom 31. Dezember 2018 aus.

In den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie (PSY), Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) erfolgt eine Angabe von Planbetten, unterteilt in Planbetten (PB) und Tagesklinikplätze (TK).³⁸

³⁶ S. 470 MBl. LSA Nr. 38/2022 vom 7. 11. 2022: „Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt“, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505,Abschnitt3.4.>, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

³⁷ Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (1) KHG LSA (2022), [M2022-38.pdf \(sachsen-anhalt.de\)](https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505), zuletzt abgerufen am 15.05.2023.

³⁸ Anlage 1 zum Beschluss der Landesregierung zum Krankenhausplan ab 1. Oktober 2022, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505>, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

1.5 Sicherstellungszuschlag

Bei einem leistungsorientierten, auf Fallpauschalen basierendem Vergütungssystem hängt die Höhe der Einnahmen grundsätzlich von der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten ab. Dementsprechend ist es besonders für dünn besiedelte Regionen möglich, dass trotz wirtschaftlicher Betriebsführung ein Krankenhaus die Vorhaltung von Basisversorgungsleistungen nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren kann.

Sicherstellungszuschläge gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 6 KHG sollen Krankenhäuser finanziell unterstützen, die für die regionale Basisversorgung unverzichtbar sind, da sie entweder unentbehrlich für eine flächendeckende Versorgung sind oder in ihrer Region ein strukturell bedingter geringer Versorgungsbedarf vorliegt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert, wann ein Krankenhaus als unverzichtbar gilt und wann ein strukturell bedingter Versorgungsbedarf vorliegt, wie folgt: Der G-BA sieht eine flächendeckende medizinische Versorgung in einer Region als gefährdet, wenn durch die Schließung eines Standortes mindestens 5.000 EW zusätzlich mehr als 30 Minuten Fahrzeit benötigen, um das nächstgelegene geeignete Krankenhaus zu erreichen.

Folgende Fachabteilungen können durch Sicherstellungszuschläge unterstützt werden, da sie notwendige Vorhaltungen für die Basisversorgung bereitstellen:

- Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet ist
und/oder
- Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe
und/oder
- Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin.

Für die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe wurde eine Erreichbarkeitsschwelle von 40 Minuten Autofahrzeit festgelegt, um eine realistische Untergrenze für ländliche Gebiete zu definieren, die gleichzeitig medizinisch vertretbar ist.

Für die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ist die flächendeckende Versorgung gefährdet, wenn zusätzlich 800 Personen unter 18 Jahren mehr als 40 Minuten Fahrzeit benötigen, um zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen. In dünn besiedelten Gebieten mit weniger als 50 EW pro Quadratkilometer kann das Betroffenheitsmaß auf bis zu 500 EW abgesenkt werden.

Wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet eines Krankenhauses unter 100 EW pro Quadratkilometer liegt, wird dies als strukturell bedingter geringer Versorgungsbedarf angesehen. Für Fachabteilungen, die sich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert haben, gilt eine andere Regelung. Hier wird ein geringer Versorgungsbedarf angenommen, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte von unter 18-Jährigen im Einzugsbereich des Krankenhauses unter 22 EW je Quadratkilometer liegt.³⁹

³⁹ G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.), 2020: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V (hier Punkt 2.2.1 zu § 3, Satz 3). Mit Datum vom 09.12.2020).

Der GKV⁴⁰-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) veröffentlichen jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die die Vorgaben der G-BA-Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V erfüllen.⁴¹

Wie im Abschnitt 1.3.1 beschrieben, sind die Einwohnerzahlen in Sachsen-Anhalt sehr niedrig. So liegen sieben Landkreise im Durchschnitt unter 100 EW je Quadratkilometer, zwei sogar unter 50 EW je Quadratkilometer. Der Großteil dieser Landkreise ist dem Nord-Cluster (Abschnitt 4.1.2) zugeordnet.

Die Abbildung 5 visualisiert die Standorte in Sachsen-Anhalt, die für das Jahr 2021 die Vorgaben für die Sicherstellungszuschläge erfüllten. Für Sachsen-Anhalt sind es 13 Standorte mit Sicherstellungszuschlag. Bei neun dieser Standorte wurde unter anderem für die Kinder- und Jugendmedizin festgestellt, dass diese Standorte für die regionale Basisversorgung der Bevölkerung im Jahr 2021 unverzichtbar waren, aber zu geringe Fallzahlen für einen wirtschaftlichen Betrieb aufweisen.

⁴⁰ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, satzungsgemäß im Rechts- und Geschäftsverkehr GKV-Spitzenverband, ist seit dem 1. Juli 2008 der bundesweite Verband der Krankenkassen in Deutschland.

⁴¹ GKV-SV (2020): Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_ab-schlaege/liste_kh/2020_12_18_Liste_der_laendlichen_KH_2021_AendVb.pdf, abgerufen am 02.03.2023.

Standorte mit Sicherstellungszuschlag in 2021 gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG

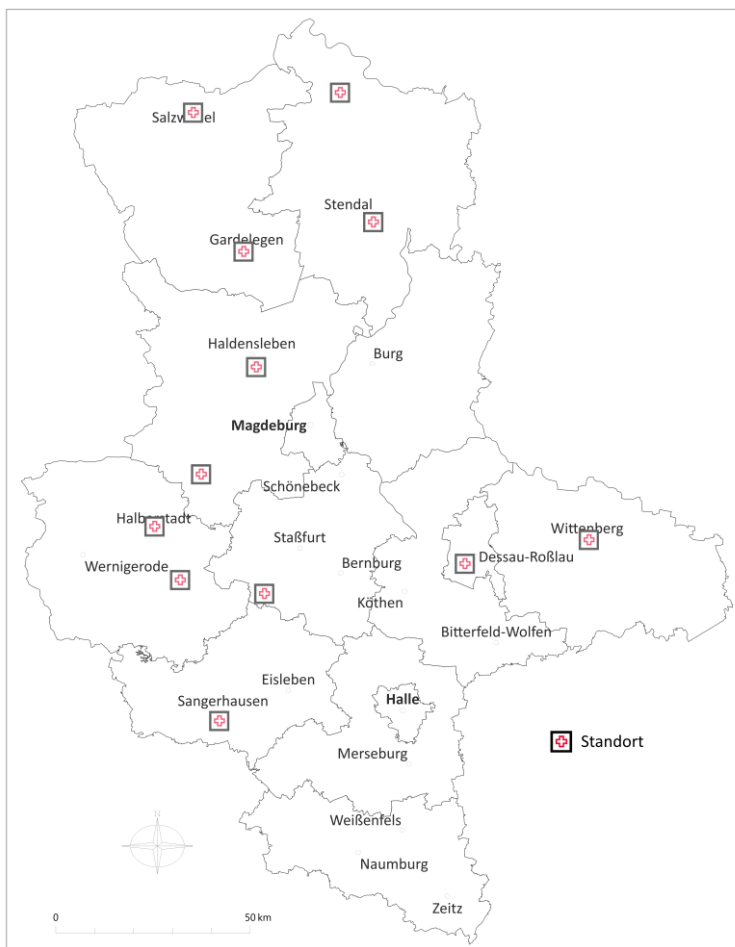


Abbildung 5 Standorte, welche die Vorgaben der G-BA-Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V erfüllen^{42/43}

In vielen der Landkreise gibt es mindestens einen Krankenhausstandort der die Voraussetzungen erfüllt und Sicherstellungszuschläge bekommt. Es lässt sich in der Abbildung 5 erkennen, dass von den 13 Krankenhausstandorten ein etwas größerer Anteil im Norden und Westen des Bundeslandes verortet ist.

Mit 13 zuschlagsberechtigten Standorten gehört Sachsen-Anhalt zur Spitzengruppe der Bundesländer. Die Bundesländer Brandenburg (27), Mecklenburg-Vorpommern (24) und Bayern (19) haben mehr zuschlagsberechtigte Standorte.

Von den Sicherstellungszuschlägen pro Behandlungsfall sind die pauschalen Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum zu unterscheiden: Dieser pauschale Zuschlag wird unabhängig von einem Defizit des Krankenhauses ausgezahlt (§ 5 Absatz 2a KHEntgG).

⁴² Die Standorte Johanniter Frauen- und Kinderklinik Stendal und das Johanniter Krankenhaus Stendal überlappen sich in Darstellung der Karte.

⁴³ Eigene Darstellung auf Basis der Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG vom 30.06.2022

Ein Krankenhaus, das in die Liste aufgenommen wurde, hat für das der Auflistung folgende Jahr Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro jährlich. Hält ein Krankenhaus mehr als zwei der oben genannten Fachabteilungen vor, hat das Krankenhaus darüber hinaus Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 200.000 Euro jährlich je weiterer vorgehaltener Fachabteilung.

2 Herausforderungen und Trends der stationären Versorgung

Im zweiten Kapitel werden exemplarisch aktuelle Herausforderungen und Trends der stationären medizinischen Versorgung, wie beispielsweise die Bedarfsgerechtigkeit, die Erreichbarkeit, die sektorenübergreifende Versorgung, die Ambulantisierung, die Digitalisierung, der Fachkräftebedarf, der Anstieg der Energiekosten oder der Einfluss der Covid-19-Pandemie dargestellt. Diese sind unter anderem Grundlagen der anstehenden Veränderungen in der Krankenhauslandschaft bundesweit und haben auch wesentlichen Einfluss auf die Situation und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Sachsen-Anhalt.

2.1 Bedarfsgerechtigkeit

Als normative Grundlage für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland gilt die Zielsetzung des Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), wonach sowohl die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige [...] Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ haben.⁴⁴ Die Definition des Bedarfsbegriffs im Kontext der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist hierbei nicht trivial. Obwohl in der Fachliteratur bereits seit einigen Jahren darüber umfassend diskutiert wird, was unter „Bedarf“ und „bedarfsgerechter Versorgung“ zu verstehen ist, existiert gegenwärtig keine einheitliche Definition des Bedarfs oder Einigkeit darüber, wie dieser gemessen werden kann.⁴⁵

In Anlehnung an die Ausführungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) kann zwischen subjektivem und objektivem Bedarf nach Gesundheitsleistungen unterschieden werden. So können zwei Individuen trotz gleichen Alters und Geschlechts und identischer Morbiditätsmerkmale sowie anderer exogener Einflussfaktoren einen unterschiedlichen subjektiven Bedarf aufweisen. Dieser äußert sich in einer voneinander abweichenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen (beispielsweise Präventionsleistungen, Kontrolluntersuchungen oder Arztbesuche). Objektiver Bedarf hingegen setzt die fachlich oder wissenschaftlich bestätigte Existenz einer Krankheit oder Behinderung voraus, die eine medizinische Behandlung erforderlich macht. Der objektive Bedarf muss mit dem subjektiven Bedarf nicht identisch sein.⁴⁶

Anhand der zuvor getroffenen Aussagen kann Bedarfsgerechtigkeit als normatives Konzept verstanden werden, demzufolge alle Patientinnen und Patienten sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten, die sie nach möglichst objektiven Kriterien benötigen.⁴⁷

Der objektive Bedarf ist jedoch nur schwer messbar. Daher kann bedarfsgerechte Versorgung durch die Abwesenheit von Über-, Unter- und Fehlversorgung charakterisiert werden.⁴⁸

⁴⁴ § 70 Absatz 1 SGB V.

⁴⁵ Scholten, N.; Karch, U.; Pfaff, H. (2016): Bedarfsgerechte Versorgung – ein Überblick gängiger Definitionen, erschienen in: Public Health Forum 2016; 24 (1), S. 6-8.

⁴⁶ SVR (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Band III – Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden, Nomos; SVR (2014), Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bern, Huber.

⁴⁷ SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bern, Huber.

⁴⁸ Augurzky, B.; Beivers, A.; Straub, N. (2016): Bedarfsgerechtigkeit zur Vermeidung von Über-, Unter und Fehlversorgung im Krankenhaussektor, erschienen in: Krankenhaus-Report 2016 – Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart, Schattauer, S. 247-262.

Von Fehlversorgung wird gesprochen, wenn die Versorgung der Patientinnen und Patienten zwar an sich bedarfsgerecht ist, aber die Leistungserbringung nicht sachgerecht beziehungsweise nicht mit der erforderlichen Qualität erfolgt.⁴⁹

Überversorgung liegt hingegen vor, wenn die in Anspruch genommenen Leistungen aus medizinischer Sicht nicht notwendig gewesen sind. Grund hierfür kann zum Beispiel eine nicht adäquate Indikationsstellung sein.^{50/51}

Unterversorgung tritt auf, wenn objektiver Behandlungsbedarf besteht, notwendige Behandlungsleistungen aber nicht oder nicht rechtzeitig erbracht werden. Es wird zudem von Unterversorgung gesprochen, wenn die Patientinnen und Patienten notwendige Leistungen aufgrund unzumutbarer Entfernungen zum Ort der Leistungserbringung nicht in Anspruch nehmen können.^{52/53} Als ein wesentliches Kriterium zur Vermeidung von Unterversorgung kann somit die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen angesehen werden.⁵⁴

Welche Entfernung zum nächstgelegenen Versorger hierbei als zumutbar gilt, hängt teilweise von individuellen Präferenzen der Patientinnen und Patienten ab und kann zwischen dicht und dünnbesiedelten Regionen eines Landes und vor allem zwischen Ländern mit hoher und niedriger Bevölkerungsdichte variieren.⁵⁵ In Deutschland wurden bisher keine verbindlichen, bundeseinheitlichen Mindesterreichbarkeitsvorgaben festgeschrieben und nur wenige Bundesländer, wie Hessen und Nordrhein-Westfalen, machen in ihren Krankenhausplänen konkrete Vorgaben zur Erreichbarkeit stationärer Versorgungsleistungen.⁵⁶ Die Operationalisierung der Erreichbarkeit kann sich daher nur an den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), rechtlichen Festlegungen oder an Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften orientieren.⁵⁷

2.2 Erreichbarkeit und Zentralisierung

Im Vorhergehenden wurde ausgeführt, dass eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen als gewährleistet gilt, wenn weder Über-, Unter- noch Fehlversorgung vorliegen. Im Bereich der stationären Versorgung steht die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen zur Vermeidung von Unterversorgung jedoch in einem Spannungsverhältnis zu dem Anspruch, durch Zentralisierung von Leistungen qualitative Fehlversorgung zu verhindern.

Zentralisierung bedeutet in diesem Kontext, dass die Fallzahlen für bestimmte Leistungen in ausgewählten Krankenhäusern erhöht werden, während die Behandlungsmöglichkeiten in den übrigen Krankenhäusern reduziert werden. In der Fachliteratur herrscht ein weitgehender Konsens darüber, dass ein Zusammen-

⁴⁹ SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bern, Huber.

⁵⁰ SVR (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Band III – Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden, Nomos.

⁵¹ Augurzky, B.; Beivers, A. (2014): Grundlagen einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung, erschienen in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 68 (4-5), S. 33-41.

⁵² SVR (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Band III – Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden, Nomos.

⁵³ Augurzky, B.; Beivers, A. (2014): Grundlagen einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung, erschienen in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 68 (4-5), S. 33-41.

⁵⁴ Augurzky, B.; Beivers, A.; Straub, N. (2016): Bedarfsgerechtigkeit zur Vermeidung von Über-, Unter und Fehlversorgung im Krankenhaussektor, erschienen in: Krankenhaus-Report 2016 – Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart, Schattauer, S. 247-262.

⁵⁵ SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bern, Huber.

⁵⁶ Augurzky, B.; Beivers, A. (2014): Grundlagen einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung, erschienen in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 68 (4-5), S. 33-41.

⁵⁷ Lackmann, G.; Pütz, T. (2020): Erreichbarkeit von Akutkrankenhäusern für ausgewählte Indikationen, erschienen in: Gesundheit und Krankheit aus räumlicher Perspektive, Informationen zur Raumentwicklung, Heft 1/2020, S. 30-53.

hang zwischen einer stärkeren Zentralisierung vor allem komplexer medizinischer Behandlungen in spezialisierten Einrichtungen und einer höheren Ergebnisqualität besteht.⁵⁸ Dieser Zusammenhang basiert auf der sogenannten „Practice-makes-perfect“-Hypothese. Sie besagt, dass Ärztinnen und Ärzte durch höhere Fallzahlen mehr Praxis beziehungsweise Erfahrung erhalten und dadurch bessere Behandlungsergebnisse im Sinne von sinkenden Komplikations- und Sterblichkeitsraten erzielen. In der wissenschaftlichen Forschung wird dieser Zusammenhang auch als Volume-Outcome-Beziehung bezeichnet.⁵⁹

Die Erkenntnis, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt, spiegelt sich auch in der 2005 eingeführten Mindestmengenregelung wider. Die Regelung legt für ausgewählte planbare stationäre Leistungen fest, wie viele Fälle in einem definierten Zeitraum mindestens behandelt werden müssen, damit ein Krankenhaus die Leistungen erbringen und mit den Krankenkassen abrechnen darf (Abschnitt 5.4).

Auch im Rahmen der Zentrums-Regelungen gemäß § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V (Abschnitt 5.6) benennt der Gesetzgeber ausdrücklich das Erreichen von Mindestfallzahlen als zu erfüllende Qualitätsanforderung. Die Mindestfallzahl dient dabei als Nachweis des Krankenhauses, dass es über eine besondere Expertise in dem Fachgebiet, in dem die besonderen Aufgaben im Sinne der Zentrums-Regelung übernommen werden, verfügt.⁶⁰

Die Zentralisierung von bestimmten Behandlungsfällen kann jedoch nicht nur zu einer qualitativ hochwertigeren Leistungserbringung führen, sondern auch zu einer wirtschaftlicheren. Zurückführen lässt sich dies vor allem auf Skaleneffekte, die durch höhere Fallzahlen generiert werden können.

Werden vor dem Hintergrund einer zu erwartenden Qualitätssteigerung bestimmte Leistungen nur noch durch ausgewählte Leistungserbringer erbracht, kann dies – wie oben bereits erwähnt – zur Verschlechterung der Erreichbarkeit für die Bevölkerung führen. Es ist jedoch anzumerken, dass nicht alle Leistungen im gleichen Maße erreichbar sein müssen. Ried (2016) führt diesbezüglich aus, dass es von entscheidender Bedeutung ist, inwieweit eine im Bedarfsfall verzögerte Inanspruchnahme von Leistungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten hat. Regionale Unterschiede in der Versorgung sind demnach dann zulässig, wenn sie keine nennenswerten gesundheitlichen Disparitäten verursachen.⁶¹ Als einen Leistungsbereich, bei dem regionale Unterschiede diesem Kriterium zufolge nicht oder nur in geringem Umfang zulässig sind, wird die Notfallversorgung genannt.⁶² Im Umkehrschluss können für bestimmte elektive Eingriffe längere Fahrzeiten für die Bevölkerung akzeptiert werden.

Neben der Notfallversorgung können auch für weitere Leistungsbereiche sachlogische Argumente gefunden werden, die dafürsprechen, Versorgungsangebote möglichst wohnortnah vorzuhalten. Beispiele hierfür sind etwa die Geburtshilfe und die Versorgung erkrankter Kinder. Eine Geburt stellt zwar im Regelfall

⁵⁸ Lackmann, G.; Pütz, T. (2020): Erreichbarkeit von Akutkrankenhäusern für ausgewählte Indikationen, erschienen in: Gesundheit und Krankheit aus räumlicher Perspektive, Informationen zur Raumentwicklung, Heft 1/2020, S. 30-53.

⁵⁹ Hentscher, C. et al. (2016): Der kausale Zusammenhang zwischen Zahl der Fälle und Behandlungsqualität in der Krankenhausversorgung. Essen, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.

⁶⁰ G-BA (2020): Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) – Erstfassung, https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6225/2019-12-05_Zentrums-Regelungen_Erstfassung_TrG.pdf, zuletzt abgerufen am 24.03.2023.

⁶¹ Ried, W. (2016): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Ziele und Indikatoren, erschienen in: Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1-23.

⁶² In einer Studie konnte mithilfe von Abrechnungsdaten gezeigt werden, dass eine zunehmende Entfernung zum nächsten Krankenhaus negative Effekte auf das Überleben von Patientinnen und Patienten nach einem Notfall (z. B. Herzinfarkt oder Unfall) hat. Siehe Buchmueller, T.; Jacobsen, M.; Wold, C. (2006): How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care, erschienen in: Journal of Health Economics, 25 (4), S. 740-761.

keinen lebensbedrohlichen Notfall dar, dennoch kann es unter Umständen zu unvorhergesehenen Komplikationen kommen, die eine schnelle Erreichbarkeit einer Geburtsklinik erforderlich machen.

Für erkrankte Kinder ist in vielen Fällen eine wohnortnahe Versorgung angezeigt, da sie der besonderen Zuwendung und Nähe durch vertraute Personen bedürfen. Ist die Klinik schnell erreichbar, erleichtert dies häufige Besuche durch Angehörige und weiterer Bezugspersonen. Zudem sind die Schwere der Krankheitssymptome und die Dringlichkeit der Behandlung für Kinder und deren Eltern mitunter nur schwer einschätzbar.⁶³

Auch der G-BA definiert diese beiden Versorgungsbereiche im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen als „basisversorgungsrelevant“. Er sieht eine flächendeckende Versorgung als gefährdet an, wenn durch die Schließung eines Krankenhauses zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner und Einwohnerinnen mehr als 40 Minuten mit dem Pkw fahren müssen, um das nächstgelegene geeignete Krankenhaus zu erreichen. Davon abweichend ist für die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin geregelt, dass die flächendeckende Versorgung als gefährdet anzusehen ist, wenn durch die Schließung für zusätzlich 800 Personen unter 18 Jahren mehr als 40-minütige Fahrzeiten anfallen (Abschnitt 5.8).⁶⁴

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Krankenhausplanung vor der Herausforderung steht, einerseits eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch akzeptable Erreichbarkeiten sicherzustellen und andererseits durch die Zentralisierung bestimmter Leistungsangebote eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

2.3 Ambulantisierung von Krankenhausleistungen

In den letzten Jahren hat sich die Verweildauer in den Krankenhäusern deutlich verringert. Ein Grund hierfür ist der medizinisch-technische Fortschritt. Durch schonendere und minimalinvasive Eingriffe ist für bestimmte Eingriffe ein Krankenhausaufenthalt in einigen Fällen sogar gar nicht mehr zwingend notwendig, wodurch eine Verlagerung der Leistungserbringung aus dem stationären in den ambulanten Bereich erfolgt. Durch diese Ambulantisierung von medizinischen Leistungen wird ermöglicht, dass bei einem beachtlichen Teil der Patientinnen und Patienten viele Eingriffe zu geringeren Kosten durchgeführt werden können, ohne dadurch die Qualität der Versorgung zu gefährden.⁶⁵

In vielen Ländern wurde in den letzten Jahrzehnten die Öffnung der Sektoren und die Ambulantisierung der Leistungserbringung vor dem Hintergrund der qualitativen und wirtschaftlichen Vorteile stark vorangetrieben.⁶⁶ Viele europäische Nachbarländern führen Behandlungen, die ohne Krankenhausübernachtung möglich sind, im Gegensatz zu Deutschland, zunehmend ambulant durch (zum Beispiel endoskopische Operationen oder onkologische Behandlungen). So existiert in Deutschland im Vergleich zu anderen OECD⁶⁷-Ländern eine rund 50 Prozent höhere Bettenkapazität und eine rund 50 Prozent über dem Durchschnitt

⁶³ Lackmann, G.; Pütz, T. (2020): Erreichbarkeit von Akutkrankenhäusern für ausgewählte Indikationen, erschienen in: Gesundheit und Krankheit aus räumlicher Perspektive, Informationen zur Raumentwicklung, Heft 1/2020, S. 30-53.

⁶⁴ G-BA (2020): Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL_2020-10-01_iK_2020-12-09.pdf, zuletzt abgerufen am 23.03.2023.

⁶⁵ SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

⁶⁶ Struckmann, V.; Winkelmann, J.; Busse, R. (2021): Versorgungsprozesse und das Zusammenspiel der Sektoren im internationalen Vergleich, erschienen in: Krankenhaus-Report 2021, Springer, Berlin, S. 3-24.

⁶⁷ Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), deutsch: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OWZE)

liegende Quote von vollstationären Behandlungen.⁶⁸ Die Anzahl von Tagesbehandlungen⁶⁹ ist hingegen deutlich geringer als in anderen Ländern. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der stationären Patientinnen und Patienten ambulant oder als Tagesfälle behandelt werden könnten.⁷⁰

Auch in Deutschland können Krankenhäuser unter bestimmten Voraussetzungen ambulante Leistungen erbringen. Die Möglichkeiten sind hierbei vielfältig und unterliegen unterschiedlichen Rechtsnormen, die im SGB V geregelt sind. Das Spektrum reicht von Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) und psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) über ambulante Operationen (§ 115 b SGB V) bis hin zu persönlichen Ermächtigungen einzelner Ärzte beziehungsweise Ärztinnen (§ 116 SGB V). Darüber hinaus bestehen die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116a SGB V) sowie im Rahmen der Ambulant Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V, um schwer therapierbare oder seltene Erkrankungen ambulant zu behandeln.

Den bedeutendsten Bereich - zumindest in finanzieller Hinsicht - bilden die ambulanten Operationen. Bereits seit 1993 bietet der § 115b SGB V Krankenhäusern die Möglichkeit, ambulante Operationen und stationärer ersetzende Eingriffe vorzunehmen.⁷¹ Im Jahr 2021 wurden insgesamt rund 1,75 Millionen ambulante Operationen im Krankenhaus erbracht. Im Vergleich zum Jahr 2002 hat sich die Anzahl mehr als verdreifacht, wenngleich sich dieses Wachstum in den letzten Jahren deutlich abgeschwächt hat.⁷² Im internationalen Vergleich fällt allerdings auf, dass der Anteil ambulanter Operationen an allen durchgeführten Operationen in Deutschland noch verhältnismäßig gering ist, was ungenutztes ambulantes Behandlungspotenzial vermuten lässt.^{73/74}

Ambulanten Leistungen der Krankenhäuser werden entweder direkt durch die Krankenkassen vergütet oder über die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung, wobei entweder der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), welcher die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen bildet, Vergütungsgrundlage ist oder eine Vergütung auf Landesebene beziehungsweise Ortsebene vereinbart wurde.

So sind auch in Sachsen-Anhalt weitere Beteiligte daran interessiert die Ambulantisierung, besonders unter den Gesichtspunkten neuer Versorgungsmodelle voranzubringen⁷⁵ sowie das Problem des niedergelassenen Ärztemangels zu entschärfen⁷⁶.

⁶⁸ OECD (2021): State of Health in the EU Germany Country Health Profile 2021, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/e4c56532-en.pdf?expires=1684321052&id=id&accname=guest&checksum=C2F50CFB578C7037244583D08FFAC2B3>, zuletzt abgerufen am: 11.04.2023.

⁶⁹ Krankenhausaufnahme und -entlassung am gleichen Tag.

⁷⁰ Geissler, A.; Quentin, W.; Busse, R. (2016): Ambulante Leistungen von Krankenhäusern im europäischen Vergleich, erschienen in: Krankenhaus-Report 2016, Schattauer, Stuttgart, S. 29-41.

⁷¹ Finanzergebnisse der GKV (2022): Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-4. Quartal 2021, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

⁷² Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, mehrere Jahrgänge.

⁷³ OECD (2021): State of Health in the EU Germany Country Health Profile 2021, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/e4c56532-en.pdf?expires=1684321052&id=id&accname=guest&checksum=C2F50CFB578C7037244583D08FFAC2B3>, zuletzt abgerufen am: 11.04.2023.

⁷⁴ OECD (2021): Health at a Glance 2021. OECD Indicators, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1684322114&id=id&accname=guest&checksum=4DF915565E297469F1F642EC422F354E>, zuletzt abgerufen am: 11.04.2023.

⁷⁵ Jahresbericht Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt (2021): Neue Perspektiven, https://www.md-san.de/fileadmin/MD-Sachsen-Anhalt/Jahresbericht_2021/Downloads/Jahresbericht-2021_MD-Sachsen-anhalt.pdf, zuletzt abgerufen am: 11.05.2023.

⁷⁶ Düllings: „Ambulantisierung findet im Krankenhaus statt“ (2021), BibliomedManager – Krankenhausplanung, <https://www.bibliomedmanager.de/news/duellings-ambulantisierung-findet-im-krankenhaus-statt>, zuletzt abgerufen am: 11.05.2023.

2.4 Sektorenübergreifende Versorgung

Das deutsche Gesundheitssystem stellt mit seiner historisch gewachsenen strikten Trennung der stationären und ambulanten Versorgung im internationalen Vergleich eine Besonderheit dar. Schon seit Jahren ist bekannt, dass diese starke Fragmentierung mit jeweils separaten Regelungen für die Leistungserbringung, die Versorgungsplanung und die Vergütung zu Effizienz- und Qualitätseinbußen führt und so eine bedarfsgerechte Leistungserbringung behindert.^{77/78/79} Die mangelnde sektoren- und schnittstellenübergreifende Koordination begünstigt eine Über-, Unter- und Fehlversorgung.⁸⁰ Während viele Regionen Deutschlands insbesondere im stationären Sektor sehr gut und teilweise überversorgt sind, wird es in ländlichen, strukturschwachen Gebieten mit geringer Haus- und Facharztquote zunehmend schwierig, die medizinische Versorgung adäquat zu gewährleisten.⁸¹

Die Probleme sind dem Gesetzgeber hinreichend bekannt. Die Verpflichtung zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen zwischen den Sektoren wurde bereits 2007 mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung festgeschrieben und im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) im Jahr 2011 noch einmal präzisiert.⁸² Beide Gesetze zielen unter anderem darauf ab, die Sektorengrenzen abzubauen.

So wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Regelungsrahmen für die oben bereits genannte ASV geschaffen. Diese umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer und/oder seltener Erkrankungen und kann von Krankenhäusern sowie niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten und Medizinischen Versorgungszentren angeboten werden. Die ASV soll sektorenübergreifende Kooperationen zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen in interdisziplinären Teams forcieren.⁸³ Jedoch scheiterte die Umsetzung der ASV bisher vor allem am hohen bürokratischen Aufwand. Die Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ASV werden als zu aufwändig und komplex beschrieben.⁸⁴

Ferner wurde durch verschiedene weitere Reforminitiativen des Gesetzgebers versucht, die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken. Dabei ist dieses jedoch nicht für alle Regelungen eine zwingende Voraussetzung. Hierzu gehörten beispielsweise spezielle Versorgungsformen wie

- die Modellvorhaben gemäß §§ 63 bis 65 SGB V die Krankenkassen und ihre Verbände zur Weiterentwicklung der Versorgung durchführen oder mit Leistungserbringern vereinbaren können. Sie sollen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung dienen.

⁷⁷ Straub, C., et al. (2016): Versorgung patientenorientiert gestalten – sektorübergreifende Versorgung, erschienen in: Gesundheitswesen aktuell. Beiträge und Analysen. Barmer GEK, S. 14–35.

⁷⁸ European Union (2017): State of health in the EU: companion report 2017. Publications office of the European Union, Luxembourg. https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-11/2017_companion_en_0.pdf, zuletzt zugegriffen am 04.01.2023.

⁷⁹ Friedrich-Ebert-Stiftung (2017): Positionspapier PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf>, zuletzt zugegriffen am 04.01.2023.

⁸⁰ SVR (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

⁸¹ SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

⁸² Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2012): Sondergutachten 2012 „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2012/Kurzfassung_2012.pdf, zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

⁸³ Klakow-Frank, R. (2016): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V, erschienen in: Krankenhaus-Report-2016, Schattauer, Stuttgart, S. 97-108.

⁸⁴ Korzilius, H.; Osterloh, F. (2017): Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV): „Gut gemeint, schlecht gemacht“, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt, 114(18), S. A878- A881.

- die strukturierten Behandlungsprogramme gemäß §§ 137f bis g SGB V zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker. Die Umsetzung erfolgt durch die Krankenkassen auf der Basis von regionalen Verträgen mit den Leistungserbringern (in der Regel KV und Krankenhäuser, zum Teil auch einzelne Vertragsärzte und Rehabilitationseinrichtungen).
- die besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V, die als Rechtsgrundlage den Abschluss von selektivvertraglichen Versorgungsformen (Selektivverträgen)⁸⁵ zwischen Krankenkassen und ambulanten sowie stationären Leistungserbringern ermöglicht.
- die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 SGB V, insbesondere bei einer Trägerschaft durch die Krankenhäuser⁸⁶ sowie
- die Einführung des Innovationsfonds⁸⁷ gemäß § 92a SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015. Aus den Mitteln des Innovationsfonds werden Projekte zu neuen Versorgungsformen, die eine sektorenübergreifende Versorgung zum Ziel haben sowie Projekte zur Versorgungsforschung, gefördert.

Auch wenn eine Vielzahl an Einzelregelungen zur Stärkung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung in den letzten Jahren geschaffen wurden, führten diese bisher nicht zum erwarteten Erfolg hinsichtlich einer bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung. Denn trotz der gesetzgeberischen Impulse blieben die sektoralen Planungssysteme sowie die sektoralen Finanzierungs- und Vergütungssysteme weitgehend unangetastet.^{88/89}

So verhindern zum einen die nach Sektoren getrennten Budgets eine systemoptimale Integration und zu anderen bedingt die strikte Trennung der beiden Planungssysteme (Krankenhausplanung durch die Bundesländer versus ambulante Bedarfsplanung durch die Kassenärztliche Vereinigungen (KV)) alloкатive Probleme. Rechtliche Grundlagen für eine sektorenübergreifende Planung fehlen bisher. Zwar ermöglicht der Gesetzgeber gemäß § 90a SGB V⁹⁰ die Gründung gemeinsamer Landesgremien, allerdings dürfen diese lediglich Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen aussprechen. Sie haben keinen bindenden Charakter für die zuständigen Akteure.

Einerseits soll bei der aktuell geplanten Reform zukünftig den Krankenhäusern des Levels II (Abschnitt 2.10) eine zentrale Rolle der integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung zukommen. Level II-Krankenhäuser sind dabei perspektivisch gut geeignet für die Koordination und Vernetzung von ambulant fachlichen sowie medizinisch-pflegerischen Gesundheitsleistungen und dem Case Management.

Auch für Sachsen-Anhalt sind daher etablierten Modelle der Zusammenarbeit in der intersektoralen Versorgung durch zum Beispiel die Doppelanstellung von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus und MVZ oder

⁸⁵ Bei Selektivverträgen schließen Krankenkassen Verträge direkt mit einem Leistungserbringer oder einer Gruppe von Leistungserbringern ab.

⁸⁶ Dabei ist das Betreiben eines MVZ noch keine sektorenübergreifende Versorgungsform. MVZs sind grundsätzlich gedacht, ambulante Versorgungsstrukturen zu ergänzen.

⁸⁷ Zu diesem Zweck wurde für die Jahre 2016 bis 2019 eine jährliche Fördersumme von 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurde der Innovationsfonds bis Ende des Jahres 2024 verlängert und das Fördervolumen ab 2020 auf jährlich 200 Mio. Euro reduziert.

⁸⁸ Friedrich-Ebert-Stiftung (2017): Positionspapier PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf>, zuletzt zugegriffen am 04.01.2023.

⁸⁹ Innovationsfondsprojekt: Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung (2023): Ein sektorengleiches Vergütungssystem, Ein gemeinsames Projekt des Hamburg Center for Health Economics, dem BKK Dachverband e.V., dem Deutschen Krankenhausinstitut, dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin sowie dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, <https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf>, zuletzt zugegriffen am 22.05.2023.

⁹⁰ Aktuell wird der jeweilige Bedarfsplan für die ambulante Versorgung im Einvernehmen der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erstellt (§ 99 Absatz 1 SGB V). Die Hoheit der Bedarfspläne für die stationäre Versorgung obliegt den zuständigen Ländern. Soweit das Landesrecht dies vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V Gelegenheit zu geben, zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne Stellung zu nehmen (§ 90a Absatz 2 SGB V). Darüber hinaus kann das Gremium Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben (§ 90 Absatz 1 SGB V).

der Einsatz von Belegärzten denkbar. Weitere Ideen, zur besseren Nutzung vorhandener personeller Ressourcen und Kompetenzen über die jeweiligen Einsatzgebiete hinaus, können beispielsweise der Einsatz von Telenotärzten und -ärztinnen in Notfallzentralen sein, die dazu ergänzend Telekonsile in der ambulanten Versorgung durchführen.

Darüber hinaus sind technische, sektorenübergreifende Ansätze, zum Beispiel eine assistierte Telemedizin in Zusammenarbeit der ambulanten und klinischen Strukturen, wie in der Kardiologie zur Auswertung von im Ambulanten erstellten Elektrokardiogrammen (EKG) durch Krankenhäuser, vorstellbare Lösungen, um eine Verbesserung der Versorgung zu ermöglichen.

So werden bereits heute in Sachsen-Anhalt regionale Ansätze zur Verbesserung und Stärkung der medizinischen Versorgung vor Ort (Genthin) durch das Land initiiert. Hier sind besonders die vorhandenen Leistungserbringer bedarfsgerecht und bestmöglich zu einer koordinierten Versorgung auch gegebenenfalls über die Landesgrenze hinaus durch Information, Beratung oder weitere finanzielle Mittel zu unterstützen. Weitere Modellprojekte zur Anwendung von bewährten Umsetzungen, wie ein Austausch der Best Practice zum Beispiel über die Projekte der Gesundheitsregionen in Niedersachsen⁹¹, können für Sachsen-Anhalt Anwendung finden.

2.5 Digitalisierung

Digitale Transformation, das Krankenhaus 4.0, Telematik, Telemedizin und viele weitere dieser Schlagworte, die im Bereich der Digitalisierung anzusiedeln sind, fanden in den vergangenen Jahren vermehrt Einzug in die Diskussionen zum deutschen Gesundheitswesen. Im Vergleich zu anderen Industrienationen steht der Digitalisierungsprozess im deutschen Gesundheitswesen in vielen Fällen noch relativ am Anfang und ist von einem hohen Entwicklungspotenzial geprägt, was auch der „Digital-Health-Index“ 2018 untermauert. Der Digital-Health-Index misst den Grad der Digitalisierung von Gesundheitssystemen ausgewählter EU- und OECD-Länder. Estland beispielsweise bildet die Spitze des Vergleichs mit einem Wert von 81,9 Punkten. Deutschland hingegen belegte den vorletzten Platz mit nur 30 Punkten (Abbildung 6).⁹²

⁹¹ Projektdatenbank der Gesundheitsregionen Niedersachsen (2023), <https://www.gesundheitsregionen-nds.de/projekte>, zuletzt abgerufen am 21.05.2023.

⁹² Statista (2022): Stand der Digitalisierung des Gesundheitssystems ausgewählter Länder im Jahr 2018, https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1070546/umfrage/stand-der-digitalisierung-des-gesundheitssystems-nach-ausgewaehlten-laendern/#:~:text=Der%20Digital%20Health%20Index*,h%C3%B6chsten%20Digitalisierungsgrad%20im%20Gesundheitswesen%20erreicht, zuletzt abgerufen am 21.04.2023.

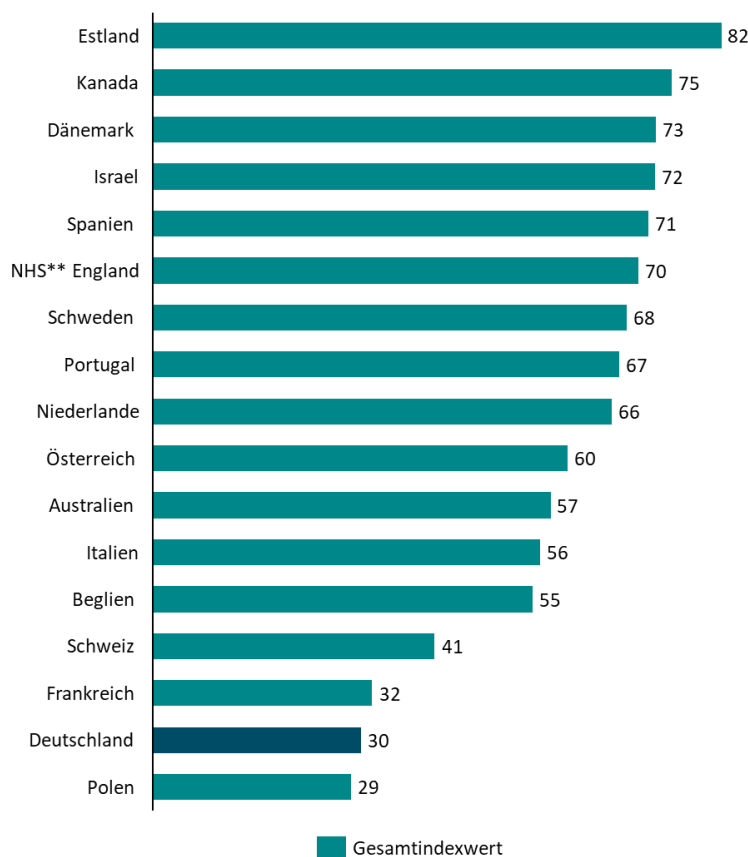


Abbildung 6 Stand der Digitalisierung des Gesundheitssystems ausgewählter Länder 2018⁹³

Um die Digitalisierung in Deutschland stärker voranzutreiben, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Gesetze verabschiedet. So wurde beispielsweise bereits 2015 das E-Health-Gesetz oder 2020 das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) durch den Gesetzgeber auf den Weg gebracht.

Einen weiteren Schritt, um die Krankenhäuser bei der Hebung der Digitalisierungspotenziale zu unterstützen, unternahm der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) im Oktober 2020. Darüber hinaus sind mit dem „DigitalRadar“ als nationales Reifegradmodell die Ergebnisse aus dem Jahr 2021 in den Dimensionen und Subdimension getrennt nach Bundesländern vorgestellt worden. Dabei lag der bundesweite durchschnittliche DigitalRadar Score (DR-Score) bei 33,3 von 100 möglichen Punkten, wobei sich die Ergebnisse auf der Krankenhausebene stark unterschieden. So lagen die individuellen Ergebnisse der teilnehmenden Krankenhäuser bundesweit zwischen dem niedrigsten Wert von 3,27 Punkten und dem höchsten Wert von 63,87 Punkten.⁹⁴ Sachsen-Anhalt lag mit einem bundeslandspezifischen Mittelwert von 34,3 über dem Bundesdurchschnitt. Die Streuung der teilnehmenden Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt lag zwischen 14,0 und 53,7 Punkten und war damit geringer als im Bundesdurchschnitt.⁹⁵

⁹³ Eigene Darstellung in Anlehnung an Statista (2022): Stand der Digitalisierung des Gesundheitssystems ausgewählter Länder im Jahr 2018, https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1070546/umfrage/stand-der-digitalisierung-des-gesundheitssystems-nach-ausgewaehlten-laendern/#:~:text=Der%20Digital%20Health%20Index*,h%C3%B6chsten%20Digitalisierungsgrad%20im%20Gesundheitswesen%20erreicht, zuletzt abgerufen am 21.04.2023.

⁹⁴ DigitalRadar: Dimensionen und Subdimensionen nach Bundesland mit dem Stand vom 10.10.2022 ergänzend zu den Ergebnissen der ersten Datenerhebung (zum 30.06.2021, verfügbar unter www.digitalradar-krankenhaus.de), <https://www.digitalradar-krankenhaus.de/reifegradmessung/ergebnisse/>, zuletzt abgerufen am 21.05.2023.

⁹⁵ Deutsches Ärzteblatt (2022): Krankenhäuser: Erste Analyse des digitalen Reifegrads liegt vor, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/132062/Krankenhaeuser-Erste-Analyse-des-digitalen-Reifegrads-liegt-vor>, zuletzt abgerufen am 25.04.2023.

Diese Ergebnisse verdeutlicht die unterschiedlichen Ausprägungen der Digitalisierung auf der Krankenhaus-ebene innerhalb Deutschlands und des Bundeslandes.

Vor dem Hintergrund der Bemühungen der Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene ist davon auszugehen, dass die Digitalisierung das Gesundheitswesen zukünftig deutlich verändern wird. Mit der Digitalisierung sind jedoch auch einige Hürden verbunden, wie der Umgang mit Datenschutz oder einer entsprechenden infrastrukturellen Ausstattung.

Dennoch liegt in dieser Entwicklung auch eine große Chance für das Gesundheitswesen, um Lösungsansätze für bestehende Herausforderungen, wie den Fachkräftemangel, zu entwickeln. So kann die Digitalisierung beispielsweise mittels Telemedizin dazu beitragen, strukturschwache oder ländliche Gebiete angemessen zu versorgen.

Zudem können durch den Einsatz von Telemedizin neue Versorgungsstrukturen entwickelt werden. Als ein gutes Beispiel aus Sachsen-Anhalt kann hier auf das Telemedizin Netzwerk Intensivmedizin (TIME) der Universitätsklinik Halle verwiesen werden, das die intensivmedizinische Vernetzung der Universitätsmedizin Halle mit Krankenhäusern in der Region mittels Telemedizin vorsieht.⁹⁶

Im Rahmen der Digitalisierung können Prozesse auch effizienter gestaltet werden, beispielsweise durch die Nutzung von mobilen Anwendungen.

Darüber hinaus ermöglicht die Digitalisierung auch, dass Patientendaten und Informationen zielgerichtet innerhalb des Systems zur Verfügung gestellt werden können und Informationsverluste somit vermieden werden.

Auch die Online-Befragung der Krankenhausträger im Rahmen des Gutachtens (Kapitel 3) zeigt, dass die voranschreitende Digitalisierung von vielen Akteuren als Chance wahrgenommen wird. Großes Potenzial sehen die Krankenhausträger unter anderem in den Patientenportalen und der digitalen Patientenakte (ePA). Hinzu kommen ein medienbruchfreier Informationsaustausch und eine behandlungsbegleitende Dokumentation, um unter anderem die Ergebnisse sektorenübergreifend nutzen zu können.

Darüber hinaus gaben viele der befragten Krankenhausträger an, dass sie planen, Kooperationen im Bereich der Telemedizin und entsprechende telemedizinische Netzwerke im Zuge der Digitalisierung stärker auszubauen. Dennoch spiegelt die Online-Befragung auch wider, dass aktuell vor allem Lücken gerade in diesem Bereich und der digitalen Kommunikation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen bestehen und die Umsetzung des KHZG die Krankenhausträger vor enorme Herausforderungen stellt.

Auch eine fehlende Finanzierung nach abschließender Förderung oder zur Schaffung der notwendigen Infrastruktur ist aus Sicht der Krankenhausträger für die Einrichtungen herausfordernd. Darüber hinaus berichten die Stakeholder von Schwierigkeiten bei der vertraglichen Gestaltung von Kooperationen und datenschutzrechtlichen Hürden für eine effektive und effiziente Nutzung der Technologien.

⁹⁶ Universitätsklinikum Halle (Saale), Anstalt öffentlichen Rechts und Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (2022): Bessere Versorgung von schwer kranken Patientinnen und Patienten durch Telemedizin: Universitätsmedizin Halle startet Netzwerk für Intensivmedizin im südlichen Sachsen-Anhalt, <https://www.medizin.uni-halle.de/news/netzwerk-fuer-intensivmedizin-im-suedlichen-sachsen-anhalt>, zuletzt abgerufen am 21.04.2023.

2.6 Fachkräftebedarf

Die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen wächst stetig an. Laut Statistischem Bundesamt waren 2021 durchschnittlich 958.926 Vollkräfte in deutschen Krankenhäusern beschäftigt.⁹⁷ Hierbei gehörten die Berufsgruppen des Pflegedienstes und der Ärztinnen und Ärzte zu den zahlenmäßig größten Berufsgruppen und stellen rund 57 Prozent der Beschäftigten in den Krankenhäusern dar (Tabelle 1).

Tabelle 2 Anzahl des Krankenhauspersonal in Deutschland nach Berufsgruppen 2021⁹⁸

Berufsgruppe	2021	Anteil in %	Kumulierter Anteil in %
Pflegedienst	371.249	38,72 %	38,72 %
Ärzte	173.096	18,05 %	56,77 %
Medizinisch-technischer Dienst	160.647	16,75 %	73,52 %
Funktionsdienst	109.714	11,44 %	84,96 %
Verwaltungsdienst	67.638	7,05 %	92,01 %
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	33.735	3,52 %	95,53 %
Technischer Dienst	15.891	1,66 %	97,19 %
Sonstiges Personal	14.172	1,48 %	98,67 %
Klinisches Hauspersonal	7.631	0,80 %	99,46 %
Sonderdienste	5.153	0,54 %	100,00 %
Gesamt	958.926		

Laut Analysen, die im Zuge des Krankenhausreports 2023 mit dem Schwerpunktthema „Personal“ durchgeführt wurden, zeigt sich, dass es in Deutschland im internationalen Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen bezogen auf die Bevölkerung gibt. Gleichzeitig hat Deutschland aber auch eine überdurchschnittliche Anzahl an stationären Fällen. Laut den Autoren des Abschnitts „Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich,“ im Krankenhausreports 2023 ist für die Versorgung dieser Fälle das zur Verfügung stehende Krankenhauspersonal eher knapp bemessen.⁹⁹ Diese Situation stellt für die Krankenhäuser, insbesondere mit Blick auf den demografischen Wandel, bereits heute ein Spannungsfeld dar und wird auch in Zukunft eine existenziellsten Herausforderung für Krankenhäuser sein.¹⁰⁰ (Abschnitt 1.3.2). Rund 14 Prozent des Gesundheitspersonals sind über 60

⁹⁷ Statistisches Bundesamt (2023): Anzahl des Krankenhauspersonals in Deutschland nach Berufsgruppen im Zeitraum von 2017 bis 2021, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/161100/umfrage/krankenhauspersonal-nach-berufsgruppen-1998-und-2008/>, zuletzt aufgerufen am 09.05.2023.

⁹⁸ Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2023): Anzahl des Krankenhauspersonals in Deutschland nach Berufsgruppen im Zeitraum von 2017 bis 2021, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/161100/umfrage/krankenhauspersonal-nach-berufsgruppen-1998-und-2008/>, zuletzt aufgerufen am 09.05.2023.

⁹⁹ Köppen J., Busse R. (2023): Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_2, zuletzt aufgerufen am 09.05.2023.

¹⁰⁰ Vor dem Hintergrund der weiteren Analysen sei auf die Medikalisierungsthese und die Kompressionsthese verwiesen. Aufgrund verschiedener Indikatoren, sprechen sich die Gutachtenden zum jetzigen Zeitpunkt für die Medikalisierungsthese aus. Die Gutachtenden gehen somit davon aus, dass die Auswirkungen des demografischen Wandels das Gesundheitswesen in zweierlei Hinsicht betreffen werden. Zum einen nimmt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen aufgrund der Zunahme älter Personen statistisch gesehen zu und zum anderen wird sich die Anzahl

Jahre alt und weniger als 40 Prozent der Beschäftigten sind jünger als 40 Jahre (Abbildung 7). In naher Zukunft, wenn mehr und mehr der geburtenstarken Jahrgänge der Boomerjahre¹⁰¹ den Arbeitsmarkt verlassen werden, wird voraussichtlich weniger Personal einer immer größeren Zahl an älteren Menschen mit einem tendenziell zunehmender Bedarf an Gesundheitsleistungen gegenüberstehen.

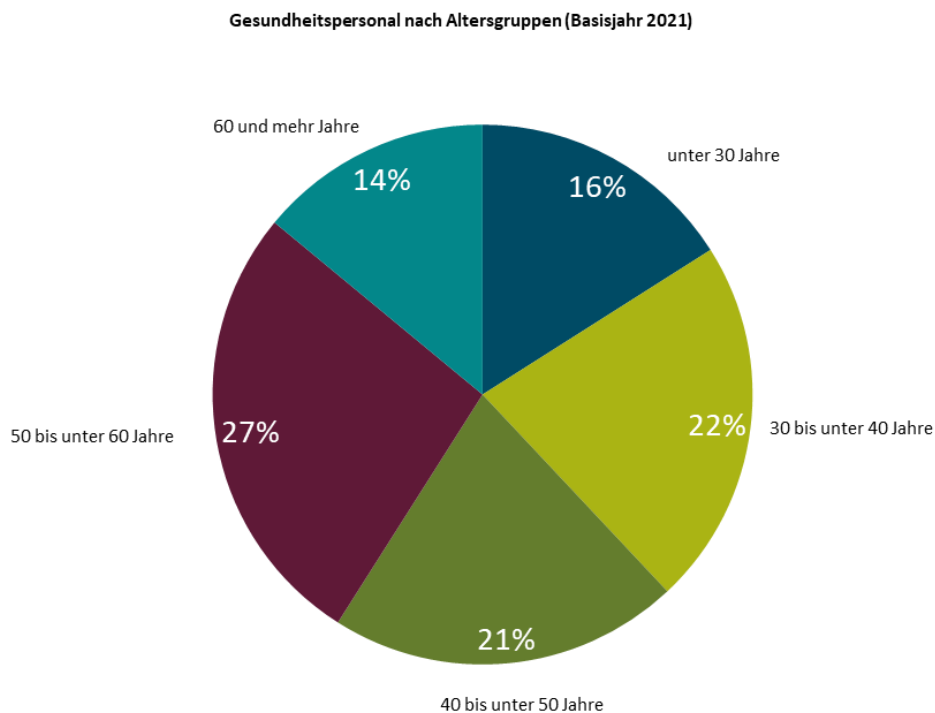


Abbildung 7 Gesundheitspersonal nach Altersgruppen¹⁰²

Eine aktuelle Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2023 kommt zu dem Schluss, dass der Fachkräftebedarf bereits heute in deutschen Unternehmen deutlich stärker wirkt, als in früheren Studien vorhergesagt.¹⁰³ Insbesondere der Gesundheitssektor und der Pflegebereich sind stark vom Fachkräftemangel betroffen. Dabei berichtet die Bertelsmann Stiftung, dass unter anderem Sachsen-Anhalt von einem tendenziell etwas höheren Fachkräftemangel betroffen sei.¹⁰⁴

Auch die Ergebnisse der Onlinebefragung der Krankenhäuser innerhalb Sachsen-Anhalts und der geführten Interviews mit den Stakeholdern im Zuge dieses Gutachtens zeigen, dass das Thema Fachkräftebedarf im Bereich Gesundheitswesen innerhalb Sachsen-Anhalts omnipräsent ist. Fast alle befragten Personen berichteten von großen bis sehr großen Problemen, um geeignetes Fachpersonal zu finden.

Auf die Frage, in welchen Bereichen und wie stark die Krankenhausträger vom Fachkräftebedarf betroffen sind, berichten 85 Prozent der Krankenhausträger vom Fachkräftemangel in der Pflege und 62 Prozent vom Fachkräftemangel im ärztlichen Dienst. Es zeigt sich, dass die Aussage unabhängig von der Region beziehungsweise dem Landkreis und der Trägerschaft getroffen wird. Dementsprechend lässt sich feststellen,

der Personen im erwerbsfähigen Alter verringern. Dementsprechend stehen in Zukunft weniger Erwerbstätige zur Verfügung, die die medizinische Versorgung übernehmen können.

¹⁰¹ 1955-1969

¹⁰² Statistisches Bundesamt (2023): Gesundheitspersonal nach Altersgruppen 2021, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Grafik/Interaktiv/gesundheitspersonal-altersgruppen.html>, zuletzt abgerufen am 25.04.2023.

¹⁰³ Bertelsmann Stiftung (2021): Fachkräfteengpässe und Zuwanderung aus Unternehmenssicht in Deutschland 2021: Stärkerer Anstieg als im Vorjahr angenommen, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/fachkraefteengpaesse-und-zuwanderung-aus-unternehmenssicht-in-deutschland-2021-staerkerer-anstieg-als-im-vorjahr-angenommen-all>, zuletzt aufgerufen am 15.05.2023.

¹⁰⁴ Ebenda.

dass alle Leistungserbringer Probleme damit haben oder Probleme erwarten, das benötigte Personal zu finden.

Diese Entwicklung ist insbesondere mit Blick auf eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung kritisch zu bewerten. Studien zeigen, dass eine geringe Personalbesetzung Auswirkungen auf die Versorgungssituation zur Folge hat. Im Zuge der Studien wurde der Zusammenhang zwischen Anzahl der Patientinnen und Patienten und den verfügbaren Pflegefachpersonen (patient-to-nurse ratio) geprüft. Ergebnisse dieser Studien weisen einen positiven Effekt zwischen den genannten Bereichen nach. Dies bedeutet, dass weniger Patientinnen und Patienten je Pflegekraft zu einem besseren Ergebnis bei den Patientinnen und Patienten führen. Als besseres Ergebnis können hier beispielsweise eine geringere Mortalität oder eine kürzere Verweildauer genannt werden.¹⁰⁵

Zum 1. Februar 2023 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der neue Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege einberufen.¹⁰⁶ Da sich die Entwicklung im Bereich des Fachkräftebedarf in fast allen Regionen Deutschlands beobachten lässt, ist eine der Aufgaben dieses Sachverständigenrates, eine Untersuchung zum Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen mit „medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen vorzunehmen und Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten abzuleiten sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen“.¹⁰⁷

2.7 Covid-19-Pandemie

Schon vor Beginn der Covid-19-Pandemie wurde vermehrt über die angespannte wirtschaftliche Lage und weitere bestehende Herausforderungen der Krankenhäuser innerhalb Deutschlands berichtet. Dennoch stellte die Covid-19-Pandemie die Krankenhäuser seit Anfang 2020 vor große und vor allem neue Herausforderungen. Zusätzlich hierzu wurden durch die Pandemie auch bestehende strukturelle Probleme innerhalb des Gesundheitswesens und der Krankenhäuser besonders deutlich.¹⁰⁸

Eine wesentliche gesellschaftliche Herausforderung während der Pandemie lag vor allem in der Unsicherheit hinsichtlich der Entwicklung des weiteren Pandemiegeschehens. Diese Unsicherheit hatte auch starke Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe innerhalb der Krankenhäuser in Deutschland. So waren Krankenhäuser unter anderem dazu angehalten, Kapazitäten (zum Beispiel in Form von Betten) freizuhalten und gleichzeitig Intensivkapazitäten auszubauen. Diese Freihaltung von Kapazitäten hatte zur Folge, dass Krankenhäuser auch planbare Behandlungen verschieben mussten und sollten. Folge dieser Maßnahme war ein starker Fallzahlrückgang in den Krankenhäusern (Kapitel 4) insbesondere während der ersten (März bis Mai 2020) und zweiten Pandemiewelle (Oktober bis Dezember 2020).

Ferner konnte eine allgemeine Zurückhaltung der Bevölkerung bezogen auf die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen festgestellt werden, was sich zusätzlich auf die Fallzahlentwicklung ausgewirkt haben

¹⁰⁵ Köppen J., Busse R. (2023): Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_2, zuletzt aufgerufen am 09.05.2023.

¹⁰⁶ Bundesministerium für Gesundheit (2023): Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege neu berufen, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/neuberufung-svr-2023.html>, zuletzt aufgerufen am 21.04.2023.

¹⁰⁷ Ebenda.

¹⁰⁸ Mostert C. (2021): Krankenhausreport 2021 – Kapitel Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_16, zuletzt abgerufen am 26.05.2023.

wird. Gründe dieser Zurückhaltung waren einerseits Angst vor einer möglichen Infektion und andererseits die Befürchtung einer möglichen Systemüberlastung.¹⁰⁹

Auch in Sachsen-Anhalt ließ sich diese Entwicklungen, wie in Kapitel 4 und den folgenden ausführlich dargestellt beobachten. Allerdings sind die Behandlungsfälle nicht in allen Versorgungsbereichen und über alle Indikationen hinweg im gleichen Maße gesunken.¹¹⁰ Es kann vermutet werden, dass Patientinnen und Patienten mit eher leichteren Anfangssymptomen den Rettungsdienst nicht oder verspätet alarmierten. Teilweise wurde das Krankenhaus durch die Betroffenen gar nicht aufgesucht, aus Sorge sich dort zu infizieren.

Außerdem wurden durch das pandemiebedingte Aussetzen von Screening-Maßnahmen, weniger Verdachtsfälle erkannt und dann behandelt wurden. Neben diesen Entwicklungen konnte auch ein Fallzahlrückgang bezogen auf das gesamte Leistungsspektrum der Krankenhäuser, wie den Rückgang von Krankenhausbehandlungen bei lebensbedrohlichen Notfällen beispielsweise bei Herzinfarkten und Schlaganfällen, festgestellt werden.¹¹¹

Auch die Behandlung der Covid-19-Patientinnen und -Patienten stellte die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. So mussten beispielsweise Patientinnen und Patienten isoliert untergebracht und behandelt werden, wodurch zusätzlich weniger Betten belegt und daraus folgend weniger Patientinnen und Patienten in den bestehenden baulichen Strukturen behandelt werden konnten. Auch benötigten Covid-19-Patientinnen und Patienten häufig eine intensivmedizinische Behandlung oder eine Beatmungstherapie wodurch insbesondere personelle Ressourcen (24/7-Betreuung) und Intensivkapazitäten gefordert wurden. Zeitgleich musste jedoch gewährleistet werden, dass das Personal vor einer möglichen Infektionen geschützt ist.¹¹²

Diese Gemengelage führte dazu, dass Krankenhäuser finanzielle Einbußen aufgrund der Verschiebung von elektiven Eingriffen und des allgemeinen Fallzahlrückgangs verzeichnen mussten, wodurch sich der bestehende wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser weiter erhöhte.¹¹³ Um diesem entgegenzuwirken, wurde durch den Gesetzgeber das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz im März 2020¹¹⁴ umgesetzt. Unter anderem sollten die Erlösausfälle durch Ausgleichszahlungen¹¹⁵ kompensiert werden. Zudem wurden weitere finanzielle Maßnahmen, wie beispielsweise pauschale Zuschläge für Schutzausrüstungen oder veränderte Zahlungsfristen, initiiert.¹¹⁶

Die Covid-19-Pandemie zeigte auch, dass die Krankenhäuser in Deutschland teilweise noch erhebliche Defizite im Hinblick auf die Digitalisierung ihrer Prozesse aufweisen. So erfolgte beispielsweise die Meldung der neuinfizierten Patientinnen und Patienten ans das Robert-Koch-Institut (RKI) teilweise per Fax oder per Telefon und zu unterschiedlichen Zeitpunkten, wodurch insbesondere Unschärfen bei den erfassten Infektionszahlen entstanden.

¹⁰⁹ Mostert C. (2021): Krankenhausreport 2021 – Kapitel Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_16, zuletzt abgerufen am 26.05.2023.

¹¹⁰ Augurzky B. et al. (2022): Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise, erschienen in: Krankenhaus-Report 2022, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 35-61.

¹¹¹ Mostert C. (2021): Krankenhausreport 2021 – Kapitel Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_16, zuletzt abgerufen am 26.05.2023.

¹¹² Ebenda.

¹¹³ Augurzky B. et al. (2022): Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise, erschienen in: Krankenhaus-Report 2022, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 35-61.

¹¹⁴ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 14, ausgegeben am 27.03.2020, Seite 580: Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz)

¹¹⁵ Im Laufe der Covid-19-Pandemie kam es zu Anpassungen dieser Ausgleichszahlungen.

¹¹⁶ Augurzky B. et al. (2022): Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise, erschienen in: Krankenhaus-Report 2022, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 35-61.

Der bürokratische Mehraufwand durch vermehrte Abfragen beziehungsweise Datenübermittlungen beispielsweise an das Register der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung der Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI-Register) aber auch die Steuerung der Patientinnen und Patienten über das Kleeblattkonzept¹¹⁷ mit Sachsen-Anhalt als Single Point of Contact (SPoC)¹¹⁸ zeigten bestehende strukturelle Herausforderungen und Lösungen auf.¹¹⁹

2.8 Finanzierung

In Deutschland folgt die Krankenhausfinanzierung dem Prinzip der dualen Finanzierung und setzt sich aus den zwei Säulen Betriebskostenfinanzierung und Finanzierung der Investitionskosten zusammen (Abbildung 8).

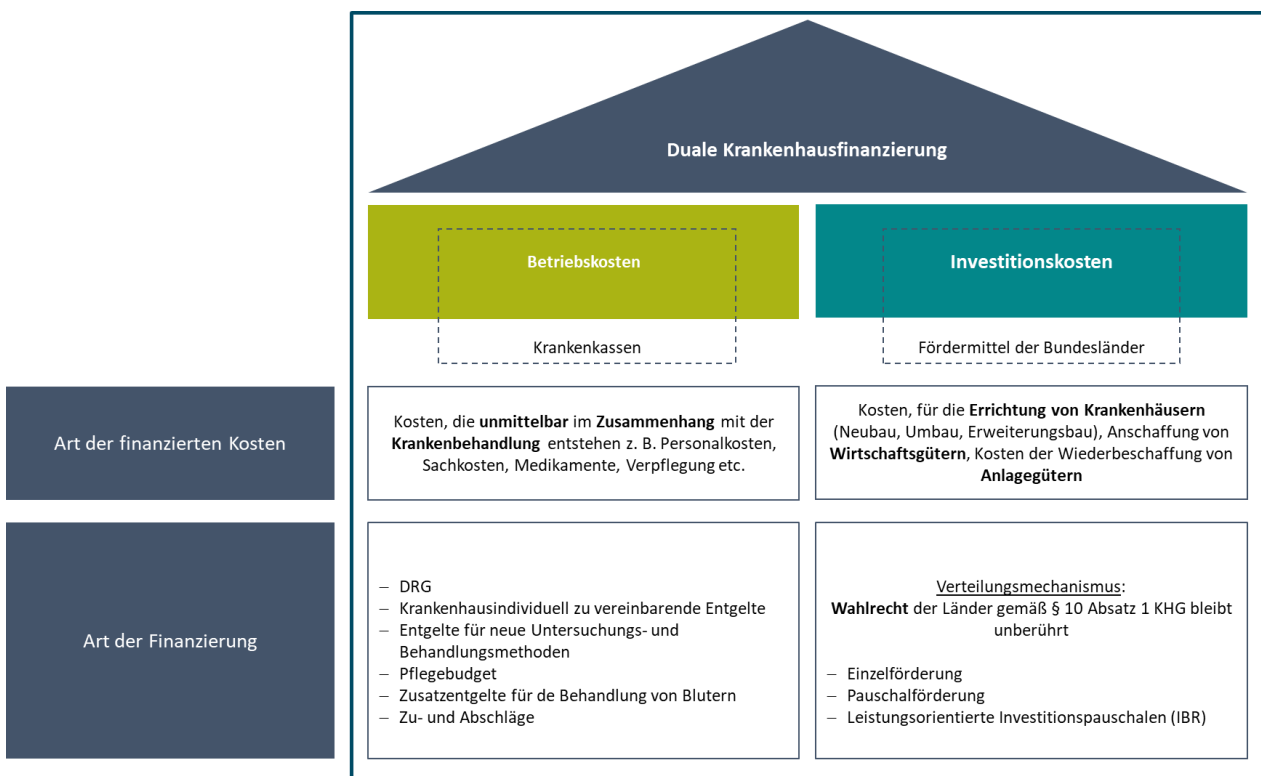


Abbildung 8 Duale Krankenhausfinanzierung¹²⁰

Mit Blick auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser wird seit Jahren immer wieder auf die schwierige finanzielle Lage der Krankenhäuser hingewiesen. So spricht die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

¹¹⁷ Das Kleeblattkonzept stellt ein abgestimmtes Konzept zwischen Bund und Ländern zur bundesweiten Verlegung von intensivpflichtigen an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten dar. Seit März 2022 wird das Kleeblattkonzept ebenfalls für die Verlegung von Patientinnen und Patienten genutzt, die im Zusammenhang mit dem Krieg in der Ukraine medizinische Behandlung in Deutschland benötigen.

¹¹⁸ Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Was ist das Kleeblattkonzept?, https://www.bbk.bund.de/DE/Infothek/Fokusthemen/Corona-Pandemie/Kleeblattkonzept/Was-ist-Kleeblattkonzept/was-ist-kleeblattkonzept_node.html, zuletzt abgerufen am 26.05.2023.

¹¹⁹ Schreyögg J. (2020): Corona-Krise trifft auf Strukturprobleme im Gesundheitswesen, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/221964/1/10-1007-s10273-020-2617-3.pdf>, zuletzt abgerufen am 26.05.2023.

¹²⁰ Eigene Darstellung.

(DKG) beispielsweise davon, dass sich die wirtschaftliche Lage immer weiter zuspitzen würde und die Kliniken immer stärker von Schließungen bedroht seien.¹²¹ Aufgrund der dualen Finanzierung lassen sich sowohl im Bereich Betriebskosten als auch im Bereich Investitionskosten Herausforderungen identifizieren.

Die Betriebskosten umfassen sämtliche Kosten, die während der Behandlung eines Patienten oder einer Patientin entstehen und beziehen sich auf die voll- und teilstationären Leistungen der Plankrankenhäuser in Deutschland. Die Finanzierung erfolgt seit dem Jahr 2020 über eine Kombination von Fallpauschalen und der Pflegekostenvergütung, dem sogenannten Pflegebudget.

Der sogenannte Landesbasisfallwert stellt, bezogen auf die Fallpauschalen, eine wesentliche Bezugsgröße dar und dient der Berechnung der entstandenen Kosten für stationäre Leistungen, die die Krankenkassen den Krankenhäusern erstatten. Nach § 10 Absatz 1 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) wird der Landesbasisfallwert jährlich zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausgesellschaften auf der Landesebene vereinbart.¹²² Zudem stellt der Pflegeentgeltwert eine weitere wesentliche Größe dar. Über diesen wird seit dem Jahr 2020 die „Pflege am Bett“ finanziert. Diese Finanzierung der „Pflege am Bett“ erfolgt zusätzlich zu der anfangs genannten Finanzierung der Betriebskosten im Sinne des Selbstkostendeckungsprinzips. Dieser Pflegeentgeltwert wird individuell zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen vereinbart.

Der Landesbasisfallwert dient dazu, die allgemeine voraussichtliche Kostenentwicklung zu berücksichtigen und wird unterjährig für das Folgejahr auf der Landesebene vereinbart. Kritisch zu betrachten ist, dass der Landesbasisfallwert innerhalb Deutschlands noch nicht angeglichen ist. Dies bedeutet, dass die gleiche Leistung mit der gleichen Bewertungsrelation¹²³ beispielsweise in Rheinland-Pfalz drei Prozent höher vergütet wird als in Sachsen-Anhalt.

Die jeweiligen Landesbasisfallwerte der Bundesländer sind in Abbildung 9 dargestellt. Sachsen-Anhalt gehört zu den Bundesländern mit dem niedrigsten Landesbasisfallwert. Ziel ist es, dass diese unterschiedlichen Werte sukzessive an einen bundeseinheitlichen Wert (Bundesbasisfallwert) angeglichen werden.

¹²¹ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022): DKG zum Krankenhausrating-Report – Die wirtschaftliche Lage spitzt sich weiter zu – Kliniken immer stärker von Schließung bedroht, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/die-wirtschaftliche-lage-spitzt-sich-weiter-zu-kliniken-immer-staerker-von-schliessung-bedroht/>, zuletzt abgerufen am 25.04.2023.

¹²² Bundesministerium für Gesundheit (2023): Krankenhausfinanzierung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

¹²³ Jeder aG-DRG ist einer Bewertungsrelation zugeordnet, die widerspiegelt, in welchem Verhältnis der Ressourcenverbrauch einer aG-DRG zum durchschnittlichen Ressourcenverbrauch aller aG-DRG-Fälle (Relativgewicht = 1) steht. Diese Werte wurden durch das InEK ermittelt. Multipliziert mit dem Landesbasisfallwert ergibt sich der Preis der Leistung, der durch die Krankenkassen an die Krankenhäuser ausgezahlt wird.

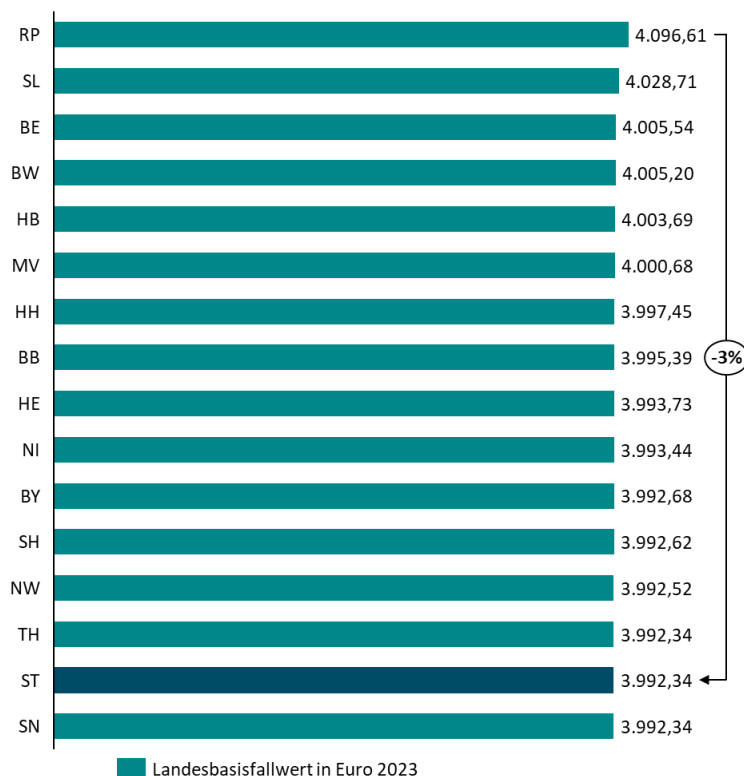


Abbildung 9 Landesbasisfallwerte in Euro je Bundesland 2023¹²⁴

Eine weitere Herausforderung – beispielsweise in Bezug auf die Kostenentwicklungen bei den Energiepreisen oder der Inflation – zeigt sich darin, dass der Landesbasisfallwert nicht beliebig steigen kann, da dessen Steigerung durch einen sogenannten Veränderungswert¹²⁵ limitiert ist. Mit Blick auf die vergangenen drei Jahre stellt sich die Entwicklung dieses Veränderungswertes wie in der nachfolgenden Abbildung dar.¹²⁶

¹²⁴ Verband der Ersatzkassen (2023): Landesbasisfallwerte 2023, https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_180935136/file.res/LBFW_2023.pdf, zuletzt abgerufen am 25.04.2023.

¹²⁵ Seit 2013 gilt als Obergrenze für die Landesbasisfallwerte nicht mehr die Grundlohnrate, sondern der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG. Dieser wird jährlich durch die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbart. Der Veränderungswert stellt die maximale Steigerungsmöglichkeit für den Landesbasisfallwert dar. Bundesministerium für Gesundheit (2023): Orientierungs- und Veränderungswert, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/orientierungs-und-veraenderungswert.html>, zuletzt abgerufen am 15.05.2023.

¹²⁶ Aufgrund der geänderten Finanzierungssystematik wurde auf eine Darstellung der Jahre 2017 bis 2020 verzichtet.

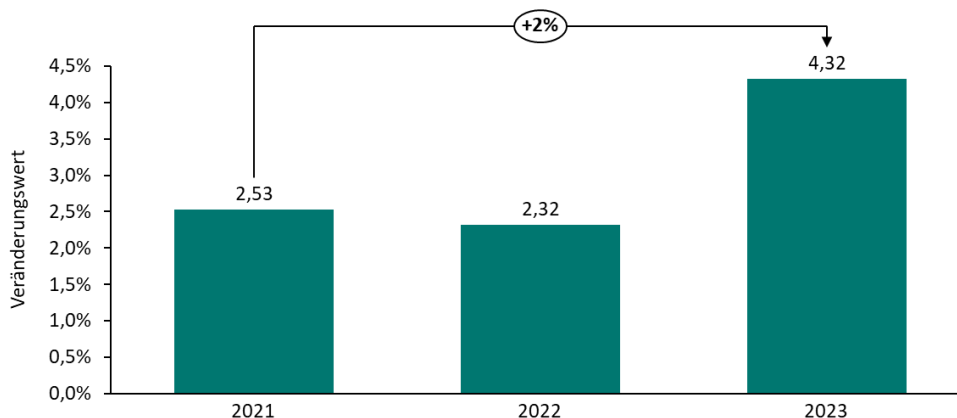


Abbildung 10 Entwicklung des Veränderungswertes von 2021 bis 2023 ohne Bundespflegesatzverordnung¹²⁷

In den Jahren 2021 und 2022 ist dieser Veränderungswert relativ konstant geblieben. Im Jahr 2023 stieg dieser im Vergleich zu 2021 um 71 Prozent an. Insbesondere mit Blick auf die Inflation (Abschnitt 2.9) und deren Steigerung wird jedoch deutlich, dass der Veränderungswert diese nur bedingt abbildet.

Neben diesen Herausforderungen ist darüber hinaus die Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), die sogenannte InEK-Matrix¹²⁸. Bei der Kalkulation werden die fallbezogenen Kosten retrospektiv ermittelt. So beziehen sich beispielsweise die Erlöse für das Jahr 2023 auf die Kosten des Jahres 2021. Aufgrund des Versatzes des Bezugsjahres besteht die Gefahr, dass die tatsächlichen Kosten trotz Ausgleichsmechanismen nicht durch die Erlöse gedeckt werden (Abschnitt 2.9).

Dieser genannte Entgeltbereich ist auf die Betriebskostenfinanzierung begrenzt und umfasst nicht die Investitionskosten der Plankrankenhäuser. Diese sind durch das jeweilige Bundesland zu tragen. So haben gemäß § 8 Absatz 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) alle Krankenhäuser, die als Plankrankenhäuser in den Krankenhausplänen der Länder geführt werden und gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 1 KHG in das Investitionsprogramm aufgenommen worden sind, einen Anspruch auf Investitionsfördermittel vom Land.^{129/130}

Die Finanzierung der Investitionskosten wurde im Zuge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes im Jahr 2009 neu geregelt. Gemäß § 10 Absatz 1 Satz 4 KHG obliegt den Ländern seit 2012 das Wahlrecht, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen (IBR) und der Einzelförderung von Investitionen und der Pauschalförderung (kurzfristige Anlagegüter und/oder Baupauschale) zu entscheiden.¹³¹

Neben den beschriebenen Herausforderungen bei der Betriebskostenfinanzierung liegen aber auch einige in der Investitionskostenfinanzierung. Laut den Krankenhäusern kommen die Länder überwiegend der Pflicht der Investitionskostenfinanzierung nicht nach, wodurch ein sogenannter Investitionsstau in einigen

¹²⁷ GKV-Spitzenverband: Orientierungs-/Veränderungswert, <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budget-verhandlungen/orientierungswert/orientierungswert.jsp>, zuletzt abgerufen am 25.04.2023.

¹²⁸ Die InEK-Kostenmatrix ist eine Übersicht über die fallbezogenen Kosten einer aG-DRG. Die dargestellten Kosten werden in Kostenarten sowie Kostenstellen unterteilt, wodurch die angefallenen Kosten eines Patientenfalls möglichst genau zugeordnet werden können. Die Kostendaten basieren auf den Informationen, die die Kalkulationskrankenhäuser an das InEK übermitteln.

¹²⁹ Verband der Ersatzkassen (2021): Krankenhausfinanzierung, <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausfinanzierung.html>, zuletzt abgerufen am 25.04.2023.

¹³⁰ Bundesministerium für Gesundheit (25.04.2023): Krankenhausfinanzierung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>, zuletzt abgerufen am 25.04.2023.

¹³¹ Bundesministerium der Justiz: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG), § 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung, https://www.gesetze-im-inter-net.de/khg/_10.html, zuletzt abgerufen am 25.04.2023.

Bundesländern entstanden ist.^{132/133} Insbesondere mit Blick auf die voranschreitende Digitalisierung, den Wunsch nach Strukturoptimierung und die damit verbundenen erforderlichen Maßnahmen ist dies kritisch zu sehen.¹³⁴

2.9 Energie und Inflation

Nicht nur die Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen stellen die Krankenhäuser Deutschlands vor große Herausforderungen, auch die Energiekrise und die inflationsbedingten Kostensteigerungen stellen wesentliche Problemfelder für die Krankenhäuser dar. Die Entwicklung der Inflationsrate¹³⁵ in Deutschland zeigt, dass diese im Vergleich zum Vorjahresmonat im März 2023 bei +7,4 Prozent lag.¹³⁶ Der Pandemiebedingte Fallzahlrückgang und die damit verbundenen sinkenden Erlöse der Diagnosebezogenen Fallgruppen (englisch: diagnosis related groups –DRG) (Abschnitt 7.3) stellen Krankenhäuser vor finanzielle Herausforderungen und verstärken den wirtschaftlichen Druck, dem sich viele Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt ausgesetzt sehen.

Aufgrund des eher statischen und retrospektiven Finanzierungssystems (Abschnitt 0) können die Krankenhäuser den zuvor genannten und nicht vorhersehbaren Kostensteigerungen kaum bis gar nicht entgegenwirken. Sie haben beispielsweise kaum die Möglichkeit, diese durch Preiserhöhungen an die Patientinnen und Patienten beziehungsweise deren Krankenversicherungen respektive Kostenträger weiterzugeben (Abschnitt 0). Aufgrund dieser Kostenstruktur, die einhergeht mit der ausbleibenden Leistungssteigerung und der fehlenden Möglichkeit, die Preise entsprechend anzuheben, steigt der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser. Laut Aussage der DKG sei die aktuelle Finanzierungslücke aufgrund dieser Gemengelage erheblich und Krankenhäuser seien stark insolvenzgefährdet.¹³⁷

Dieser wirtschaftliche Druck wird ebenfalls in der Umfrage, die im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführt wurde, deutlich. So stufen 29 der 37 Krankenhausträger in Sachsen-Anhalt die aktuellen Entwicklungen hinsichtlich der steigenden Energiepreise und die aktuellen Inflationsraten als betriebskritisch bis sehr betriebskritisch ein. Einhergehend mit dieser Entwicklung gibt ein Großteil der befragten Krankenhausträger an, Zuschüsse und Darlehen zur Sicherstellung der Liquidität zu benötigen.

Der Bund hat auf die gestiegenen Kosten für Gas und Strom mit dem sogenannten Energiekostenausgleich in Höhe von 6 Milliarden Euro reagiert. 1,5 Milliarden Euro wurden hierbei als Pauschalzahlungen an die Häuser ausgereicht. Die restlichen 4,5 Milliarden Euro sollen dem Ausgleich gestiegener Strom-, Gas- und Fernwärmekosten dienen.

¹³² Deutsche Krankenhausesellschaft (2019): Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern: Bund und Länder müssen endlich handeln, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsstau-in-deutschen-krankenhaeusern-bund-und-laender-muessen-endlich-handeln/>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

¹³³ Verband der Ersatzkassen (2021): Krankenhausfinanzierung, <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausfinanzierung.html>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

¹³⁴ Pilny, A. (2022): Investitionsförderung im Krankenhausmarkt von 1972 bis 2018. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (eds): Krankenhaus-Report 2022. Springer, Berlin, Heidelberg, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-64685-4_16, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

¹³⁵ Die Veränderung des Verbraucherpreisindex zum Vorjahresmonat beziehungsweise zum Vorjahr wird als Teuerungsrate oder als Inflationsrate bezeichnet.

¹³⁶ Statistisches Bundesamt (2023): Verbraucherpreisindex und Inflationsrate, https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/_inhalt.html, zuletzt abgerufen am 19.04.2023.

¹³⁷ Deutsche Krankenhausesellschaft (2022): DKG und Landeskrankenhausesellschaften starten Informationskampagne – Alarmstufe ROT: Krankenhäuser in Gefahr – sofortiger Inflationsausgleich notwendig, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/alarmstufe-rot-krankenhaeuser-in-gefahr-sofortiger-inflationsausgleich-notwendig/>, zuletzt abgerufen am 19.04.2023.

Im Zuge des Energiekostenausgleichs können Krankenhäuser diese Mittel beantragen, die abhängig von den tatsächlichen Energiekosten individuell berechnet werden. Als Bezugsgröße wird hier der Monat März 2022 herangezogen.¹³⁸ Laut Aussage der DKG wurden bisher nur 5 Prozent der zur Verfügung stehenden Mittel abgerufen.¹³⁹ Aufgrund der Anpassung der Berechnung durch die Änderungsvereinbarung vom 31.03.2023 zur Vereinbarung nach § 26 f Absatz 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz über den Nachweis der Bezugskosten für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom (EWS-Kostenausgleich-Nachweisvereinbarung) ist in dem Zeitraum Januar bis Dezember 2023 mit einer höheren Auszahlung zu rechnen. Die Bundesregierung hat darüber hinaus im April beschlossen, neben den bereits pauschal ausgezahlten 1,5 Milliarden Euro weitere 2,5 Milliarden Euro als Pauschalzahlungen zu verteilen. Eine Entscheidung des Bundestages steht hierzu noch aus.

Darüber hinaus wurde seit Januar 2023 die sogenannte Strom- und Gaspreisbremse etabliert, die bereits eine Entlastung für die Krankenhäuser schafft.¹⁴⁰ Dennoch stellen die indirekten Energiekosten¹⁴¹ sowie die ansteigenden Personal- und Sachkosten die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Sofern man die hierfür vorgesehenen 1,5 Milliarden Euro auf die 1.887 Plankrankenhäuser¹⁴² verteilt, wären dies rund 800.000 Euro pro Plankrankenhaus. Es ist davon auszugehen, dass dieser Betrag die Kostensteigerung in den Bereichen, in denen die Krankenhäuser am stärksten von den Kostensteigerungen betroffen sind, nicht ausreichend auffängt und anfallende Kostensteigerungen somit nicht ausgeglichen werden können.

Auch haben Krankenhäuser kaum weitere Spielräume beziehungsweise Kompensationsmöglichkeiten, wie Kosteneinsparungen durch das Verschieben von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich (Abschnitt 2.3 Herausforderungen und Trends der stationären Versorgung), um diese Kosten aufzufangen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Betrachtung des Landesbasisfallwertes. Dieser ist beispielsweise für Krankenhäuser innerhalb Sachsen-Anhalts von 2022 auf 2023 um rund 4 Prozent angestiegen. Mit Blick auf die eingangs genannte Inflationsrate in Höhe von 7,4 Prozent stellt dies ebenfalls keinen adäquaten Ausgleichsmechanismus für die Entwicklung der Inflation dar.

Es ist somit davon auszugehen, dass der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser weiter steigen wird und durch die Politik Ausgleichsmechanismen geschaffen werden müssen, um die Krankenhäuser mit Blick auf die Inflation wirtschaftlich sinnvoll zu entlasten.

¹³⁸ Bundesministerium der Justiz: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG), § 26 f., Ausgleich für Steigerungen der Kosten für den Bezug von Erdgas, Wärme und Strom, https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_26f.html, zuletzt abgerufen am 08.05.2023

¹³⁹ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2023): DKG zu den versprochenen Milliardenhilfen – Nur wenige Krankenhäuser können Energiehilfen abrufen, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/nur-wenige-krankenhaeuser-koennen-energiehilfen-abrufen/>, zuletzt abgerufen am 25.04.2023.

¹⁴⁰ Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2023): Strom- und Gaspreisbremse - Basisversorgung zu günstigeren Preisen, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/entlastung-fuer-deutschland/strompreisbremse-2125002>, zuletzt abgerufen am 08.05.2023.

¹⁴¹ Beim indirekten Energieverbrauch handelt es sich um Energie, die in Produktionsprozessen von Gütern im In- und Ausland verbraucht wurde (direkter Energieverbrauch der Produktion), jedoch erst dem Konsumenten des Produktes zugerechnet wird. Die Energie wird demnach als „versteckt“ im Produkt enthalten betrachtet und konzeptionell erst durch den Konsum dieses Produktes verbraucht.

¹⁴² Statistisches Bundesamt (2023): Gesundheit – Krankenhäuser, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/inhalt.html>, zuletzt abgerufen am 08.05.2023.

2.10 Regierungskommission

Auf Bundesebene wurde im Mai 2022 eine Kommission eingesetzt, um Vorschläge für Anpassungen im Bereich der Gesundheits- und insbesondere Krankenhausversorgung und –finanzierung zu erarbeiten („Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“). Bisher wurden von ihr vier schriftliche und frei zugängliche Stellungnahmen vorgelegt.

Die vierte Stellungnahme „Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“¹⁴³ wird ebenfalls einen Einfluss auf die Krankenhausversorgung haben. Das BMG hatte die Länder zu einer ersten Veranstaltung am 22. Mai 2023 eingeladen. Nach Planung des BMG soll die vierte Stellungnahme über den Sommer mit den Ländern diskutiert werden, damit die Ergebnisse noch in die Reform der Krankenhausvergütung einfließen können.

Insbesondere die dritte Stellungnahme mit dem Titel „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“¹⁴⁴ wird seit der Veröffentlichung im Dezember 2022 intensiv diskutiert. Diese Stellungnahme ist auch für die Krankenhausplanung der Länder relevant und es soll daher kurz der aktuelle Diskussionsstand dargestellt werden. Diese Stellungnahme sieht im wesentlichen drei Elemente vor:

1. Vorhaltevergütung: Aktuell wird der überwiegende Teil der Behandlungskosten fallbezogen abgerechnet, das heißt es wird eine Fallpauschale abgerechnet, wenn ein Patient behandelt wird. Häufig wird den Krankenhäusern unterstellt, dass dieser Anreiz dazu führt, dass möglichst viele Behandlungen im Krankenhaus durchgeführt werden. Um diesen Anreiz zu verringern, soll ein bestimmter Anteil der variablen Kosten als fixe Vergütung erfolgen, also unabhängig von der Zahl der behandelten Fälle.

2. Leistungsgruppen: Die Regierungskommission hat eine Liste mit 128 Leistungsgruppen erstellt, die sich auf bestimmte Erkrankungsgruppen beziehen. Die Krankenhäuser sollen jeweils eine individuell festzulegende Menge an Leistungsgruppen zugewiesen bekommen. Diese Leistungsgruppen dürfen dann durch das Krankenhaus erbracht werden – und müssen es im Gegenzug auch, da es sich um einen Versorgungsauftrag handelt. Die Leistungsgruppen sind bisher nur verbal beschrieben und nicht mit medizinischen Diagnosen oder Prozeduren hinterlegt.

3. Level: Im Wesentlichen werden alle Krankenhäuser in drei Level eingeteilt (I, II, III), wobei die Level I und III noch einmal unterteilt sind (Ii und In sowie III und IIIu). Die Einteilung in Level erfolgt anhand von vorhandenen Fachrichtungen und bestimmten weiteren Anforderungen. So muss für die Einstufung in Level II nach dem ursprünglichen Vorschlag mindestens eine Geburtshilfe und eine Stroke Unit vorgehalten werden. Level Ii Krankenhäuser sollen „integrierte ambulant/stationäre Krankenhäuser“ sein mit einer begrenzten Zahl an Betten. Daneben gibt es noch Fachkliniken, deren genaue Beschreibung und Funktionsweise noch erarbeitet werden muss.

Im ersten Vorschlag der Regierungskommission waren die Level ausschlaggebend für die Leistungsgruppen, die erbracht werden dürfen beziehungsweise müssen. Verkürzt gesagt, durfte nach den ersten Vorschlägen

¹⁴³ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland - Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“, 2023, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf, zuletzt abgerufen am 30.05.2023.

¹⁴⁴ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“, 2022, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf, zuletzt abgerufen am 08.05.2023.

erst ab Level II anspruchsvollere (Notfall-) Medizin erbracht werden und beispielsweise erst ab Level II Schlaganfälle und Herzinfarkte behandelt werden. In der Praxis hätte dies viele Bundesländer vor Probleme gestellt, da eine flächendeckende Versorgung mit wichtigen Leistungen teilweise lückenhaft geworden wäre.

Die Vorschläge der Regierungskommission sind in den folgenden Diskussionen daher deutlich weiterentwickelt worden und es zeichnet sich ab, dass die jetzt verfolgten Prinzipien weitgehend kongruent zu den im Rahmen dieses Gutachtens verfolgten Ansätzen sind. So werden statt der dargestellten 128 Leistungsgruppen momentan in allen Simulationen die in Nordrhein-Westfalen verwendeten 64 Leistungsgruppen genutzt. Diese Leistungsgruppen werden auch im Rahmen der Analysen im Zusammenhang mit diesem Gutachten verwendet. Es wäre aber auch grundsätzlich möglich, die beschriebenen 128 Leistungsgruppen der Regierungskommission zu verwenden, da hier lediglich einige weitere zusätzliche Leistungsgruppen eingeführt werden. Die wesentliche Logik und Aufteilung ist dabei identisch.

Die Level sind nach aktuellem Stand nicht mehr an die Vorhaltung bestimmter Fachabteilungen geknüpft, sondern an die Einstufung des Krankenhauses in die G-BA Notfallstufen. Zudem sollen die einzelnen Bundesländer deutlich mehr Freiheit bei der Einstufung der Krankenhäuser in die Level erhalten. Dies führt zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung in der Fläche und erlaubt eine signifikant andere Bewertung der praktischen Umsetzbarkeit der Vorschläge.

Der ambulante und stationäre Sektor muss zweifelsfrei besser verzahnt und die Grenzen durchlässiger werden. Die konkrete Ausgestaltung insbesondere der Level II wird entscheidend dafür sein, dass dies erfolgreich umgesetzt wird. Zukünftig soll daher den Standorten des Levels II eine zentrale Rolle der integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung zukommen. Teilweise wird in Frage gestellt, ob Standorte der Level II und III überhaupt attraktive Arbeitgeber sind und sich dementsprechend Personal finden lässt. Ebenso wird hinterfragt, ob sich diese wirtschaftlich betreiben lassen. Im Regelfall sind diese Standorte neu oder wesentlich umzubauen, da die Infrastruktur angepasst und oft reduziert werden müsste. Noch ist unklar, wie diese finanziellen Mittel bereitgestellt werden.

Die Vorhaltevergütung ist bisher nur einmal mit den Bundesländern diskutiert worden. Es wird entscheidend sein, dass die realen Kosten der Krankenhäuser abgebildet werden und die Kalkulation der Vorhaltekosten auf Daten der Krankenhäuser basieren – analog zu der Kalkulation der DRG's.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass nach aktuellem Stand die Vorschläge der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ mit den bisherigen Prinzipien und Ansätzen der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt kompatibel sind. Auch wenn die Ausgestaltung wichtiger Details noch aussteht, sind eher graduelle Änderungen und Anpassungen durch das Land Sachsen-Anhalt zu erwarten, wenn die Vorschläge auf Bundesebene beschlossen werden.

3 Verwendete Datenquellen und Verarbeitung der Daten

Zur Begutachtung der medizinischen Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt, insbesondere der vollstationären Versorgung, wurde im Rahmen des Gutachtens eine Vielzahl von Datenquellen verwendet, die im Folgenden dargestellt werden.

§ 21 - Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) -Daten 2017 bis 2021 aller Plankrankenhäuser aus Sachsen-Anhalt

Die Daten gemäß § 21 KHEntgG werden jährlich zu bestimmten Stichtagen von den Krankenhäusern an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Die Daten dienen der Pflege und Weiterentwicklung des DRG- beziehungsweise PEPP-Systems.

Die Inhalte des Datensatzes sind gemäß § 21 Absatz 2 KHEntgG definiert und enthalten Strukturdaten zum behandelnden Krankenhaus sowie Leistungsdaten zum Behandlungsfall. Im Rahmen des Gutachtens wurden die § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser aus Sachsen-Anhalt anonymisiert und mit Unterstützung der trinovis GmbH verarbeitet.

Umfragedaten zur Krankenhausstatistik 2017 bis 2021 des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (MS)

Das MS fragt jährlich die Fallzahl- und Belegungsdaten der Krankenhäuser auf Fachabteilungs- sowie auf Krankenhausträgerebene ab. Als Besonderheit ist hierbei zu benennen, dass in den erhobenen Daten die tatsächlichen Belegungstage auf der Fachabteilungsebene erfasst und nicht alle Belegungstage eines Falles (zum Beispiel der entlassenden Abteilung) zugerechnet werden.

Ambulante Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)

Nach der datenschutzrechtlichen Prüfung und der Unterstützung durch das MS hat die KVSA den Gutachtenden Daten zum ambulanten Versorgungsgeschehen zur Verfügung gestellt. Übermittelt wurden in anonymisierter Form die Diagnosen- und Gebührenordnungsziffern der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) -Behandlungsfälle der KVSA je Quartal für die Jahre 2017 bis 2021.

Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2017 bis 2020

Seit 2013 sind die gemäß § 108 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zugelassenen Krankenhäuser dazu verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht (QB) auf der Standortebene zu erstellen. Zwischen 2005 und 2012 war dies nur alle zwei Jahre verpflichtend und zudem in einem nicht einheitlich strukturierten Format.

Die Inhalte, der Umfang und das Datenformat für den QB werden gemäß § 136b SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Die QB gliedern sich in drei Kapitel und beinhalten die folgenden Daten:

- Teil A über die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
- Teil B über die Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten beziehungsweise Fachabteilungen
- Teil C über die Qualitätssicherung

Im Rahmen des Gutachtens wurden die QB für die Jahre 2017 bis 2020 von der PD verwendet. Vereinzelt wurde auch auf bereits verfügbare QB für das Berichtsjahr 2021 zurückgegriffen. Für die Krankenhausstand-

orte sind die QB gegebenenfalls zu prüfen, ob sie für mehrere Standorte des Trägers (z.B. über die verschiedenen Berichtsjahre) aggregiert sind, Fehler oder Fehlinterpretationen in den QB vorliegen oder durch mehrere Standortnummer Verschiebungen auftreten können. Dies war nicht Teil des Gutachtens.

Aufstellung der pauschalen Krankenhaus-Fördermittel 2017 bis 2021

Der PD wurden vom MS Sachsen-Anhalt die zwischen 2017 und 2021 ausgezahlten pauschalen Fördermittel gemäß § 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf der Krankenhausstandortebene zur Verfügung gestellt.

Abfrage zu Grundlagen und Leistungen im Rettungsdienst Sachsen-Anhalts

Es wurden über das MS an das Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt (MI) ein Fragenkatalog zur allgemeinen Struktur des Rettungsdienstes (Anzahl Leitstellen, Abdeckung, Besetzung, Betreiber, integrierte Leitstellen, Zusammenarbeit) und zu derzeitigen Standorten und Leistungsumfängen der Luftrettung gestellt. Weiterhin ist eine Aufstellung der Standorte der Rettungswachen mit Art und Anzahl der Fahrzeuge sowie der Einsatz- und Betriebszeiten angefragt worden, die mit Stand 20. Januar 2023 vorliegt.

PD-Online-Befragung der Krankenhausträger

Zur Einbindung der Sichtweise der Krankenhausträger wurde im Dezember 2022 eine Online-Befragung durchgeführt, die sich an die 45 Krankenhausträger richtete. Der Fokus dieser Online-Befragung lag auf der Ermittlung von Weiterentwicklungspotenzialen für die Krankenhausversorgung und -planung aus Sicht der stationären Leistungserbringer.

Der Fragebogen (Anhang) umfasste 51 Fragen, die in die folgenden zehn Fragegruppen unterteilt wurden:

1. Allgemeine Fragen
2. Jahresergebnisse
3. Investitionen
4. Zukunft
5. Fachkräftemangel
6. Kooperationen
7. Digitalisierungsgrad
8. Leistungsportfolio
9. Krankenhausplanung
10. Anmerkungen und Hinweise

Dieser Fragebogen wurde den 45 Krankenhausträgern am 1. Dezember 2022 zur Verfügung gestellt. Bis zum Ablauf der Bearbeitungszeit am 23. Dezember 2023 sendeten 37 Krankenhausträger, das heißt 82 Prozent, ihre Ergebnisse der Online-Befragung über das Online-Portal zurück. Die Rückmeldungen der Krankenhausträger sind in anonymisierter und aggregierter Form in die Beantwortung der Gutachtenfragen eingeflossen.

Interviews mit den Stakeholdern in Sachsen-Anhalt

Mit Blick auf die unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen, die allgemeine Entwicklung und die Forderung, bei der medizinischen Versorgung Sektorengrenzen zu überwinden, wurden im Rahmen der Gutachtenerstellung semistrukturierte Interviews mit Stakeholdern der Krankenhausversorgung durchgeführt. Ziel war hierbei, Verbesserungspotenziale aus Sicht wesentlicher Stakeholder in Sachsen-Anhalt zu

ermitteln und Möglichkeiten zur Sicherstellung der flächendeckenden und zukunftsfähigen Versorgung zu identifizieren. Interviewpartner waren hierbei:

- Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen und privaten Krankenkassen
- Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt
- Vertreterinnen und Vertreter der Ärztekammer Sachsen-Anhalt
- Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt
- Vertreterinnen und Vertreter von kreisfreien Städten, Landkreisen sowie Städte- und Gemeindebund
- Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums für Wirtschaft, Energie, Klimaschutz und Umwelt
- Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums der Finanzen
- Vertreterinnen und Vertreter des Landesverwaltungsamts

Den an den Interviews teilnehmenden Vertreterinnen und Vertreter wurde vorab der Interviewleitfaden übermittelt (Anhang). Die Interviews wurden überwiegend in digitaler Form im Februar und März 2023 durchgeführt.

Bevölkerungs- beziehungsweise Fallzahlprognosen

Im Rahmen des Gutachtens wurde die 7. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für Sachsen-Anhalt zugrunde gelegt. Diese basiert auf den Bevölkerungsdaten der Jahre 2017 bis 2019. Der Prognosezeitraum reicht bis zum Jahr 2035.

Die 7. Regionalisierte Bevölkerungsprognose kommt dabei zu drei Kernergebnissen¹⁴⁵:

1. Die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt wird sich weiterhin reduzieren¹⁴⁶.
2. Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung Sachsen-Anhalts wird sich erhöhen.
3. Die Bevölkerung in den kreisfreien Städten Magdeburg und Halle (Saale) verringert sich langsamer als in der kreisfreien Stadt Dessau-Roßlau und den Landkreisen.

Die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfes auf Basis der NRW-Leistungsgruppen (weitere Erläuterungen im Kapitel 4) erfolgt als demografiegestützte Schätzung auf Basis der Krankenhaushäufigkeiten aus den Jahren 2019 und 2021. Dazu wurden Krankenhaushäufigkeiten nach Leistungs-, Geschlechts- und Altersgruppen berechnet und auf die Einwohnerzahlen der 7. Regionalisierten Bevölkerungsprognose des Bundeslands für das jeweilige Prognosejahr angewendet. Als Ergebnis lag ein Fallzahl-Erwartungswert für den künftigen vollstationären Versorgungsbedarf gemäß Leistungsgruppe und Prognosejahr vor.

Der prognostizierte Erwartungswert wurde anschließend um den Ambulantisierungstrend bereinigt. Der Erwartungswert konnte so für jedes Jahr, für das eine feinträumige Bevölkerungsprognose vorliegt, sowohl aggregiert für das Bundesland als auch je nach Bedarf für einzelne Regionen und Altersgruppen ausgewertet werden.

Eine Statistik der Fälle gemäß Leistungsgruppen in Bezug auf eine definierte Bevölkerungsgruppe (Patientenwohnort) lag zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht vor. Aufgrund des großen Anteils an Ein- und Auspendlern in Sachsen-Anhalt konnte die Grundgesamtheit der versorgten Bevölkerung gemäß

¹⁴⁵ Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (2021): Bevölkerungsvorausberechnung nach Alter und Geschlecht, S. 1, https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesamter/StaLa/startseite/Themen/Bevoelkerung/Berichte/Bevoelkerungsprognose/3A111_2019_2035-A.pdf, zuletzt abgerufen am 02.05.2023.

¹⁴⁶ Durch die Ansiedlung von Intel im Raum Magdeburg wird keine relevante Auswirkung auf die demografische- beziehungsweise Bevölkerungsentwicklung in Sachsen –Anhalt bis 2035 erwartet.

Patientenwohnort nicht in hinreichendem Maße bestimmt werden. Daher wurde anhand der Falldaten gemäß § 21 KHEntgG der Krankenhäuser Sachsen-Anhalts (Entlassungsjahre 2019 und 2021) die Verteilung der Leistungsgruppen auf die Hauptdiagnosen je Geschlechts- und Altersgruppe ermittelt.

Diese Verteilung wurde anschließend auf die Diagnosestatistik des Bundeslands gemäß Patientenwohnort angewendet, sodass Fallzahlen geordnet nach Alter, Geschlecht und Leistungsgruppe in Bezug auf die Bevölkerung Sachsen-Anhalts vorlagen. Für jede Leistungsgruppe wurde der Quotient aus Fallzahl und Einwohnerzahl je Geschlechts- und Altersgruppe gebildet und mit der korrespondierenden Einwohnerzahl der Bevölkerungsprognose multipliziert, sodass sich der Fallzahl-Erwartungswert für das jeweilige Prognosejahr ergab. Basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Ermittlung des Erwartungswertes kann es auf Ebene der Leistungsgruppen (LG) und Leistungsbereiche (LB) daher zu Unschärfen im Vergleich zur tatsächlich beobachteten Fallzahl in der jeweiligen LG kommen. Die Unschärfe nimmt jedoch mit höherer Abstraktionsebene (Erwartungswert auf Bundeslandebene) der Fälle ab.

Zur nachfolgenden Berücksichtigung des Ambulantisierungstrends wurden für konservativ geprägte LG, zum Beispiel der LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen (NRW) 2022 angegebenen Ambulantisierungsfaktoren verwendet.

Um die Ambulantisierungsfaktoren der übrigen Leistungsgruppen zu bestimmen, wurde gemäß dem „Gutachten nach §115 b Absatz 1a SGB V“¹⁴⁷ des Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES-Institut) jeweils der ambulantisierbare¹⁴⁸ Anteil der Fälle im Entlassungsjahr 2021 berechnet und konservativ dieser Anteil als vollständig realisierbar bis zum Jahr 2035 angenommen, woraus sich eine jährliche Wachstumsrate (Compound Annual Growth Rate) ergibt.

Der so bestimmte Ambulantisierungsfaktor¹⁴⁹ je Leistungsgruppe (Anhang) wurde auf den Fallzahl-Erwartungswert angewendet und je Prognosejahr ausgegeben.

Ermittlung der Fahrzeiten

Für die Abschätzung der Fahrzeiten der Bevölkerung zu Krankenhausstandorten wurden abhängig von der jeweiligen Auswertung die Systematik für die fünfstellige Postleitzahl (PLZ5) oder die granulare achtstellige Postleitzahl (PLZ8) verwendet. Die PLZ8-Einheiten sind kleinräumiger als die PLZ5-Einheiten. Die mittlere Einwohnerzahl über alle PLZ8-Einheiten liegt unterhalb von 1.000 EW, während diese bei der PLZ5-Einheit im Mittel bei fast 10.000 EW liegt.

Während die Raumordnungssystematik auf der PLZ5-Ebene Deutschland in rund 8.170 Raumeinheiten einteilt, gliedert eine Betrachtung auf der PLZ8-Ebene das gesamte Bundesgebiet in rund 84.000 Raumeinheiten. Die Raumeinheiten sind auf eine möglichst gleichmäßige Anzahl von Haushalten optimiert und orientieren sich sowohl an den Gebietsgrenzen der allgemeinen Verwaltungsgliederung (Gemeinden) als auch an den Grenzen der Zustellbezirke der Deutschen Post (Postleitzahlgebiete).

¹⁴⁷ IGES-Institut (2022): Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V, https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objis27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf, zuletzt abgerufen am 04.05.2023.

¹⁴⁸ Fälle die eine nicht eindeutige Indikation zur ambulanten Behandlung hatten, zum Beispiel Fälle mit einer Indikation zur 24-stündigen Überwachung (ambulant oder stationär), wurden konservativ nicht in die Grundgesamtheit der ambulantisierbaren Fälle einbezogen.

¹⁴⁹ Für die LG „14.5 – Wirbelsäuleneingriffe“, die LG „21.4 – Geburten“ sowie die LG „26.2 – Stroke Unit“ wurde sich im Rahmen des Gutachtens dafür entschieden keine Ambulantisierbarkeit anzusetzen, was einem Ambulantisierungsfaktor von 0,00 % entspricht.

Zur Berechnung der Fahrzeiten zu Krankenhausstandorten wurde zunächst innerhalb jeder Postleitzahl-Einheit ein Mittelpunkt als Ausgangspunkt der jeweiligen Fahrt festgelegt. Da eine Raumeinheit, insbesondere in ländlichen Regionen, auch teilweise unbewohnte Gebiete umfassen kann, ist es von großer Bedeutung, die Fahrt an zentralen, bewohnten, klar definierten Ausgangspunkten zu beginnen. Zu diesem Zweck wurden als Mittelpunkte der Postleitzahl jeweils die Punkte mit der größten Besiedlungsdichte gewählt, sodass die für eine Postleitzahl berechnete Fahrzeit als diejenige Fahrzeit betrachtet werden kann, die für den größten Einwohneranteil der Postleitzahl gilt. Sofern keine signifikante Häufung festgestellt werden konnte, wurde der geografische Schwerpunkt als Startpunkt der Berechnung verwendet.

Die Fahrzeiten von den so identifizierten Mittelpunkten der PLZ-Raumeinheiten zu den Krankenhausstandorten wurden anhand eines Offline-Verfahrens, das unabhängig von temporären Verkehrssituationen arbeitet, ermittelt. Die errechnete Fahrzeit ist als durchschnittliche Fahrzeit in einem PKW auf der schnellsten Route zu interpretieren.

Grundsätzlich werden in diesem Gutachten nur Fahrzeiten zu Klinikstandorten innerhalb von Sachsen-Anhalt betrachtet. Für einige Leistungen ist es insbesondere in den Grenzregionen für die Bevölkerung schneller in das benachbarte Bundesland zu fahren, als einen Versorger in Sachsen-Anhalt zu erreichen.

Aufgrund der verfügbaren Daten wurde jedoch auf eine Einbeziehung der Versorger aus den benachbarten Bundesländern bei den Erreichbarkeitsanalysen verzichtet. Eine erste Untersuchung zur Erreichbarkeit der Basisnotfallstufen (Abschnitt 5.1) hat ergeben, dass die Unterschiede bei den Erreichbarkeiten bei diesen zeitkritischen Leistungen relativ gering sind.

Definition von Versorgern mit medizinischen Leistungen im Gutachten

Im Rahmen des Gutachtens wurden als Versorger diejenigen Krankenhausstandorte definiert, die mindestens 1 Prozent der Versorgung an der jeweils betrachteten medizinischen Leistung im Bundesland erbringen.

Krankenhausstandorte

In Deutschland trägt jedes Krankenhaus neben einem Institutionskennzeichen¹⁵⁰ (IK-Nummer) seit 2020 auch eine aus neun Ziffern bestehende Standortnummer. Bis zum Jahr 2020 war die Standortnummer immer zweistellig. Ein Krankenhaus mit mehreren Standorten trug beispielsweise die Standortnummern „01“ beziehungsweise „02“. In Anhängigkeit zu der Anzahl der Standorte wurde die Nummerierung fortgeführt. Die IK-Nummer blieb jedoch gleich. Die Standortnummer „01“ wurde meist dem Hauptstandort zugeteilt. Endete die Standortnummer auf „00“, gab es in der Regel keine weiteren Standorte. Eine einheitliche Definition, was unter einem Krankenhausstandort zu verstehen ist, existierte nicht.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) beauftragt, bis zum 30. Juni 2017 eine Standortdefinition für Krankenhäuser und Ambulanzen zu vereinbaren.¹⁵¹

Gemäß dieser daraufhin geschlossenen Vereinbarung ist ein Krankenhausstandort ein Krankenhaus selbst oder Teil eines Krankenhauses mit mindestens einer fachlichen Organisationseinheit. An diesem Standort

¹⁵⁰ Das Institutionskennzeichen (IK) ist eine eindeutige neunstellige Ziffernfolge für die Abrechnung und den Schriftverkehr zwischen den Leistungserbringern und den Trägern der Sozialversicherung. Alle Vertragspartner, die Leistungen für die Sozialversicherung erbringen (z. B. Krankenhäuser), erhalten ein IK.

¹⁵¹ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 63, ausgegeben zu Bonn am 23. Dezember 2016.

findet die unmittelbare medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten statt. Die Versorgung kann vor- und nachstationär, voll- und teilstationär sowie ambulant erbracht werden. Ein Standort ist dabei ein räumlich eindeutig beschreibbarer Ort, der über eine Geokoordinate beschrieben wird.¹⁵²

Ein Krankenhaus, dem eine IK-Nummer zugeordnet wurde, kann nach dieser Definition mehrere Standorte oder Einrichtungen umfassen. Zur Identifizierung der einzelnen Standorte und Einrichtungen vergibt die sogenannte Verzeichnisstelle¹⁵³ Standortnummern und führt im Auftrag des GKV-SV und der DKG ein bundesweites Verzeichnis aller Standorte (Standortverzeichnis). Seit dem 1. Januar 2020 ist die Standortnummer im Rahmen der Abrechnung verpflichtend durch die Krankenhäuser anzugeben. Darüber hinaus verwenden die Krankenhäuser die Standortdaten und -kennzeichen zur Datenübermittlung gemäß § 21 Absatz 1 KHEntgG und zur Erfüllung der Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA.¹⁵⁴

Da der Analysezeitraum des vorliegenden Gutachtens die Jahre 2017 bis 2021 umfasst, haben sich die Gutachtenden vor dem Hintergrund der jahresübergreifenden Vergleichbarkeit dazu entschlossen, dort wo ab 2020 eine Standortdifferenzierung stattgefunden hat, die Fälle dem Standort zuzuordnen, der bis 2019 als führender Standort des Krankenhauses geführt wurde. Analog zu den Angaben in den Qualitätsberichten.

Aufgrund dieser Systematik ist es möglich, dass einzelne Krankenhausstandorte, die auf Basis der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG seit dem Jahr 2020 gesondert betrachtet werden, in den Analysen und Abbildungen dieses Gutachtens nicht separat ausgewiesen und aggregiert dargestellt werden.¹⁵⁵

Das Universitätsklinikum Magdeburg A. Ö. R. (Institutionskennzeichen 261500289) hat beispielsweise in seinem Qualitätsbericht bis 2019 nur die Standortnummer „00“ verwendet. Ab 2020 wurde der Qualitätsbericht separat nach der Standortnummer 773666000 (Uniklinik Magdeburg) und 77366700 (Universitätsklinikum Magdeburg A. Ö. R.) ausgewiesen. Damit wurde auch eine separate Ausweisung der Standortparameter, zum Beispiel Fälle und Betten, durchgeführt.

¹⁵² Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG.

¹⁵³ Gemäß der Vereinbarung gemäß § 293 Abs. 6 SGB V über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen wurde das InEK mit der Errichtung und dem Betrieb der Verzeichnisstelle beauftragt.

¹⁵⁴ Vereinbarung gemäß § 293 Abs. 6 SGB V über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen.

¹⁵⁵ Von diesem Vorgehen sind folgende Hauptstandorte betroffen: Universitätsklinikum Magdeburg, Universitätsklinikum Halle, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal, AMEOS Klinikum Schönebeck, St. Joseph-Krankenhaus Dessau und AWO Fachkrankenhaus Jerichow.

4 Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021

Das folgende Kapitel gibt zunächst einen Überblick über die Strukturen der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt sowie eine Einordnung ausgewählter Kennzahlen im Vergleich zu anderen Bundesländern. Anschließend werden die Analysen der voll- und teilstationären Fälle zwischen 2017 und 2021 nach Fachabteilungen und nach Leistungsgruppen gegenübergestellt und die Vorteile einer auf Leistungsgruppen basierenden Analyse vorgestellt. Zum besseren Verständnis der Kennzahlen werden diese anhand ausgewählter Leistungsgruppen interpretiert und Empfehlungen abgeleitet.

4.1 Die Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt

4.1.1 Strukturen der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt versorgten im Jahr 2021 45 Krankenhäuser an 54 Standorten Patientinnen und Patienten. Dabei nutzten sie rund 14.600 aufgestellte vollstationäre Krankenhausbetten. Werden die Standorte anhand der Anzahl an aufgestellten Betten, wie in Abbildung 11 dargestellt, geordnet, lässt sich erkennen, dass die Größe der Krankenhausstandorte dabei von rund 1.000 Betten an den beiden Universitätskliniken in Magdeburg und Halle bis zu nur 10 Betten einer Klinik in privater Trägerschaft in Magdeburg schwanken.

Es zeigt sich, dass sich die Standorte mit mehr als 400 Betten mehrheitlich in öffentlicher Trägerschaft befinden. Nur zwei freigemeinnützige Standorte und nur ein Standort in privater Trägerschaft haben mehr als 400 Betten. Krankenhäuser in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft sind typischerweise in Sachsen-Anhalt deutlich kleiner als solche in öffentlicher Trägerschaft.

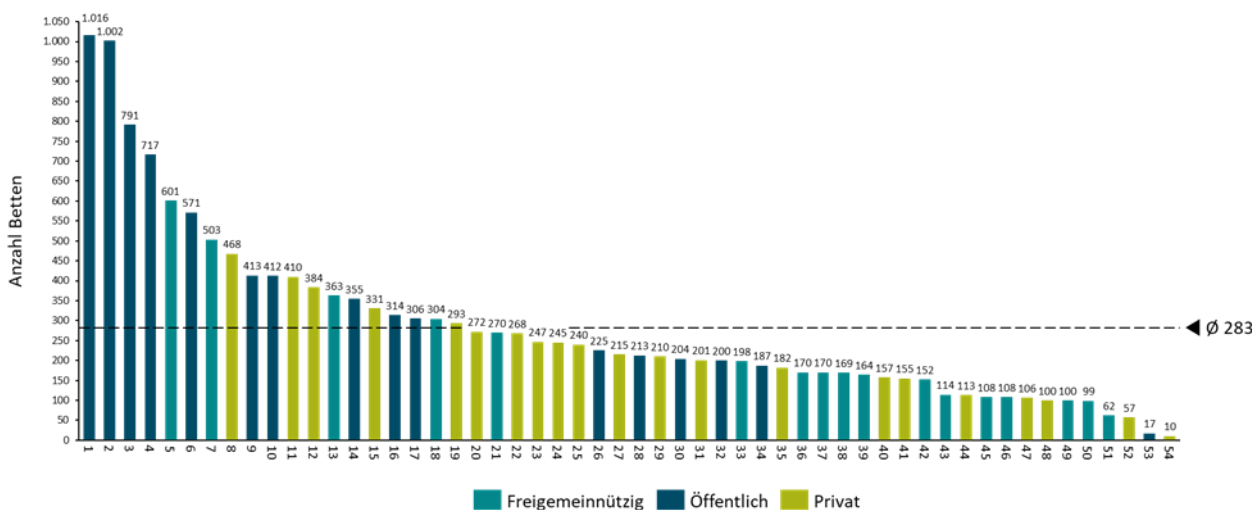


Abbildung 11 Aufgestellte Betten (voll- und teilstationäre) gemäß der strukturierten Qualitätsberichte je Krankenhausstandort¹⁵⁶ nach Trägerschaft für das Jahr 2021¹⁵⁷

In Abbildung 12 ist basierend auf Angaben des Statistischen Landesamtes und zeigt die Entwicklung der Krankenhauslandschaft anhand der Gesamtanzahl der Krankenhäuser und dem prozentualen Anteil der

¹⁵⁶ Alle Standorte mit vollstationären Fällen 2021 (DRG & PEPP).

¹⁵⁷ Eigene Darstellung auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Jahr 2021 und den dargestellten Prämissen zur Definition der Krankenhausstandorte in Kapitel 3.

Trägerschaft dargestellt. Neben der reduzierten Anzahl an Krankenhausträgern ist auch der deutliche Rückgang an Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft im Zeitraum von 1991 bis 2021 gut zu erkennen. Konkret hat der relative Anteil an öffentlichen Krankenhausträgern stark abgenommen. Hingegen hat der Anteil privater Träger zugenommen und übersteigt im Jahr 2021 sogar den Anteil öffentlicher Träger. Trotz ungefähr unveränderter Anzahl an freigemeinnützigen Trägern ist deren relativer Anteil aufgrund der global absolut verringerten Anzahl an Trägern gestiegen.

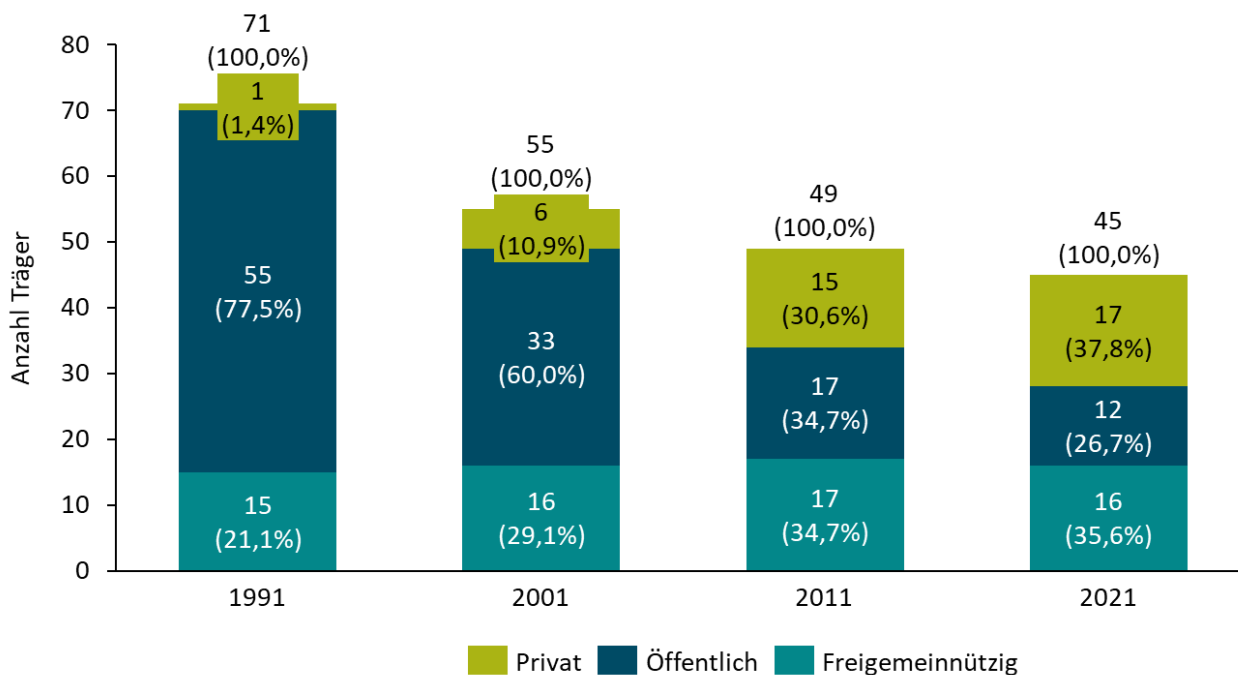


Abbildung 12 Anteile der Trägerschaften von Krankenhäusern des Landes Sachsen-Anhalt von 1991 bis 2021¹⁵⁸

Laut den Rahmenvorgaben zum Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 2022 soll zur „Gestaltung eines flächendeckenden gegliederten Systems qualitativ leistungsfähiger Krankenhäuser nach Standorten und Fachrichtungen [eine Einstufung der Krankenhäuser] als abgestuftes funktionelles Netz“ erfolgen. Es wird dabei zwischen Basis, Schwerpunkt- und Spezialversorgung unterschieden. Universitätskliniken erhalten eine eigene Versorgungsstufe. Die 45 Krankenhäuser sind im Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt wie folgt eingestuft und deren Aufgaben beschrieben:

— **Basisversorgung:**

Die 19 Krankenhäuser der Basisstufe sollen in jeder Region wohnortnah die Versorgung für die am häufigsten auftretenden Krankheitsfälle absichern. Sie sollen die Fachrichtungen Innere Medizin und/oder Chirurgie vorhalten. Das Versorgungsangebot soll durch andere Fachgebiete ergänzt werden und sie sollen an der 24-Stunden-Notfallversorgung teilnehmen.

¹⁵⁸ Eigene Darstellung auf Basis der auf Basis von Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Tabellen Gesundheitswesen, [Tabellen Gesundheit \(sachsen-anhalt.de\)](https://www.statistik.sachsen-anhalt.de), zuletzt abgerufen am 11.04.2023.

— **Schwerpunktversorgung:**

Die neun Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung sind darauf spezialisiert, diagnostische und therapeutische Behandlungen für seltener auftretende und/oder schwerwiegendere Krankheitsfälle durchzuführen. Neben den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie bieten sie an einem Standort mindestens vier weitere bettenführende Hauptabteilungen an. Darüber hinaus verfügen sie über mindestens vier Facharzt- und/oder Schwerpunktkompetenzen.

— **Spezialversorgung:**

Die 15 Krankenhäuser der Spezialversorgung sind auf die Behandlung spezifischer Krankheiten spezialisiert. Sie können mit den vorhandenen Fachabteilungen korrespondierende Facharzt- oder Schwerpunktkompetenzen vorhalten.

— **Universitäre Versorgung:**

Die zwei Universitätskliniken nehmen Aufgaben der Krankenversorgung für die Forschung und Lehre sowie innerhalb des Versorgungsauftrages wahr. Gemäß dem Krankenhausplan werden insbesondere in der Hochleistungsmedizin die Kompetenzen in und zwischen den Universitätskliniken auf die Forschungsschwerpunkte koordiniert.

Alle 45 Krankenhäuser sind angehalten, mit anderen Leistungserbringern zu kooperieren. Abbildung 13 visualisiert die räumliche Verteilung der 54 Standorte und ihre jeweilige Versorgungsstufe.

Eine Konzentration der Standorte um Halle und Magdeburg ist deutlich erkennbar. Im Norden von Sachsen-Anhalt hingegen gibt es eine geringere Krankenhausedichte und nur eine Einrichtung zur Schwerpunktversorgung in Stendal. Die beiden Standorte für die universitäre Versorgung sind in Magdeburg und Halle angesiedelt.

Versorgungsstufen laut Krankenhausplan

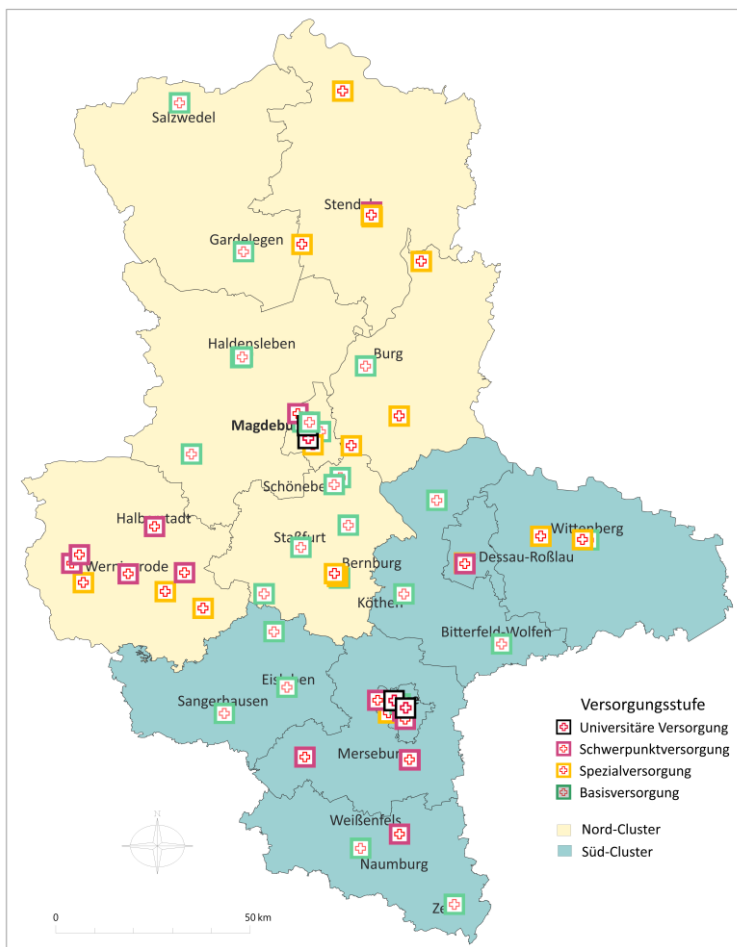


Abbildung 13 Standorte mit Versorgungsstufen laut Krankenhausplan^{159/160}

4.1.2 Nord-Süd-Clusterung

Für die Analysen ist je nach betrachtetem Sachverhalt eine spezifische räumliche Analyseebene notwendig. Neben der im Folgenden beschriebenen Nord-Süd-Clusterung werden, wo sachgerecht, landesweite Untersuchungen oder auch Analysen auf Kreisebene gegenübergestellt. Auf diese Weise können die Analysen – stets auf den Bedarf und die Komplexität der Behandlung angepasst – durchgeführt werden.

Während der Einschränkungen aufgrund der Covid-19-Pandemie war eine schnelle und koordinierte Zusammenarbeit aller Krankenhäuser notwendig, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Es wurde daher eine pragmatische Einteilung der Landkreise in ein Nord- und ein Süd-Cluster jeweils mit einem koordinierenden Universitätsklinikum gewählt, die in der Abbildung 13 dargestellt ist. In dieser Abbildung wird die Zuteilung der Landkreise zum jeweiligen Cluster durch die Einfärbung veranschaulicht.

¹⁵⁹ Eigene Darstellung auf Basis des Krankenhausverzeichnis Sachsen-Anhalt der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt, [Krankenhausregister Sachsen-Anhalt \(kliniken-in-san.de\)](https://www.kliniken-in-san.de), zuletzt abgerufen am 11.04.2023

¹⁶⁰ Durch den gewählten Maßstab sind einige Standorte übereinander in der Abbildung dargestellt.

Die hell gelb hinterlegten Landkreise gehören zum Nord-Cluster mit 27 Krankenhausträger, während die petrol eingefärbten Regionen mit 18 Krankenhausträgern dem Süd-Cluster zugeordnet sind. In beiden Clustern wohnen rund 1,08 Millionen Menschen.

Abbildung 14 verdeutlicht die Entwicklung der Anzahl der aufgestellten Betten im Bundesland und gemäß Clusterung. Es ist erkennbar, dass der leichte Rückgang bei der Anzahl der aufgestellten Betten trotz des Aufbaus im Süden um rund 3 Prozent vollständig durch den Bettenabbau im Nord-Cluster erreicht wurde. Durch diese Entwicklung stieg die Anzahl der Betten je 100.000 Einwohner (EW) im Süden auf 686, während sie im Norden auf 660 fiel.

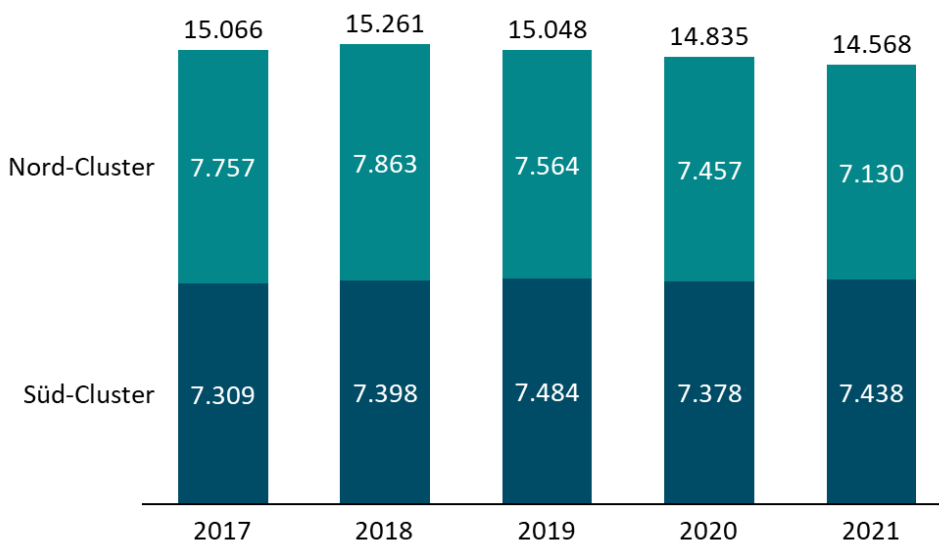


Abbildung 14 Aufgestellte Betten gemäß der strukturierten Qualitätsberichte und dem Nord-Süd-Cluster 2017 bis 2022¹⁶¹

4.2 Die Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt im Bundesvergleich

Die Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt wird im Folgenden mithilfe eines bundesländerübergreifenden Vergleichs im Wesentlichen auf Basis der Daten der Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen des Statistischen Bundesamtes eingeordnet.

Mit 264 stationären Krankenhausfällen je 1.000 EW im Jahr 2019 lag Sachsen-Anhalt etwas über dem deutschen Durchschnitt von 233 stationären Krankenhausfällen. Die ermittelten Fallzahlen je 1.000 EW der einzelnen Bundesländer haben eine recht große Spannweite. So weist das Flächenland Saarland im Jahr 2019 294 stationäre Fälle je 1.000 EW aus, während Baden-Württemberg nur bei einem Wert von 193 stationärer Fälle liegt.

Die Auswertungen in der Abbildung 15 zeigen darüber hinaus, dass alle Bundesländer einen deutlichen Rückgang des Fallaufkommens im Jahr 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 (vor der Covid-19-Pandemie) verzeichnen mussten. Die Anzahl der Fälle sank dabei in Sachsen-Anhalt mit 16,2 Prozent im Vergleich zum

¹⁶¹ Eigene Darstellung auf Basis der MS-Umfrage-Daten für die Jahre 2017 bis 2021.

Bundesdurchschnitt (13,8 Prozent) stärker. Nur Thüringen, Rheinland-Pfalz, Berlin und Brandenburg verzeichneten höhere Rückgangsquoten.

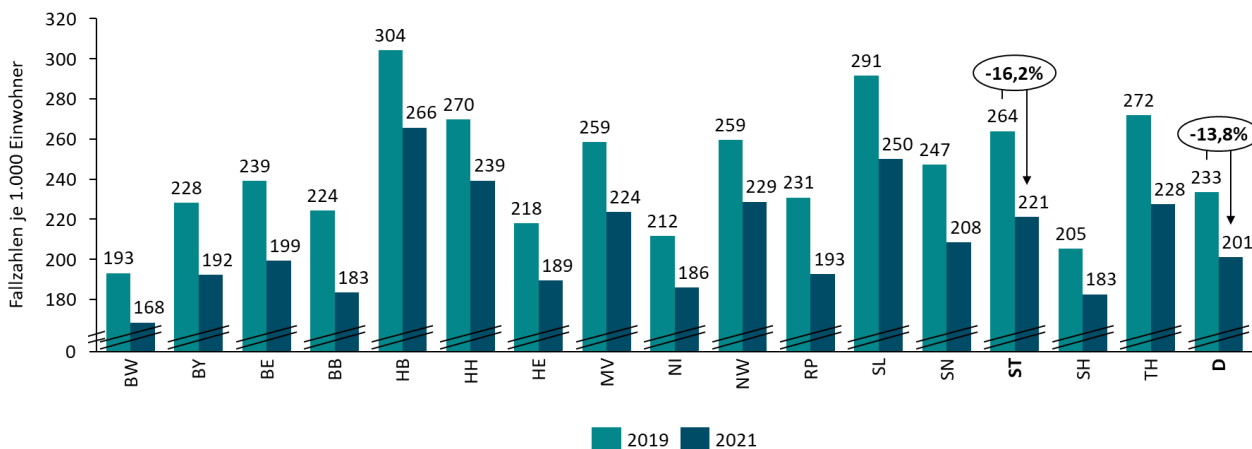


Abbildung 15 Vollstationäre Fallzahlen je 1.000 EW im Bundesvergleich 2019 und 2021¹⁶²¹⁶³

In Abbildung 16 ist die Anzahl der durchschnittlich im Jahr aufgestellten Betten dargestellt. Sachsen-Anhalt liegt mit rund 686 aufgestellten Betten je 100.000 EW im Jahr 2019 (671 in 2021) deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 594 (581 in 2021). Mehr aufgestellte Betten je EW im Jahr 2019 wurden nur in den Stadtstaaten Hamburg (692) und Bremen (750) sowie den beiden Flächenländern Saarland (687) und Thüringen (738) gezählt.

Es zeigt sich, dass die Anzahl der aufgestellten Betten im Zeitraum von 2019 bis 2021 in Deutschland relativ konstant geblieben ist. So ist die Anzahl an durchschnittlich aufgestellten Betten deutschlandweit zwischen 2019 und 2021 nur um rund 10.400 beziehungsweise um 2,2 Prozent zurückgegangen. Sachsen-Anhalt lag mit einem Rückgang von 2,2 Prozent der aufgestellten Betten je 100.000 EW im Deutschlandschnitt.

Den größten prozentualen Rückgang verzeichnet mit 4,6 Prozent Rheinland-Pfalz. In Bremen und Schleswig-Holstein fand im Gegensatz dazu nur eine minimale Veränderung bei der Anzahl der durchschnittlich aufgestellten Betten je 100.000 EW statt.

¹⁶² Eigene Darstellung auf Basis der Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Tabelle wurde am 12.01.2023 unter www.gbe-bund.de erstellt.

¹⁶³ Eigene Darstellung auf Basis des Statistischen Landesamts Sachsen-Anhalt (2021): Bevölkerungsvorausberechnung nach Alter und Geschlecht, https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesamter/StaLa/startseite/Themen/Bevoelkerung/Berichte/Bevoelkerungsprog-nose/3A111_2019_2035-A.pdf, zuletzt abgerufen am 05.04.2023.

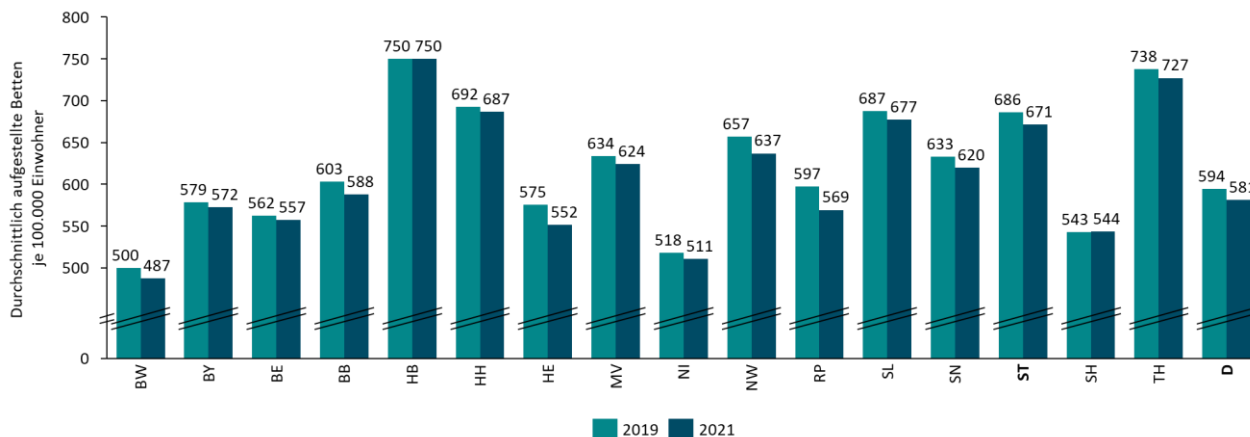


Abbildung 16 Durchschnittlich aufgestellt Betten je 100.000 EW im Bundesvergleich 2019 und 2021¹⁶⁴

Aufgrund des beschriebenen Fallzahlrückgangs im selben Zeitraum und einer relativ konstanten Verweildauer der Krankenhausfälle zwischen 2019 und 2021 ist folglich die Auslastung der aufgestellten Betten im gesamten Bundesgebiet deutlich gesunken. Die Auslastung der Betten (auch Nutzungsgrad genannt) beschreibt das Verhältnis zwischen den tatsächlichen Bettenbelegungstagen und den maximal möglichen Bettenbelegungstagen.

Es zeigt sich, dass die Bettenauslastung in Deutschland im Durchschnitt um 9 Prozent zwischen 2019 und 2021 gefallen ist. In Sachsen-Anhalt lag der Rückgang mit 10,1 Prozent sogar über dem Bundesdurchschnitt, sodass Sachsen-Anhalt mit 63,3 Prozent den geringsten Nutzungsgrad aller Bundesländer im Jahr 2021 verzeichnete.

Es ist aber festzuhalten, dass Sachsen-Anhalt bereits seit den 2010er-Jahren mit die geringste durchschnittliche Bettenauslastung deutschlandweit aufweist. Gleichzeitig gehört Sachsen-Anhalt mit 671 aufgestellten Betten je 100.000 EW im Jahr 2021 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit 581 Betten zu der Gruppe der Länder mit den meisten Betten je 100.000 EW.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Tabelle wurde am 12.01.2023 unter www.gbe-bund.de erstellt.

¹⁶⁵ Aufgrund der unterschiedlichen Zählweisen in anderen europäischen Ländern ist ein europaweiter Vergleich nur beschränkt valide möglich. Deswegen wird hier auf einen internationalen Vergleich verzichtet.

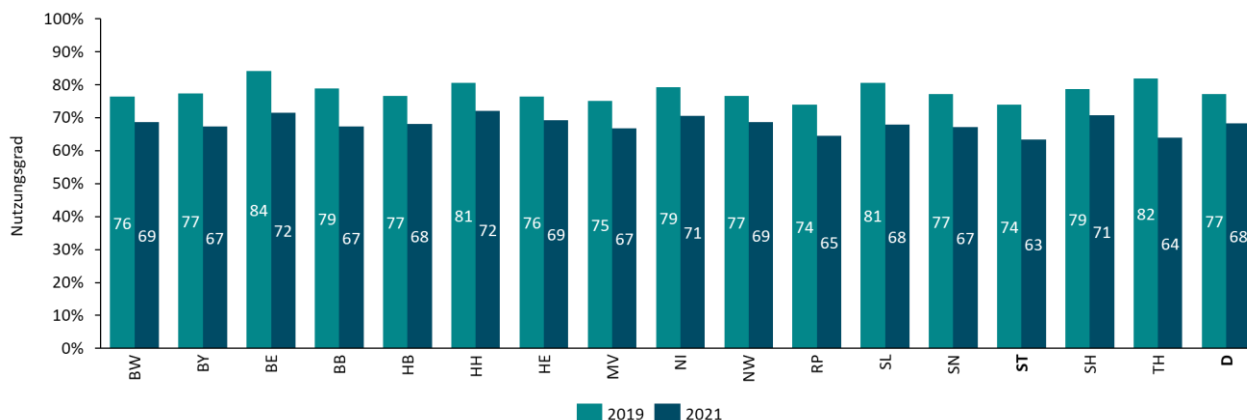


Abbildung 17 Bettenauslastung im Bundesvergleich 2019 und 2021¹⁶⁶

4.2.1 Patientenwanderung nach und von anderen Bundesländern

Im Folgenden werden die Patientenströme von und nach Sachsen-Anhalt untersucht. Es wird dabei zwischen Einpendlern und Auspendlern unterschieden. Als Einpendler werden hier Patienten und Patientinnen bezeichnet, die in einem Krankenhaus in Sachsen-Anhalt behandelt werden, ihren Wohnort jedoch in einem anderen Bundesland haben. Als Auspendler gelten Patientinnen und Patienten, die in Sachsen-Anhalt wohnen und in einem anderen Bundesland behandelt werden.

Im Jahr 2021 wurden insgesamt rund 25.000 Einpendler in Sachsen-Anhalt behandelt. Demgegenüber werden deutlich mehr – rund 53.700 Patienten und Patientinnen – mit Wohnort in Sachsen-Anhalt außerhalb des Bundeslandes behandelt. Die Abbildung 18 stellt die Patientenströme nach und aus Sachsen-Anhalt für das Jahr 2021 dar. Die Abbildung zeigt, dass die meisten Sachsen-Anhalter für eine Behandlung in die angrenzenden Bundesländer, also nach Brandenburg, Sachsen, Thüringen und Niedersachsen, pendeln. Die Abbildung zeigt ebenfalls, dass aus diesen Bundesländern auch die meisten Einpendler für eine Behandlung nach Sachsen-Anhalt kommen. Bemerkenswert ist die relativ hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten, die für eine Krankenhausbehandlung nach Berlin pendeln.

¹⁶⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Tabelle wurde am 12.01.2023 unter www.gbe-bund.de erstellt.

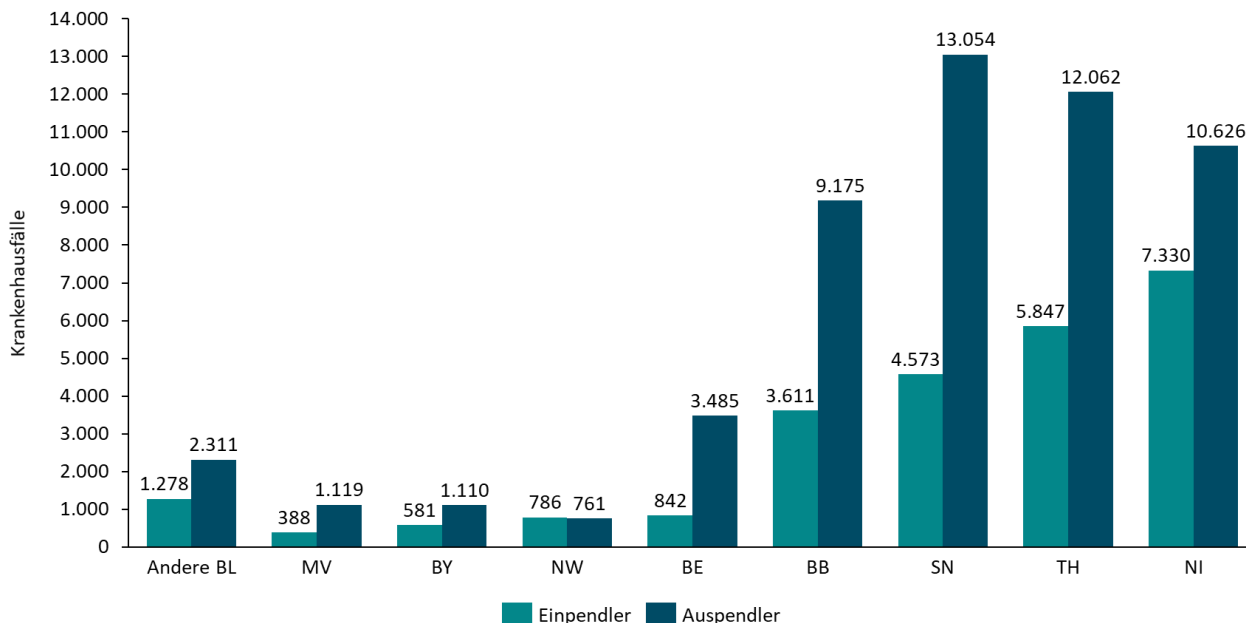


Abbildung 18: Anzahl der Krankenhausfälle der Ein- und Auspendler im Jahr 2021¹⁶⁷

Im nachfolgenden Abschnitt wird die Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 detailliert analysiert.

4.3 Entwicklung der voll- und teilstationären Fallzahlen in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021

Im Folgenden wird die allgemeine Entwicklung der Fallzahlen der voll- und teilstationären Fälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 aus verschiedenen Blickwinkeln dargestellt. Der teilstationäre Bereich wird aufgrund seiner vergleichsweise geringen Größe nur vereinzelt in diesem Gutachten genauer betrachtet.

Wie im Abschnitt 2.7 bereits ausgeführt, waren die Jahre 2020 und 2021 durch die Covid-19-Pandemie beeinflusst. Die zitierten Artikel in der wissenschaftlichen Literatur und in der Tagespresse haben bereits den allgemeinen Rückgang der Krankenhausfallzahlen in Deutschland im Vergleich zu den Jahren davor thematisiert.

Erwartungsgemäß lässt sich eine ähnliche Entwicklung auch in Sachsen-Anhalt beobachten, wie in Abbildung 19 erkennbar. Dargestellt ist die Anzahl der vollstationär behandelten Fälle im Jahresvergleich für die Jahre 2017 bis 2021 auf Basis der § 21 - Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) -Daten. Deutlich wird der Fallzahlrückgang von rund 17 Prozent¹⁶⁸ zwischen den Jahren 2019 und 2021. Sachsen-Anhalt lag damit im Vergleich signifikant über dem deutschlandweiten Durchschnitt von 14 Prozent.

Die Abbildung zeigt aber auch, dass bereits in den Jahren davor eine Reduktion der vollstationären Fallzahlen beobachtbar war. Zwischen 2017 und 2019 nahmen die vollstationären Fallzahlen in Sachsen-Anhalt um rund drei Prozent ab. Deutschlandweit war das Bild eher heterogen. Im Durchschnitt der Bundesländer lag der Rückgang in diesem Zeitraum bei 0,6 Prozent.

¹⁶⁷ Eigene Darstellung auf Basis der Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Die Tabelle wurde am 10.01.2023 unter www.gbe-bund.de erstellt.

¹⁶⁸ Leichte Abweichung zur in Abschnitt 4.2 genannten Zahl von 16,2 %, aufgrund von unterschiedliche Datenquellen und Datenständen.

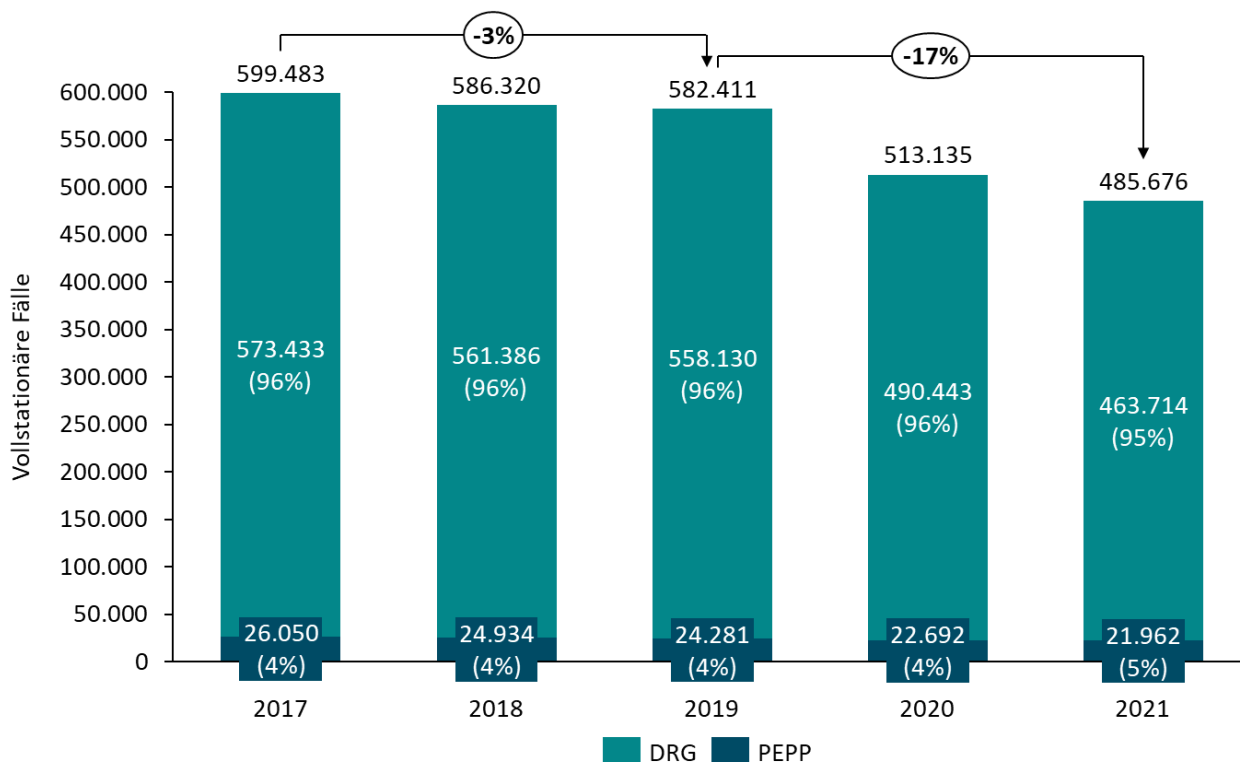


Abbildung 19 Entwicklung der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 gemäß DRG- und PEPP-Fällen¹⁶⁹

Für den teilstationären Bereich konnte zwischen 2019 und 2021 ein Rückgang von rund 10 Prozent und somit von rund 15.600 Fällen auf rund 14.000 Fälle beobachtet werden. Damit war der Fallzahleinbruch bei den teilstationären Fällen weniger stark als bei der vollstationären Versorgung (Abbildung 20). Im teilstationären Bereich kam es während der Covid-19-Pandemie teilweise zu kompletten Schließung von teilstationären Einrichtungen beziehungsweise starken Einschränkungen von Leistungsangeboten, daher war der Rückgang der Fallzahlen in diesem Bereich zwischen 2019 und 2020 mit rund 16 Prozent am höchsten. Mit fortschreiten der Pandemie wurden im Bereich der teilstationären Versorgung vermehrt wieder Behandlungen ermöglicht beziehungsweise auch neue Behandlungsangebote (zum Beispiel im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin) geschaffen, daher haben sich zwischen 2020 und 2021 die Fallzahlen entgegen dem weiter rückläufigen Trend im vollstationären Bereich wieder erhöht.

¹⁶⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

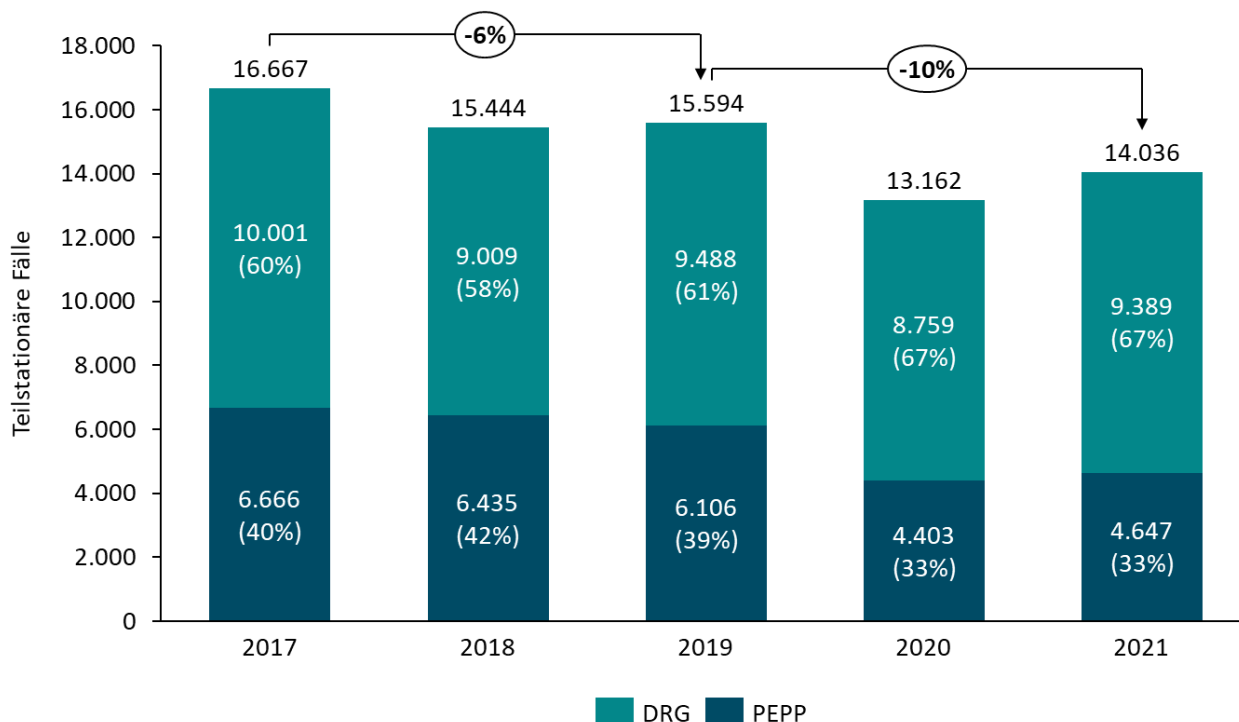


Abbildung 20 Entwicklung der teilstationären Fälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 gemäß DRG- und PEPP-Fällen¹⁷⁰

In Abbildung 21 ist die Entwicklung der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 differenziert nach Notfall und Einweisung durch einen Arzt (elektiv) beziehungsweise weitere Aufnahmeanlässe gemäß § 21-KHEntgG-Datensatz dargestellt. Es ist ersichtlich, dass der Fallzahlrückgang zwischen 2019 und 2021 erwartungsgemäß im Bereich der Elektivfälle mit 22 Prozent aufgrund der Covid-19-Pandemie am deutlichsten war.

Bei den vollstationären Fällen mit dem Aufnahmemerkmale „Notfall“ ist ebenfalls ein Rückgang, wenn auch nicht so deutlich wie bei den Elektivfällen, um rund 9 Prozent zu verzeichnen gewesen.

Die Analyse der Aufnahmearbeitsmerkmale aus den § 21-KHEntgG-Daten ist jedoch nur eingeschränkt belastbar. Abhängig von den Einweiser- und Aufnahmestrukturen der einzelnen Krankenhäuser kann es für ähnliche Fallkonstellationen sowohl die Bewertung als Elektiv- als auch Notfall geben.

¹⁷⁰ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

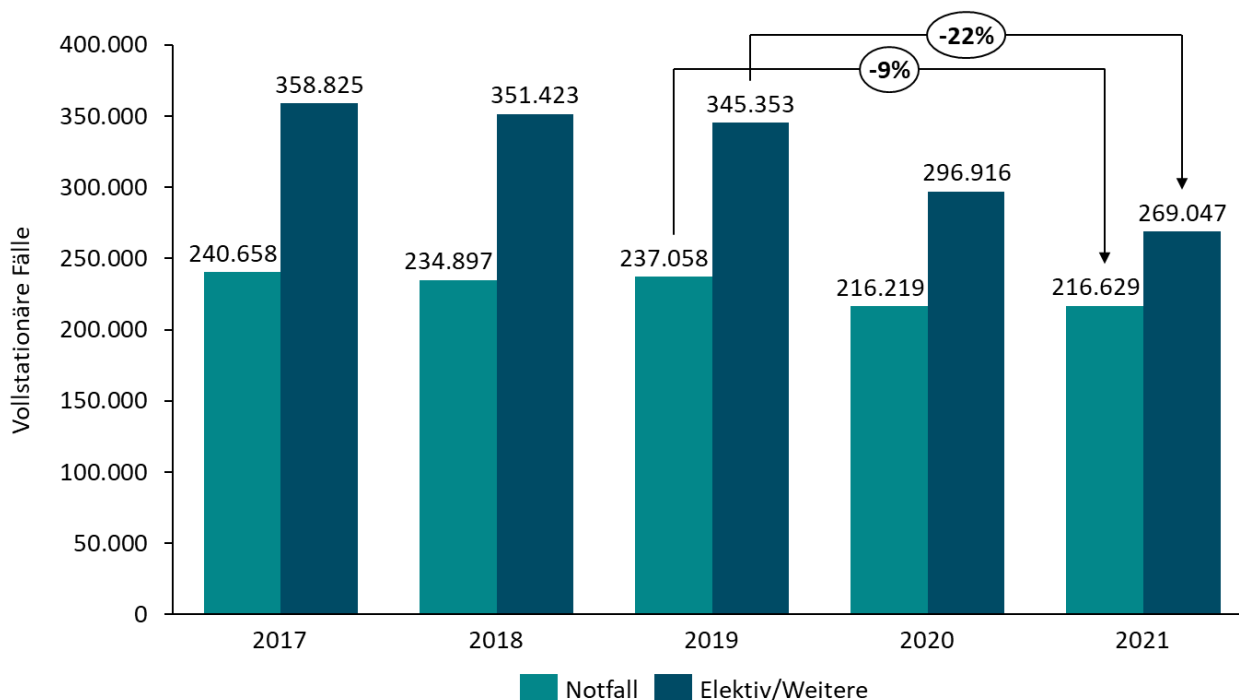


Abbildung 21 Entwicklung der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 gemäß Differenzierung nach Notfall und elektiv/Weitere¹⁷¹

Eine Übersicht über die vollstationären Fälle mit Behandlungsort in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021 nach Wohnort ist in Abbildung 22 dargestellt. Der Anteil der Fälle mit Wohnort in Sachsen-Anhalt an den in Sachsen-Anhalt versorgten vollstationären Fällen ist zwischen 2017 und 2021 um 0,4 Prozent auf 94,6 Prozent gesunken und somit annähernd konstant geblieben. Der Anteil von versorgten Fällen mit Wohnsitz außerhalb von Sachsen-Anhalt, innerhalb Deutschlands, beträgt rund 5 Prozent. Der Anteil an Fällen mit Wohnsitz im Ausland oder unbekannt liegt konstant bei rund 0,3 Prozent.

Nicht enthalten in dieser Betrachtung sind Fälle mit Wohnsitz in Sachsen-Anhalt, die außerhalb von Sachsen-Anhalt versorgt wurden. Dies waren im Jahr 2021 rund 53.000 Fälle.

¹⁷¹ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

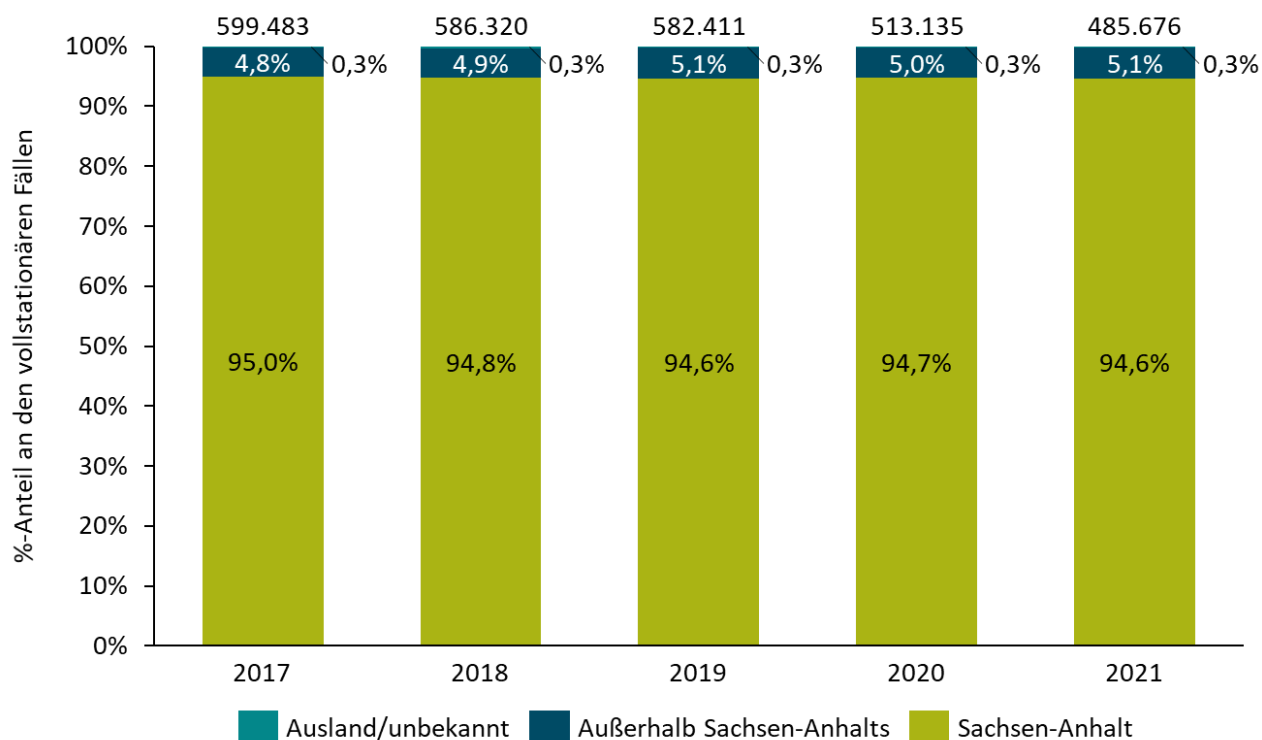


Abbildung 22 Wohnort der vollstationär in Sachsen-Anhalt versorgten Fälle zwischen 2017 und 2021¹⁷²

Aus Abbildung 22 geht hervor, dass rund 95 Prozent der Fälle, die in Sachsen-Anhalt behandelt wurden, einen Wohnort in Sachsen-Anhalt aufweisen. Für diese Grundgesamtheit kann in Abbildung 23 die geografische Verteilung auf Ebene der PLZ5-Regionen betrachtet werden.

¹⁷² Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

Verteilung der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt 2021

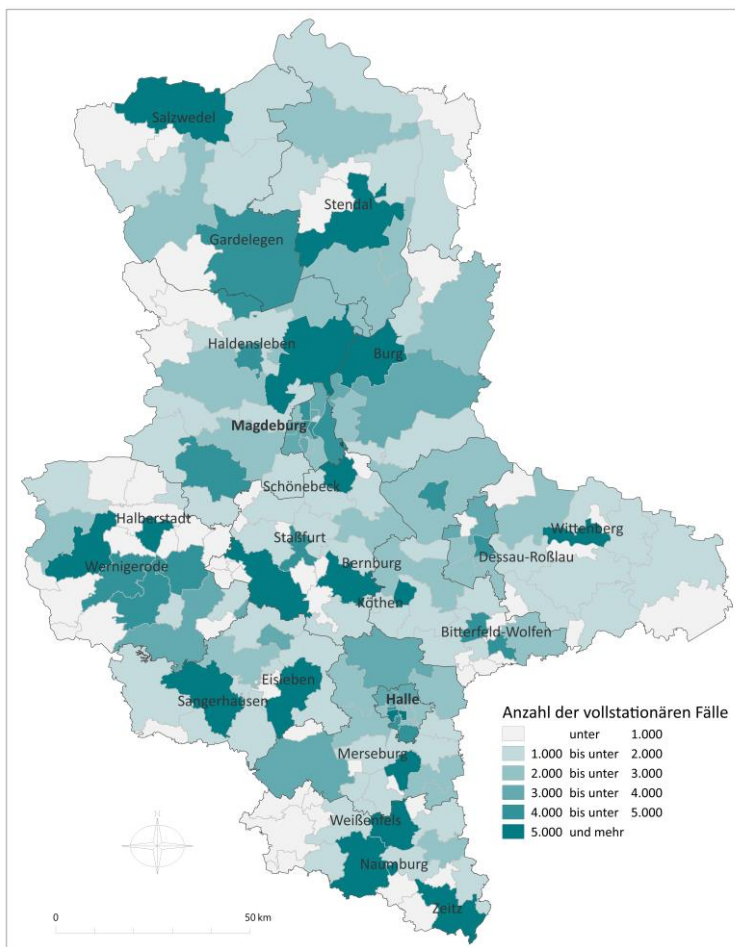


Abbildung 23 Verteilung der in Sachsen-Anhalt behandelten vollstationären Fälle 2021 nach Wohnort¹⁷³

Die Anzahl an vollstationären Fällen in einer Region korreliert unter anderem mit der Bevölkerungsdichte, daher lässt sich bereits an der abgebildeten Häufigkeit der vollstationären Fälle die heterogene Bevölkerungsverteilung in Sachsen-Anhalt erahnen.

4.4 Analyse der vollstationären Fälle von 2017 bis 2021 gemäß entlassender Abteilung

In den vorhergegangenen Analysen wurde das Versorgungsgeschehen der vollstationären Fälle ausschließlich mit Blick auf die Abrechnungsart, Diagnosis Related Groups (englisch; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen; DRG) und Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), sowie den Aufnahmeanlass (Notfall und elektiv/Weitere) betrachtet. In Tabelle 3 hingegen werden die vollstationären Fälle nach der in ähnlichen Analysen verwendeten Logik der Entlassabteilung aufgliedert.

¹⁷³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

Jedoch zeigte bereits eine erste Analyse der dem Gutachten zugrunde liegenden Daten eine uneinheitliche Verwendung des jeweiligen Entlassabteilungsschlüssels, insbesondere im Bereich der Inneren Medizin. Die von den Krankenhäusern in der Praxis verwendeten § 301-SGB-V-Entlassabteilungsschlüssel¹⁷⁴ in den übermittelten § 21-KHEntgG-Daten werden nicht kongruent mit der im Krankenhausplan zugewiesenen Fachabteilung beziehungsweise dem Fachabteilungsschwerpunkt verwendet. Von den zwölf im Krankenhausplan Sachsen-Anhalts ausgewiesenen Krankenhäusern mit dem Schwerpunkt im Bereich Kardiologie nutzen zum Beispiel drei Krankenhäuser für ihre Fälle im Fachgebiet Kardiologie den Entlassabteilungsschlüssel „Innere Medizin“ und nicht „Kardiologie“ oder „Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie“. Eine Analyse anhand der hinterlegten Fachabteilung würde das Versorgungsgeschehen dementsprechend nicht adäquat abbilden. Aus diesem Grund werden im Folgenden die aggregierten Entlassabteilungsgruppen für die weitere Analysen genutzt.

Von den im Jahr 2021 rund 485.000 in Sachsen-Anhalt versorgten vollstationären Fällen wurde ein überwiegender Teil in den Abteilungen der Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie behandelt (Tabelle 3). So lassen sich rund 190.000 Fälle, beziehungsweise rund 40 Prozent dem Versorgungsbereich Innere Medizin zuordnen und weitere rund 90.000 Fälle, beziehungsweise rund 20 Prozent der Allgemeinen Chirurgie. Zudem lässt sich feststellen, dass sich die Veränderungsraten (Veränderung 2019 vs. 2021) zwischen den Fachgebieten deutlich unterscheiden.

Tabelle 3 Entwicklung der vollstationären Fälle gemäß Entlassabteilungsgruppe zwischen 2017 und 2021 in Sachsen-Anhalt¹⁷⁵

Entlassabteilungsgruppe	Vollstationäre Fälle					Veränderung 2019 vs. 2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	Nominal	Prozent
Augenheilkunde	10.921	9.895	9.753	7.783	7.222	-2.531	-26 %
Chirurgie	118.750	116.155	111.585	98.723	91.224	-20.361	-18 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	54.638	51.896	50.169	45.913	44.627	-5.542	-11 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	21.687	21.791	21.503	17.209	14.855	-6.648	-31 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	7.739	7.544	8.101	6.963	5.623	-2.478	-31 %
Innere Medizin	234.356	228.443	227.737	200.614	190.739	-36.998	-16 %
Kinderheilkunde	36.125	34.899	33.970	25.704	25.503	-8.467	-25 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2.187	2.158	2.103	1.859	1.844	-259	-12 %
Neurochirurgie	6.510	6.336	6.375	5.965	5.827	-548	-9 %
Neurologie	25.042	23.674	23.633	22.487	22.377	-1.256	-5 %
Orthopädie	22.433	22.314	24.451	19.984	18.620	-5.831	-24 %
Psychiatrie	26.077	24.960	24.430	22.823	22.090	-2.340	-10 %
Sonstige Fachbereiche/Krankenhaus ohne abgegrenzte Fachabteilung	4.925	7.823	9.620	8.999	9.013	-607	-6 %
Strahlentherapie und Nuklearmedizin	3.212	3.205	3.189	3.139	2.936	-253	-8 %
Urologie	24.881	25.227	25.792	24.970	23.176	-2.616	-10 %
Gesamtergebnis	599.483	586.320	582.411	513.135	485.676	-96.735	-17 %

Neben der reinen Anzahl der Fälle ist für die Krankenhausplanung im Sinne einer Auslastungsplanung die Verweildauer ein wichtiger Parameter. Abbildung 24 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer gemäß vollstationären DRG- und PEPP-Fällen für die Jahre 2017 bis 2021. Die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle hat sich seit 2019 auf einem relativ konstanten Niveau eingependelt.

¹⁷⁴ Krankenhäuser müssen ihre Daten in einem definierten Format unter anderem an die Krankenkassen übermitteln. Hierfür gibt es definierte Abrechnungsschlüssel, die unter anderem auch für die entlassende Fachabteilung vorliegen.

¹⁷⁵ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

Für den DRG-Bereich lag diese im Jahr 2021 bei rund 5,9 Tagen und für den PEPP-Bereich bei rund 29,3 Tagen. Damit weicht sie nur geringfügig von der Verweildauer der Vorjahre ab. Die Covid-19-Pandemie hat auf der aggregierten Auswertungsebene demnach keinen erkennbaren Einfluss auf die Verweildauer der vollstationären Fälle gehabt.

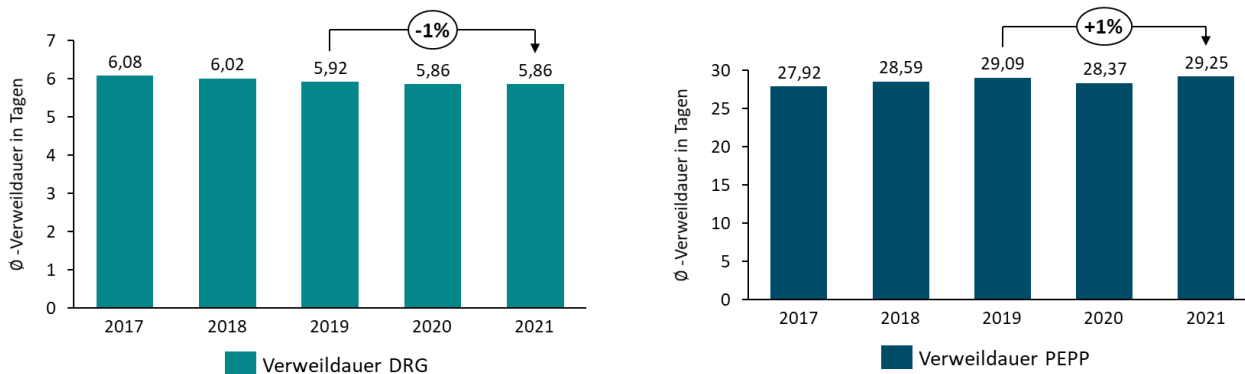


Abbildung 24 Durchschnittliche Verweildauer gemäß DRG- und PEPP-Fällen von 2017 bis 2021¹⁷⁶

Bei Betrachtung der Veränderungen der Verweildauer unterteilt nach Entlassabteilungsgruppen sowie der durchschnittlichen Verweildauer der vollstationären Fälle zwischen 2017 und 2021, wie in Tabelle 4 dargestellt, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Entlassabteilungsgruppen. So ist die durchschnittliche Verweildauer zwischen 2017 und 2021 von 7,0 auf 6,9 Tage und damit leicht um rund 0,5 Prozent gesunken. Lediglich der Bereich der Kinderheilkunde hat seit Beginn der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 einen leicht steigenden Trend zu verzeichnen. So stieg für diese Entlassabteilungsgruppe die durchschnittliche Verweildauer von 4,0 Tagen im Jahr 2019 auf 4,3 Tage im Jahr 2021 an, wobei die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2020 bei 4,4 Tagen lag.

¹⁷⁶ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

Tabelle 4 Entwicklung der Verweildauer je Entlassabteilungsgruppe zwischen 2017 und 2021 in Sachsen-Anhalt¹⁷⁷

Entlassabteilungsgruppe	Verweildauer					Veränderung 2019 vs. 2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	Nominal	Prozent
Augenheilkunde	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	-0,2	-7,3 %
Chirurgie	6,6	6,5	6,5	6,5	6,5	-0,1	-0,8 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3,7	3,6	3,6	3,5	3,4	-0,2	-6,4 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4,0	3,8	3,6	3,7	3,6	0,0	-0,9 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6,4	6,3	5,9	5,5	5,4	-0,5	-8,3 %
Innere Medizin	6,5	6,4	6,4	6,3	6,4	0,0	0,5 %
Kinderheilkunde	4,2	4,1	4,0	4,4	4,3	0,3	7,1 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	5,4	5,3	5,1	5,1	4,8	-0,3	-6,1 %
Neurochirurgie	11,3	11,7	11,4	11,2	10,1	-1,2	-10,9 %
Neurologie	8,5	8,4	8,4	7,5	7,4	-0,9	-11,3 %
Orthopädie	7,3	7,2	7,0	6,8	6,7	-0,4	-5,4 %
Psychiatrie	27,9	28,6	28,9	28,2	29,1	0,2	0,6 %
Sonstige Fachbereiche/Krankenhaus ohne abgegrenzte Fachabteilung	11,7	7,8	6,3	7,0	7,5	1,3	20,2 %
Strahlentherapie und Nuklearmedizin	9,2	9,1	8,7	8,1	7,9	-0,8	-9,7 %
Urologie	4,7	4,6	4,5	4,3	4,1	-0,3	-7,2 %
Gesamtergebnis	7,0	7,0	6,9	6,9	6,9	0,0	0,5 %

4.5 Analyse der vollstationären Fälle von 2017 bis 2021 gemäß den NRW-Leistungsgruppen

Eine vergleichende Analyse der stationären Versorgung und der dafür notwendigen Kapazitäten – ausschließlich aus der Sicht der entlassenden Abteilung – muss jedoch deutliche Unschärfen in Kauf nehmen. Patientinnen und Patienten können zum Beispiel, unabhängig von ihrer ursächlich für den Krankenhausaufenthalt verantwortlichen Aufnahmediagnose, von einer Fachabteilung entlassen werden, die hinsichtlich der Ressourcenbindung nicht den Hauptteil der Behandlungslast getragen hat.¹⁷⁸

Zudem decken sich die Behandlungsschwerpunkte der Standorte in der Praxis nicht immer mit der Fachabteilungszuordnung gemäß dem Krankenhausplan. Als Beispiel kann hier auf das bereits in diesem Kapitel genannte Beispiel für die Fachabteilung Kardiologie verwiesen werden.

Zu den „Top- 5“ der fallstärksten Standorte in Sachsen-Anhalt, die Fälle mit den Hauptdiagnosen I20 bis I22 (Angina pectoris und akuter/rezidivierender Myokardinfarkt) im Jahr 2021 behandelt haben, gehörten zwei Krankenhäuser, die keine Kardiologie, sondern eine Abteilung für Innere Medizin gemäß dem Krankenhausplan vorhalten.

¹⁷⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021. Es kommt in der Darstellung zu einer geringen rechnerischen Unschärfe aufgrund der Rundung auf eine Nachkommastelle.

¹⁷⁸ Beispielhaftes Szenario: Ein Patient oder eine Patientin wird wegen eines Herzinfarktes in ein Krankenhaus eingeliefert und behandelt. Zum Ende der Behandlung wird dieser beziehungsweise diese noch einen Tag zur Beobachtung in die Allgemeinchirurgie verlegt, da der Verdacht auf eine akute Blinddarmentzündung besteht. Am Folgetag zeichnet sich ab, dass der Patient beziehungsweise die Patientin nicht operiert werden muss und nach Hause entlassen werden kann. In diesem Szenario würde der Fall in der Logik der Entlassabteilungszuordnung der Allgemeinen Chirurgie zugeordnet werden, obwohl diese nur einen geringen Anteil an der Versorgung hatte.

Im Rahmen des Gutachtens scheint es eher zweckgemäß, eine Clusterung der Fälle nach einer übergreifenden medizinischen Indikation und dem notwendigen Ressourcenverbrauch vorzunehmen, um so die Grundgesamtheit der stationären Fälle in einer einheitlichen Logik zu betrachten, anstatt, wie bereits beschrieben, nach uneinheitlich verwendeten Abrechnungsschlüsseln.

Zu diesem Zweck wird im vorliegenden Gutachten die Grundgesamtheit der stationären Patientinnen und Patienten gemäß den im Krankenhausplan von Nordrhein-Westfalen 2022 veröffentlichten NRW-Leistungsgruppen (LG) analysiert. Bei den Analysen wird dabei jeweils nach stationären und teilstationären Fällen in den Bereichen Somatik und Psychiatrie differenziert.

Für den Bereich der Somatik sind 30 Leistungsbereiche (LB) mit 60 untergeordneten LG definiert. Der Bereich Psychiatrie ist in zwei LB und vier untergeordnete LG gegliedert.

Die definitorische Zuordnung der einzelnen Gruppen im vorliegenden Gutachten folgt der im Krankenhausplan veröffentlichten Leistungsgruppendefinition des Landes Nordrhein-Westfalen. Beispielhaft ist in Tabelle 5 der LB Leistungsbereich „08 – Kardiologie“ dargestellt, der aus vier untergeordneten LG Leistungsgruppen besteht. Für die LG „08.1 – EPU/Ablation“ ist beispielhaft das verwendete Zuordnungskriterium in Tabelle 5 abgebildet. Eine detaillierte Übersicht zu allen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen ist auf der Internetseite zum neuen Krankenhausplan 2022 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) zu finden.¹⁷⁹

Tabelle 5 Auszug aus der NRW-Leistungsgruppenzuordnung¹⁸⁰

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Definition
08 Kardiologie	08.1 – EPU/Ablation	OPS 1-275: Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, katetergestützt OPS 8-835: Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen Alter > 17 Jahre
	08.2 bis 08.4	Siehe Internetseite zum neuen Krankenhausplan 2022

Das Ergebnis der Zuordnung gemäß den NRW-Leistungsbereichen für alle zwischen den Jahren 2017 und 2021 vollstationär behandelten Fälle in Sachsen-Anhalt ist in Tabelle 6 dargestellt. Analog zu der Darstellung der Fallzahlen gemäß der Entlassabteilungszuordnung (siehe Tabelle 3) sind auch in der NRW-Leistungsgruppenlogik die „Allgemeine Innere Medizin“ sowie die „Allgemeine Chirurgie“ die fallstärksten Leistungsbereiche mit Blick auf die Fallzahlen von rund 125.000 und 88.000 Fällen im Jahr 2021.

Der überwiegende Anteil des nominellen Fallzahlrückgangs zwischen 2019 und 2021 resultiert aus den Fallzahleinbrüchen in den LG „01 – Allgemeine Innere Medizin“ und LG „09 – Allgemeine Chirurgie“. Der Rückgang der beiden LB beträgt zusammen rund 50.000 Fälle, was rund 50 Prozent des Gesamtfallzahlrückgangs zwischen 2019 und 2021 ausmacht.

¹⁷⁹ Siehe MAGS (2022): Neuer Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen, <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, abgerufen am 30.05.2023

¹⁸⁰ Siehe MAGS (2022): Definition der Leistungsgruppen, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppendefinitionen.pdf, zuletzt abgerufen am 08.05.2023. Weitere Dokumente und systematische Beschreibungen zur Leistungsgruppensystematik könne auf der Krankenhausplanungsseite des MAGS eingesehen werden: <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, abgerufen am 30.05.2023.

Es lässt sich feststellen, dass insbesondere Leistungsbereiche mit klassisch hohem Elektivanteil, wie zum Beispiel die LG „24 – HNO“, deutlich höhere prozentuale Fallzahlrückgänge, als die beiden oben genannten LG „01 – Allgemeine Innere Medizin“ und LG „09 – Allgemeine Chirurgie“, zu verzeichnen haben.

Tabelle 6 Vollstationär behandelte Fälle in Sachsen-Anhalt gemäß den NRW-Leistungsbereichen¹⁸¹

Leistungsbereich	Vollstationäre Fälle					Veränderung 2019 vs. 2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	nominal	prozent
01 Allgemeine Innere Medizin	158.823	153.561	150.028	128.866	124.456	-25.572	-17%
02 Endokrinologie und Diabetologie	804	756	565	698	752	187	33%
03 Gastroenterologie	16.431	16.210	17.700	17.636	16.099	-1.601	-9%
04 Nephrologie	3.614	3.414	3.102	2.791	2.435	-667	-22%
05 Pneumologie	10.847	10.236	10.388	9.960	9.455	-933	-9%
06 Rheumatologie	2.431	2.469	2.492	1.994	2.228	-264	-11%
07 Hämatologie und Onkologie	542	668	741	672	671	-70	-9%
08 Kardiologie	28.843	28.490	29.656	27.448	26.200	-3.456	-12%
09 Allgemeine Chirurgie	115.127	112.745	110.504	95.818	87.574	-22.930	-21%
10 Kinder- und Jugendchirurgie	2.933	3.242	2.805	2.465	2.724	-81	-3%
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	1.893	1.620	1.703	1.548	1.556	-147	-9%
12 Gefäßchirurgie	3.300	3.286	3.337	2.863	2.921	-416	-12%
13 Herzchirurgie	2.595	2.318	2.307	2.141	2.018	-289	-13%
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	16.334	16.242	16.477	14.878	14.173	-2.304	-14%
15 Thoraxchirurgie	411	399	368	366	362	-6	-2%
16 Viszeralchirurgie	1.175	1.188	1.203	1.167	1.118	-85	-7%
17 Augenheilkunde	10.916	9.892	9.749	7.769	7.218	-2.531	-26%
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	7.733	7.540	8.095	6.956	5.619	-2.476	-31%
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2.184	2.154	2.102	1.857	1.844	-258	-12%
20 Urologie	24.772	25.123	25.693	24.870	23.065	-2.628	-10%
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	54.820	52.079	50.393	46.124	44.722	-5.671	-11%
22 Neonatologie	591	480	449	467	402	-47	-10%
23 Kinder- und Jugendmedizin	35.547	34.414	33.522	25.229	25.093	-8.429	-25%
24 HNO	21.672	21.776	21.488	17.197	14.839	-6.649	-31%
25 Neurochirurgie/der Orthopädie und Unfallchirurgie	4.230	4.147	4.178	3.895	3.800	-378	-9%
26 Neurologie	25.681	24.340	24.348	22.939	22.893	-1.455	-6%
27 Geriatrie	11.398	11.977	12.166	9.972	7.967	-4.199	-35%
29 Palliativmedizin	1.065	1.148	1.253	1.199	993	-260	-21%
30 Transplantation solider Organe	52	60	63	55	58	-5	-8%
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23.738	22.663	22.030	20.503	19.618	-2.412	-11%
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	2.338	2.296	2.275	2.202	2.347	72	3%
40 Rest/Sonstige	6.643	9.387	11.231	10.590	10.456	-775	-7%
Gesamtergebnis	599.483	586.320	582.411	513.135	485.676	-96.735	-17%

Die durchschnittliche Verweildauer der einzelnen Leistungsbereiche ist in Tabelle 7 dargestellt. Die Entwicklung der einzelnen Leistungsbereiche ist sehr heterogen, wie bereits in diesem Abschnitt beschrieben wurde. Demnach lag die aggregierte durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle über die letzten Jahre gesehen relativ konstant bei rund 6,9 Tagen in Sachsen-Anhalt.

¹⁸¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

Tabelle 7 Durchschnittliche Verweildauer der vollstationär behandelten Fälle in Sachsen-Anhalt gemäß den NRW-Leistungsbereichen¹⁸²

Leistungsbereich	Verweildauer					Veränderung 2019 vs. 2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	Nominal	Prozent
01 Allgemeine Innere Medizin	5,6	5,5	5,4	5,4	5,7	0,3	5,7 %
02 Endokrinologie und Diabetologie	10,0	9,5	9,4	10,2	10,3	0,9	9,7 %
03 Gastroenterologie	5,5	5,5	5,6	5,5	5,7	0,1	1,5 %
04 Nephrologie	8,0	8,4	8,2	8,2	8,8	0,6	7,8 %
05 Pneumologie	6,3	6,3	6,5	6,4	6,6	0,1	1,2 %
06 Rheumatologie	7,8	7,2	6,6	5,8	5,2	-1,4	-21,8 %
07 Hämatologie und Onkologie	22,7	22,9	17,1	17,4	18,2	1,2	6,8 %
08 Kardiologie	5,8	5,6	5,3	5,3	5,2	-0,2	-3,5 %
09 Allgemeine Chirurgie	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	0,0	-0,7 %
10 Kinder- und Jugendchirurgie	4,0	3,6	3,6	3,6	3,4	-0,3	-7,0 %
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	8,4	8,3	9,2	9,0	9,3	0,0	0,2 %
12 Gefäßchirurgie	14,1	13,6	13,8	13,3	13,2	-0,6	-4,7 %
13 Herzchirurgie	14,9	15,2	15,1	14,5	15,0	-0,1	-0,6 %
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	11,4	11,2	10,8	10,4	9,9	-0,9	-8,3 %
15 Thoraxchirurgie	15,2	15,3	14,0	14,2	12,9	-1,1	-7,7 %
16 Viszeralchirurgie	20,6	21,1	20,1	19,0	18,1	-2,0	-9,8 %
17 Augenheilkunde	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	-0,2	-7,2 %
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	6,4	6,2	5,9	5,4	5,4	-0,5	-8,3 %
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	5,3	5,3	5,1	5,1	4,8	-0,3	-6,0 %
20 Urologie	4,6	4,6	4,4	4,2	4,1	-0,3	-7,6 %
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3,7	3,6	3,7	3,5	3,4	-0,2	-6,6 %
22 Neonatologie	34,0	38,0	36,3	39,0	37,2	0,9	2,5 %
23 Kinder- und Jugendmedizin	3,7	3,6	3,6	3,7	3,8	0,2	5,1 %
24 HNO	4,0	3,8	3,6	3,6	3,6	0,0	-1,2 %
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	10,8	11,1	10,6	10,5	9,7	-0,9	-8,5 %
26 Neurologie	8,9	8,9	8,8	8,3	8,2	-0,7	-7,5 %
27 Geriatrie	19,8	19,6	19,6	19,6	19,5	-0,1	-0,4 %
29 Palliativmedizin	11,7	12,3	11,8	11,4	10,7	-1,1	-9,7 %
30 Transplantation solider Organe	24,2	33,3	35,0	30,7	33,5	-1,5	-4,4 %
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	25,9	26,5	27,0	26,6	27,4	0,4	1,3 %
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	48,0	48,7	48,8	44,3	44,7	-4,0	-8,2 %
40 Rest/Sonstige	9,2	6,6	5,5	5,4	5,8	0,3	4,6 %
Gesamtergebnis	7,0	7,0	6,9	6,9	6,9	0,0	0,5 %

Wie im Abschnitt 2.2 dargestellt, ist die adäquate Erreichbarkeit einer medizinischen Leistung aus einer Region ein wesentliches Kriterium für die Bewertung, ob eine Unterversorgung in dieser Region vorliegt. In Tabelle 8 kann die durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen dem Wohn- und Behandlungsort nach Leistungsbereichen je Landkreis für das Jahr 2021 abgelesen werden. Die Fahrzeit zwischen Wohn- und Behandlungsort der tatsächlich behandelten Personen wurde dabei, wie im Kapitel 3 beschrieben, bestimmt.

¹⁸² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021. Es kommt in der Darstellung zu einer geringen rechnerischen Unschärfe aufgrund der Rundung auf eine Nachkommastelle.

Tabelle 8 Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort gemäß den NRW-Leistungsbereichen in 2021¹⁸³

Leistungsbereich	Altmark- kreis Salzwedel	Anhalt- Bitterfeld	Börde	Burgenland- kreis	Dessau- Roßlau	Halle (Saale)	Harz	Jerichower Land	Magdeburg	Mansfeld- Südharz	Saalekreis	Salzland- kreis	Stendal	Wittenberg	Sachsen- Anhalt
01 Allgemeine Innere Medizin	26	18	22	28	18	11	20	25	14	20	23	22	25	30	21
02 Endokrinologie und Diabetologie	95	63	27	-	-	-	63	37	10	46	61	31	79	-	21
03 Gastroenterologie	90	47	25	15	52	9	24	35	11	43	21	24	68	22	19
04 Nephrologie	102	48	32	51	55	11	30	39	12	45	27	37	72	77	25
05 Pneumologie	89	59	33	17	80	11	28	29	16	42	21	36	66	87	29
06 Rheumatologie	103	51	51	100	63	76	83	40	30	91	87	44	78	82	52
07 Hämatologie und Onkologie	100	42	42	20	28	12	56	52	13	32	27	42	53	53	35
08 Kardiologie	42	24	23	21	22	11	27	28	12	28	23	25	34	30	23
09 Allgemeine Chirurgie	36	19	24	25	19	11	24	29	14	21	22	23	33	30	23
10 Kinder- und Jugendchirurgie	95	45	32	52	47	8	70	38	12	40	25	34	76	75	25
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	92	42	32	46	62	8	70	40	11	47	25	33	73	82	32
12 Gefäßchirurgie	74	26	32	25	22	11	28	35	14	26	23	23	37	33	26
13 Herzchirurgie	96	43	33	50	33	20	95	40	13	45	33	39	102	49	45
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	55	25	32	29	22	13	31	33	17	29	26	29	44	38	28
15 Thoraxchirurgie	81	52	30	25	21	17	75	32	14	40	28	35	64	49	36
16 Viszeralchirurgie	77	33	28	24	29	11	43	28	13	34	25	32	42	38	28
17 Augenheilkunde	97	35	34	52	19	14	70	45	19	44	30	36	77	52	37
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	101	34	37	21	16	12	32	41	13	47	28	33	68	53	30
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	89	45	33	53	34	13	52	39	13	45	28	35	73	77	33
20 Urologie	76	31	21	25	18	14	34	44	12	28	25	29	31	29	27
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27	31	29	29	20	9	20	28	12	27	23	26	31	25	22
22 Neonatologie	45	40	36	47	19	9	40	31	13	39	24	32	43	58	31
23 Kinder- und Jugendmedizin	32	26	30	26	19	9	24	27	12	29	22	25	30	27	23
24 HNO	68	26	27	38	21	15	29	38	14	32	31	37	70	59	32
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	98	37	31	50	19	9	66	36	13	45	25	37	70	53	33
26 Neurologie	63	41	27	28	21	13	34	39	14	30	24	29	42	26	28
27 Geriatrie	43	24	32	27	16	12	30	27	28	19	19	22	29	24	24
29 Palliativmedizin	81	48	27	29	28	12	34	30	13	39	27	36	46	61	24
30 Transplantation solider Organe	94	43	62	48	50	19	81	33	-	47	39	54	70	65	48
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	57	40	33	32	26	15	26	44	20	32	30	29	36	24	29
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	52	55	37	46	65	12	81	47	24	50	25	32	41	95	44
40 Rest/Sonstige	82	43	31	49	20	11	30	38	11	43	23	38	42	35	23
Durchschnittliche Fahrzeit	40	24	26	27	20	11	26	30	14	26	24	26	34	31	24

¹⁸³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021. Die Fahrzeit wurde auf Basis der Wohnorte (PLZ5-Region) ermittelt. Für LB ohne ausgewiesene Fahrzeiten gab es keine Behandlungen innerhalb des jeweiligen LB im Jahr 2021.

Die durchschnittliche Fahrzeit aller Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Sachsen-Anhalt schwankt zwischen durchschnittlich elf Minuten in Halle und 40 Minuten im Landkreis Altmarkkreis-Salzwedel. Für einzelne Leistungsbereiche liegt sie jedoch deutlich höher. Beispielsweise lag die durchschnittliche Fahrzeit zum Erreichen eines Standortes des LB „13 – Herzchirurgie“ für das Jahr 2021 im Landkreis Stendal bei 102 Minuten, während die betroffenen Fälle mit Wohnort in Magdeburg durchschnittlich nur dreizehn Minuten fahren mussten.

Eine detaillierte Beschreibung jedes einzelnen LB oder jeder einzelnen LG würde den Rahmen des vorliegenden Gutachtens überschreiten. Aus diesem Grund sind nachfolgend der LB „08 – Kardiologie“, und die LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ als beispielhafte Darstellung zur Herleitung von Ableitungen, die sich aus den ermittelten Kennzahlen ziehen lassen, aufgeführt. Die Auswertungen für alle Leistungsgruppen befinden sich im Anhang.

4.6 Beispielanalysen aus dem somatischen Bereich

In den nachfolgenden Abschnitten werden für ausgewählte Leistungsbereiche und -gruppen die Fallzahlentwicklung, die Verweildauer, die Erreichbarkeiten, die Fallzahlen je Standort und die geografische Verteilung der Versorger näher betrachtet.

4.6.1 Leistungsbereich „08 – Kardiologie“

Der LB „08 – Kardiologie“ setzt sich aus vier LG zusammen:

– LG „08.1 – EPU/Ablation“

Die elektrophysiologische Untersuchung (EPU) dient zur Diagnostik von Herzrhythmusstörungen. Zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen wird im Anschluss an die Diagnostik eine Ablation (Verödung von Herzmuskelgewebe) durchgeführt. Sowohl die EPU als auch die Ablation müssen in einem speziellen EPU-Labor stattfinden und werden in der LG 08.1 abgebildet.

– LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“

Im Bereich der LG 08.2 geht es um die bildgebende Diagnostik am Herzen sowie die Behandlung von Herzerkrankungen mittels Katheter und Stents. Ein allgemein geläufiges Krankheitsbild in dieser LG ist der Herzinfarkt, bei dem es auf eine schnelle Diagnostik und Behandlung ankommt.

– LG „08.3 – Kardiale Devices“

Bei einem zu langsamen oder zu schnellen Herzschlag ist der Einbau eines Herzschrittmachers beziehungsweise Defibrillators notwendig. Diese Fälle werden in der LG 08.3 zusammengeführt.

– LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“

In der LG 08.4 sind kathetergestützte Aortenklappeninterventionen verortet, die zur Behandlung von Aortenklappenstenosen (Verengung am Ausflusstrakt der linken Herzkammer) notwendig sind. Zur Erbringung dieser Leistung sollte neben einer komplexeren Interventionsinfrastruktur (unter anderem ein Hybrid-OP) auch die fachliche Expertise von Kardiologie und Herzchirurgie am behandelnden Krankenhaus vorgehalten werden.

Die größte Leistungsgruppe innerhalb des LB „08 – Kardiologie“ ist die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ mit rund 84 Prozent der Fälle im Jahr 2021. Die restlichen 16 Prozent der Fälle verteilen sich auf die LG „08.1 – EPU/Ablation“, LG „08.3 – Kardiale Devices“ und der LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“.

Der Großteil der konservativ¹⁸⁴ versorgten Fälle mit kardiologischem Krankheitsbild wird im LB „01 – Allgemeine Innere Medizin“ abgebildet.

Im Jahr 2021 haben 23 Krankenhausstandorte¹⁸⁵ Leistungen aus dem LB 08 erbracht. Im Krankenhausplan Sachsen-Anhalt werden jedoch nur zwölf Standorte mit einem Schwerpunkt im Bereich Kardiologie benannt. Dies bedeutet, dass viele Krankenhausstandorte an der Versorgung im Bereich Kardiologie teilnehmen, die nicht vom Krankenhausplan erfasst sind.

In den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt wurden im LB „08 – Kardiologie“ bis 2019 rund 29.000 Fälle pro Jahr behandelt (Abbildung 25). Während der Covid-19-Pandemie sind die Fälle zwischen 2019 und 2021 um rund 12 Prozent auf 26.000 gesunken.

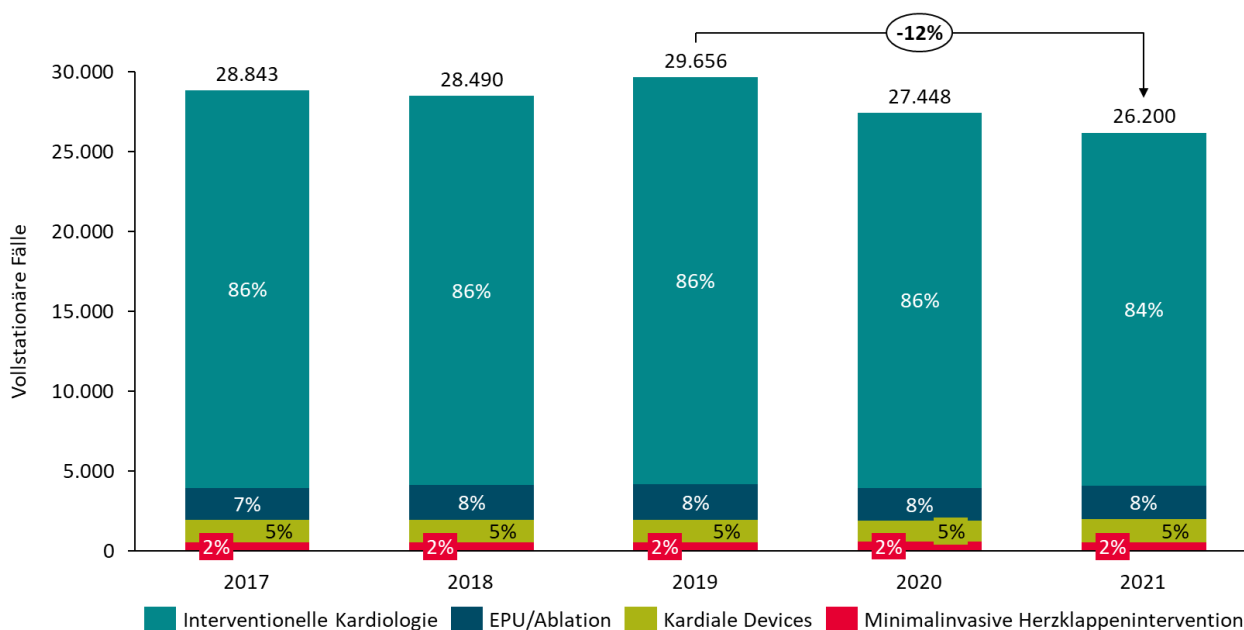


Abbildung 25 Vollstationär behandelte Fälle im LB „08 – Kardiologie“ in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021¹⁸⁶

Die Verweildauer der Fälle innerhalb des LB „08 – Kardiologie“ und der zugehörigen Leistungsgruppen ist in Tabelle 9 dargestellt. Die durchschnittliche Verweildauer im LB „08 – Kardiologie“ hat sich zwischen 2019 und 2021 von 5,3 Tagen auf 5,2 Tage und somit um rund 4 Prozent reduziert.

Für die einzelnen LG innerhalb des LB „08 – Kardiologie“ lag die Änderungsrate zwischen -3 Prozent (LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“) und -13 Prozent (LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“).

¹⁸⁴ Patienten die ausschließlich medikamentös oder physikalisch behandelt werden.

¹⁸⁵ Es wurden nur Versorger berücksichtigt, die einen Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb des Leistungsbereichs haben.

¹⁸⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

Tabelle 9 Entwicklung der vollstationären Verweildauer für Fälle innerhalb der LG des LB „08 – Kardiologie“¹⁸⁷

Leistungsgruppe/Leistungsbereich	Verweildauer					Veränderung 2019 vs. 2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	Nominal	Prozent
08.1 EPU/Ablation	3,6	3,6	3,8	3,8	3,5	-0,2	-6,0 %
08.2 Interventionelle Kardiologie	5,6	5,5	5,2	5,1	5,0	-0,2	-2,9 %
08.3 Kardiale Devices	7,5	7,1	7,1	6,6	6,2	-0,9	-12,6 %
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	16,2	16,4	14,4	13,7	13,3	-1,2	-8,0 %
08 Kardiologie	5,8	5,6	5,3	5,3	5,2	-0,2	-3,5 %

Die durchschnittlichen Fahrzeiten für den LB „08 – Kardiologie“ werden in Tabelle 10 detailliert für alle dazugehörigen einzelnen Leistungsgruppen dargestellt. Es wird deutlich, dass von der durchschnittlichen Fahrzeit eines Leistungsbereichs nicht auf die Fahrzeit in den einzelnen Leistungsgruppen geschlossen werden kann. Dazu ist die Anzahl der Fälle in den Leistungsgruppen sowie die Entfernung zu den bestehenden Versorgern zu unterschiedlich. Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Zum Beispiel muss die Bevölkerung im Landkreis Altmarkkreis Salzwedel im Durchschnitt 42 Minuten fahren, um einen Versorger des Leistungsbereichs Kardiologie in Sachsen-Anhalt zu erreichen. Für das Erreichen eines sachsen-anhaltischen Versorgers der spezialisierten LG „08.1 – EPU/Ablation“, „08.3 – Kardiale Devices“ oder „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“ liegen die durchschnittlichen Fahrzeiten mit 76 Minuten, 59 Minuten und 119 Minuten deutlich über den 42 Minuten für den gesamten Leistungsbereich sowie auch deutlich über den jeweiligen durchschnittlichen Fahrtzeiten für die einzelnen LG in Sachsen-Anhalt.

Tabelle 10 Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort im LB „08 – Kardiologie“ in 2021¹⁸⁸

Landkreis	08.1 EPU/Ablation	08.2 Interventionelle Kardiologie	08.3 Kardiale Devices	08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	08 Kardiologie (08.1 bis 08.4)
Altmarkkreis Salzwedel	76	39	59	119	42
Anhalt-Bitterfeld	30	23	26	45	24
Börde	26	23	26	34	23
Burgenlandkreis	20	20	21	48	21
Dessau-Roßlau, Stadt	31	21	25	27	22
Halle (Saale), Stadt	13	11	11	18	11
Harz	35	25	24	97	27
Jerichower Land	24	28	38	34	28
Magdeburg, Landeshauptstadt	11	12	12	13	12
Mansfeld-Südharz	37	26	34	43	28
Saalekreis	25	23	22	29	23
Salzlandkreis	32	24	28	40	25
Stendal	46	30	33	96	34
Wittenberg	38	29	44	53	30
Sachsen-Anhalt	25	23	24	46	23

Während in Tabelle 10 die Fahrzeit der Patientinnen und Patienten zu ihrem tatsächlichen Behandlungsort berechnet wurde, werden in Abbildung 26 bis Abbildung 33 die theoretischen Erreichbarkeiten für die jeweiligen LG des LB „08 – Kardiologie“ ermittelt. Die Fahrzeiten in Abbildung 26 bis Abbildung 33 sind zwischen den Versorgern und der PLZ8-Region ermittelt worden, also im Gegensatz zu der Berechnung aus Tabelle 10 unabhängig davon, ob dort wirklich ein Fall im Jahr 2021 behandelt wurde.

¹⁸⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021. Es kommt in der Darstellung zu einer geringen rechnerischen Unschärfe aufgrund der Rundung auf eine Nachkommastelle.

¹⁸⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass insbesondere in an andere Bundesländer angrenzenden Regionen in Sachsen-Anhalt deutlich längere Fahrzeiten im Vergleich zu den geografisch zentraleren Regionen notwendig sind.

In der Erreichbarkeitsanalyse für die LG „08.1 – EPU/Ablation“ (Abbildung 26) sind die zwölf sachsen-anhaltischen Versorger und ihre Erreichbarkeit aus den jeweiligen Regionen Sachsen-Anhalts dargestellt. Insbesondere für den Altmarkkreis Salzwedel lassen sich die farblich hervorgehobenen relativ langen Fahrzeiten für eine Versorgung im Bereich der LG „08.1 – EPU/Ablation“ erkennen.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

LG: 08.1 EPU/Ablation

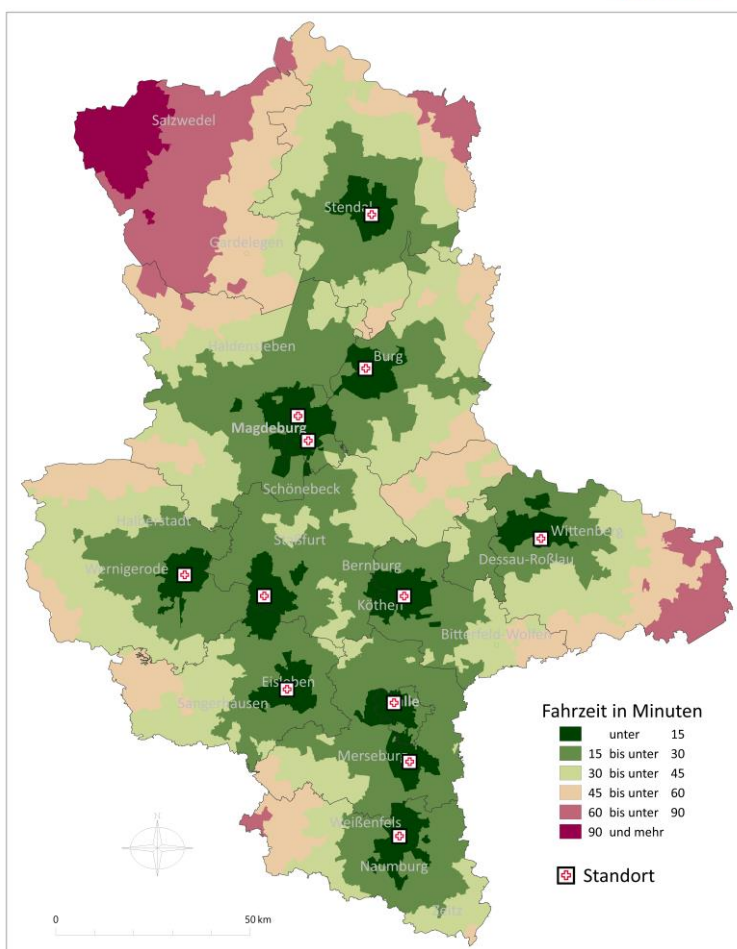


Abbildung 26 Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „08.1 – EPU/Ablation“ in 2021¹⁸⁹

Zur besseren Einschätzung der Versorgungssituation werden in Abbildung 27 die relevanten Versorger für die LG „08.1 – EPU/Ablation“ hinsichtlich ihrer Fallzahl sowie ihres prozentualen Versorgungsanteils dargestellt. Sechs der zwölf Versorger behandeln in der LG „08.1 – EPU/Ablation“ rund 85 Prozent der vollstationären Fälle, wobei die zwei größten Versorger fast 50 Prozent aller vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt in dieser Leistungsgruppe erbringen. Vor dem Hintergrund der Zentralisierung von nicht zwingend wohnortnahen Versorgungsangeboten, wäre für die LG „08.1 – EPU/Ablation“ zu prüfen, ob es aus qualitativen und

¹⁸⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

wirtschaftlichen Aspekten sinnvoll wäre, behandelte Fälle von Versorger mit einem niedrigen Versorgungsanteil innerhalb der LG zu anderen Versorgern zu verlagern.

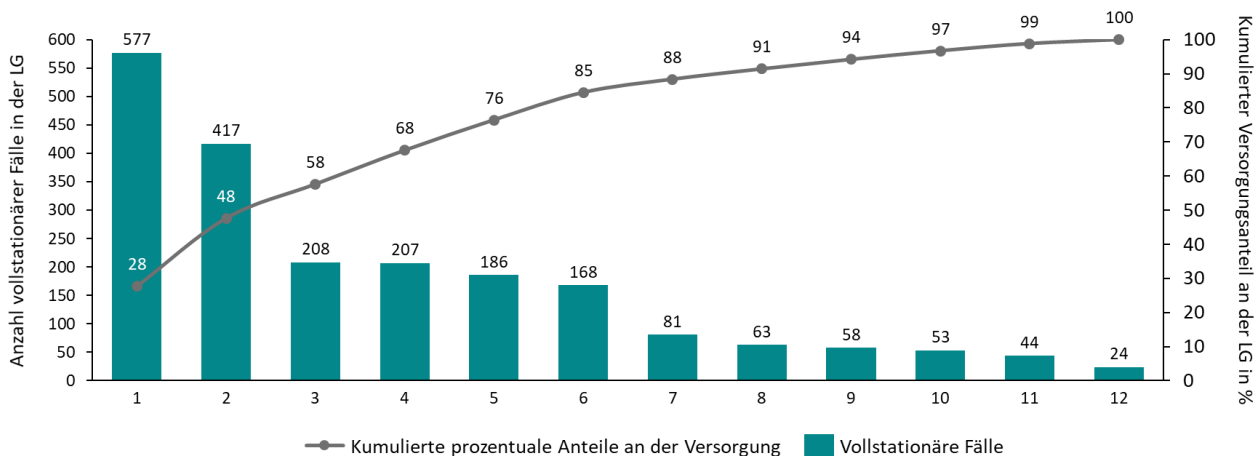


Abbildung 27 Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.1 – EPU/Ablation“ in 2021¹⁹⁰

Die zweite LG innerhalb des LB „08 – Kardiologie“ ist die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“. Die dazugehörige Erreichbarkeitsanalyse ist in Abbildung 28 dargestellt. Die 23 Versorger verteilen sich relativ gleichmäßig über das Bundesland, sodass nur vereinzelte Regionen Fahrzeiten von über 45 Minuten zu einem Versorger für die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ aufweisen.

¹⁹⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

LG: 08.2 Interventionelle Kardiologie

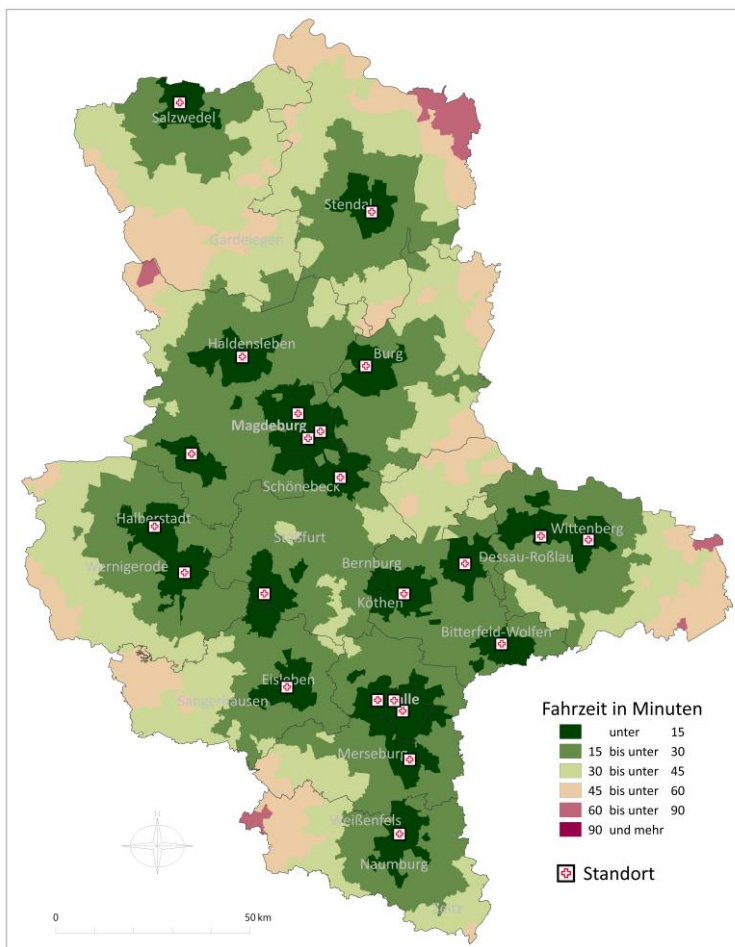


Abbildung 28 Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ in 2021¹⁹¹

Das beschriebene Versorgungsbild war jedoch bis 2019 noch nicht vorhanden. Durch den Aufbau von zusätzlichen Herzkatheterkapazitäten im Altmarkkreis Salzwedel sowie im Jerichower Land ab 2020 haben sich die Fahrzeiten für eine Versorgung innerhalb der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ für die Bevölkerung der beiden Landkreise deutlich verringert.

Dies lässt sich auch anhand der Entwicklung bei den Auspendlern für diese LG erkennen. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen des Gutachtens der OPS-Kode 1-275 (transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung) hinsichtlich seiner Häufigkeit innerhalb von Sachsen-Anhalt und der tatsächlichen Behandlung in Sachsen-Anhalt nach Landkreisen analysiert.

Der OPS-Kode 1-275 ist maßgeblich für die Anzahl der Fälle innerhalb der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“. In Abbildung 29 ist die Entwicklung der innerhalb von Sachsen-Anhalt mit einer transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung behandelten Patientinnen und Patienten aus der Grundgesamtheit aller Patientinnen und Patienten dargestellt, die ihren Wohnort innerhalb von Sachsen-Anhalt hatten und eine transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung erhalten haben.

¹⁹¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

Rund 89 Prozent der transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchungen von Fällen aus Sachsen-Anhalt findet innerhalb von Sachsen-Anhalt statt. Nur rund 11 Prozent verlassen zur Behandlung das Bundesland.

Auf der Ebene der Landkreise zeigt sich jedoch ein sehr heterogenes Bild. Insbesondere in den Ballungszentren liegt der Anteil der Versorgung innerhalb von Sachsen-Anhalt bei bis zu 97 Prozent, während zum Beispiel in den Landkreisen Altmarkkreis Salzwedel, Jerichower Land und im Burgenlandkreis der Anteil zwischen 50 Prozent und 70 Prozent im Jahr 2019 lag.

Im Altmarkkreis Salzwedel und im Jerichower Land wurden ab 2020 neue Linksherz-Katheterkapazitäten aufgebaut. Seitdem ist zu beobachten, dass der Anteil von Sachsen-Anhaltern die innerhalb von Sachsen-Anhalt eine transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung erhalten haben, auf 70 Prozent beziehungsweise 85 Prozent der Fälle angestiegen ist. Dies lässt sich als Hinweis für eine Verbesserung der Versorgungssituation in diesen Regionen deuten.

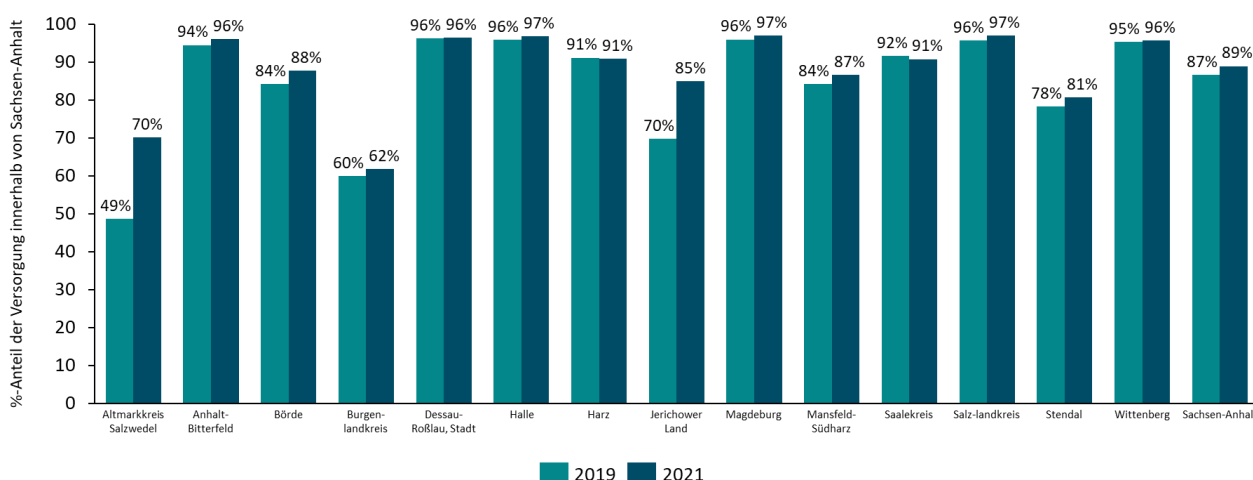


Abbildung 29 Prozentualer Anteil der Versorgung innerhalb von Sachsen-Anhalt für den OPS-Kode 1-275 (transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung) für die Jahre 2019 und 2021¹⁹²

Zur besseren Einschätzung der Versorgungssituation werden in Abbildung 30 die relevanten Versorger für die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ hinsichtlich ihrer nominellen Fallzahl sowie ihres prozentualen Versorgungsanteils dargestellt. Die Spanne in Bezug auf die behandelten vollstationären Fälle in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ reicht von rund 1.600 bis zu rund 480 Fällen je Standort. Ungefähr die Hälfte der betrachteten Versorger behandelt über 1.000 Fälle in der Leistungsgruppe.

¹⁹² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze 2019 und 2021 in Verbindung mit der OPS-Kreisstatistik 2019 und 2021.

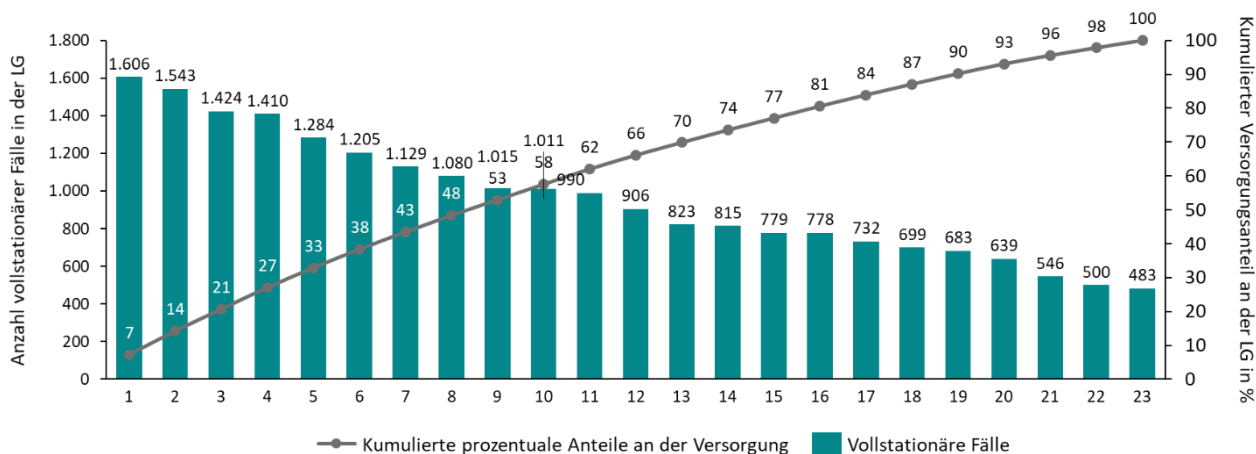


Abbildung 30 Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ in 2021¹⁹³

Die Erreichbarkeitsanalyse für die LG „08.3 – Kardiale Devices“ ist in Abbildung 31 dargestellt. Die 20 Versorger verteilen sich relativ gleichmäßig über das Bundesland, sodass nur ein paar vereinzelte Regionen Fahrzeiten von über 45 Minuten zu einem Versorger für die LG „08.3 – Kardiale Devices“ aufweisen.

¹⁹³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

LG: 08.3 Kardiale Devices

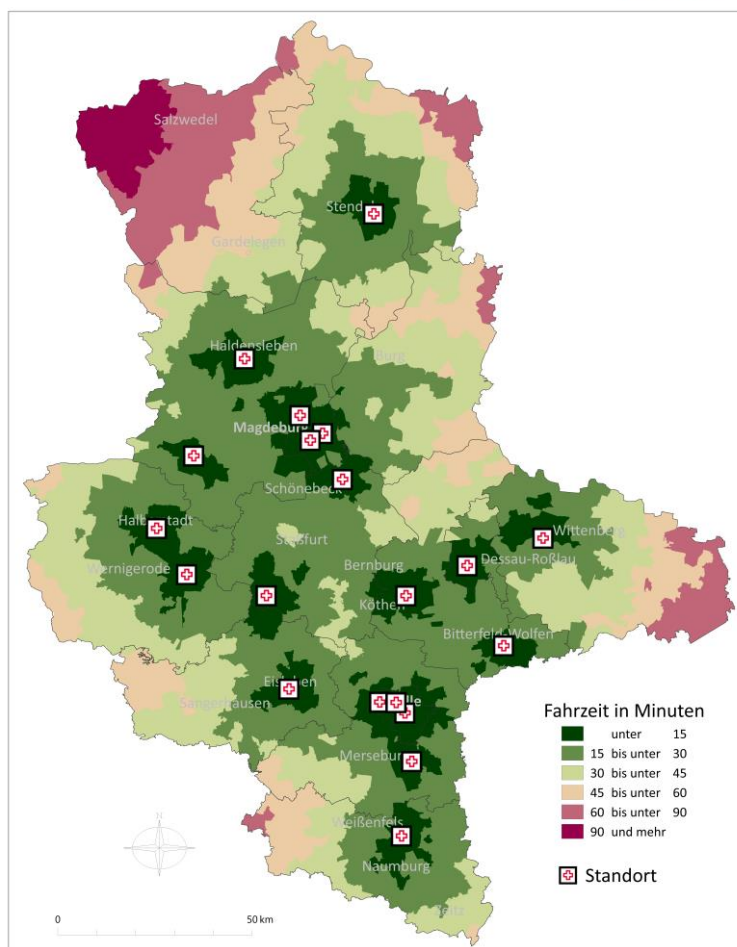


Abbildung 31 Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „08.3 – Kardiale Devices“¹⁹⁴

In Abbildung 32 werden die relevanten Versorger für die LG „08.3 – Kardiale Devices“ hinsichtlich ihrer Fallzahl sowie ihres prozentualen Versorgungsanteils dargestellt. Drei der 20 Versorger übernehmen fast ein Drittel der Versorgung im Land.

¹⁹⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

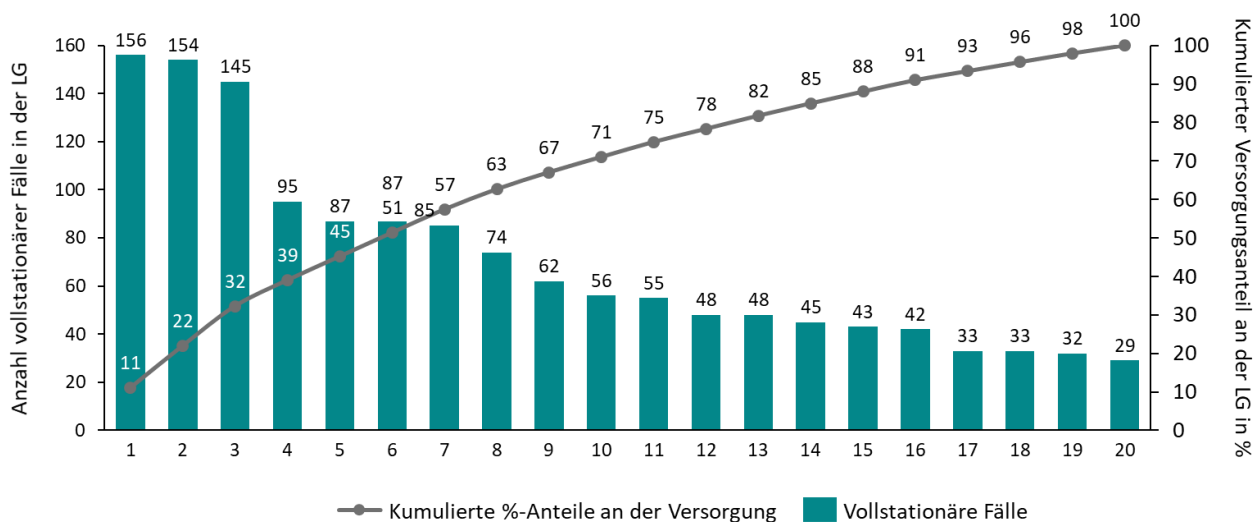


Abbildung 32 Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.3 – Kardiale Devices“¹⁹⁵

Die Erreichbarkeitsanalyse für einen sachsen-anhaltischen Versorger der LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“ ist in Abbildung 33 dargestellt. Die vier Versorger sind in den Ballungszentren Magdeburg und Halle sowie Coswig zu finden, was insbesondere zu sehr hohen Anfahrtszeiten zu sachsen-anhaltinischen Versorgern aus den Grenzgebieten Sachsen-Anhalts führt.

¹⁹⁵Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

LG: 08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention

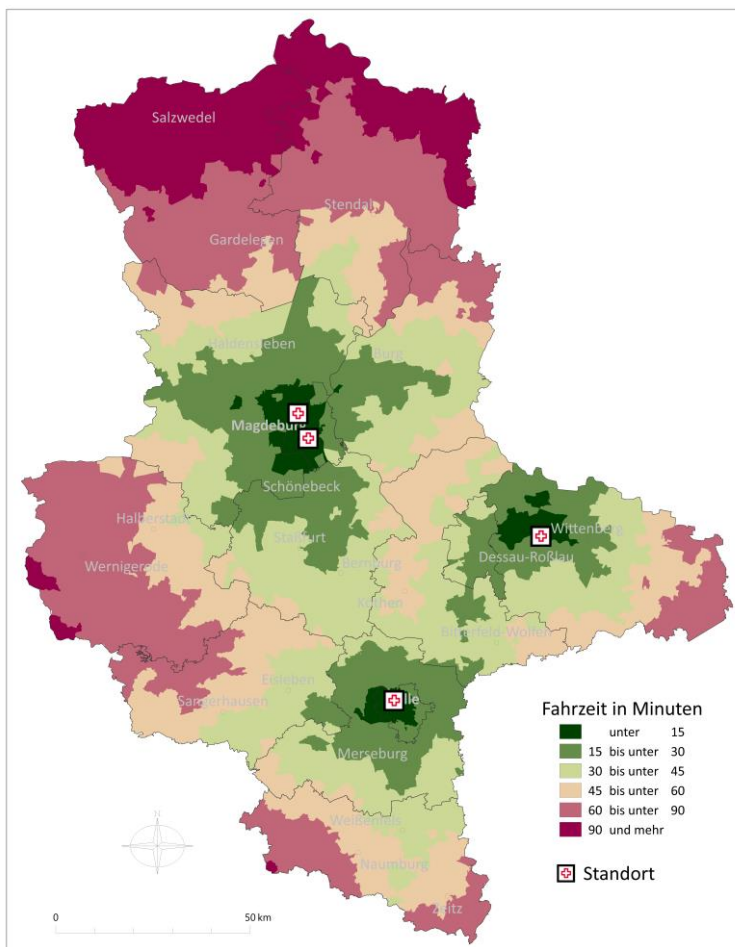


Abbildung 33 Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“¹⁹⁶

Von den vier Standorten, an denen im Jahr 2021 Fälle aus der LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“ behandelt wurden, haben drei Versorger rund 98 Prozent der Fälle behandelt (Abbildung 34). Der vierte Standort hatte mit zwölf Fällen einen vernachlässigbaren Anteil und lag in der direkten Umgebung eines weiteren Versorgers für die LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“.

Inwiefern es sinnvoll ist, das hochspezialisierte Behandlungsangebot aus der LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“ bei dem vierten Versorger mit der dargestellten geringen Fallzahl anzubieten, ist zu hinterfragen. Im Sinne einer Zentralisierung von spezialisierten Eingriffen an wenigen Krankenhäusern sollte die Erbringung dieser Eingriffe auf drei Krankenhäuser begrenzt werden, zumal sich die Erreichbarkeit für die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt durch die Reduktion der Leistungserbringer von drei auf vier nicht verändert.

¹⁹⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

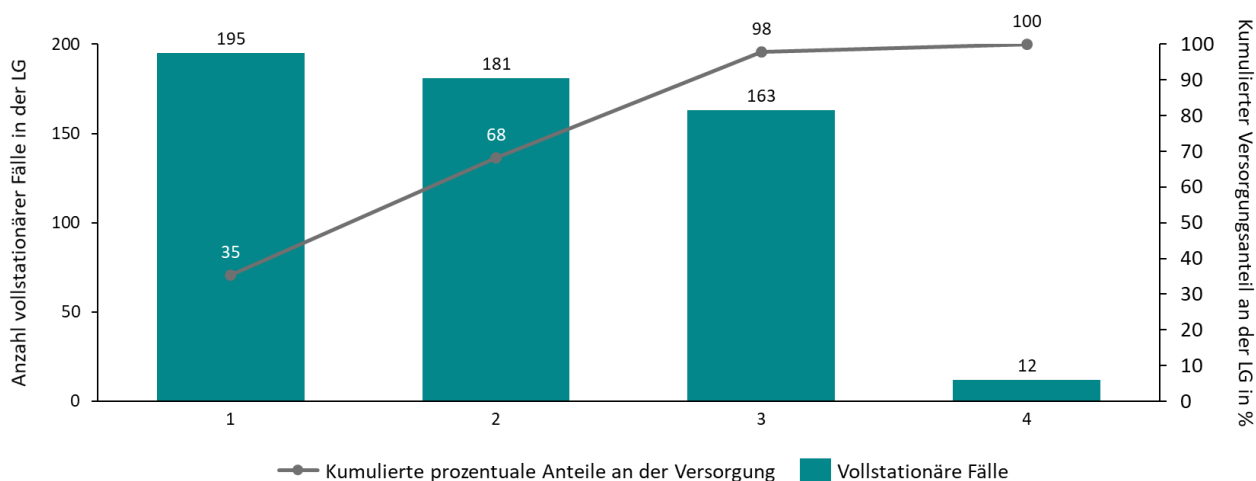


Abbildung 34 Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.4 – Minimal-invasive Herzklappenintervention“ in 2021¹⁹⁷

4.6.2 Frührehabilitative Komplexbehandlungen aus den LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ (inkl. teilstationäre Geriatrie¹⁹⁸)

Ziel der frührehabilitativen Komplexbehandlung ist es unter anderem, die Patientinnen und Patienten schon in der akutstationären Behandlung auf eine anschließende Rehabilitation außerhalb des akutstationären Bereichs vorzubereiten, beziehungsweise diese in einen Zustand zu bringen, in dem sie nach der akuten Behandlung ihres Krankheitsbildes von einer Anschlussrehabilitation maximal profitieren können. Exemplarisch für diese Behandlung wird nachfolgend die LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ betrachtet. Für eine umfassende Untersuchung werden, zusätzlich zu dieser Analyse, ebenfalls die Komplexbehandlungen aus der teilstationären Geriatrie einbezogen.

Die LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ wird durch den OPS-Kode 8-552 (neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) definiert. Die LG „27.1 – Geriatrie“ wird durch den OPS-Kode 8-550 (geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung) und die Fälle aus der teilstationären Geriatrie durch den OPS-Kode 8-98a (teilstationäre geriatriische Komplexbehandlung) definiert. Demnach sind zum Beispiel in der LG „27.1 – Geriatrie“ keine geriatriischen Fälle enthalten, die nicht die geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung erhalten haben (OPS-Kode 8-550).

Die Entwicklung der Fallzahlen für vollstationäre, in Sachsen-Anhalt behandelte Fälle innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ sowie der teilstationären Geriatrie ist in Abbildung 35 dargestellt. Während die Fallzahlen im Bereich der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ während der Covid-19-Pandemie nur um rund 3 Prozent zurückgegangen sind, können im Bereich der geriatriischen Frührehabilitation sowie der geriatriischen teilstationären Komplexbehandlung deutlich höhere Fallzahlrückgänge verzeichnet werden.

¹⁹⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

¹⁹⁸ Die teilstationäre Geriatrie wurde über die DRG A90A (Teilstationäre geriatriische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung) und A90B (Teilstationäre geriatriische Komplexbehandlung, Basisbehandlung) identifiziert.

Für die LG „27.1 – Geriatrie“ betrug der Fallzahlrückgang zwischen 2019 und 2021 rund 35 Prozent, während die Fallzahlen im Bereich der teilstationären Geriatrie um fast dreiviertel oder 75 Prozent zurückgegangen sind. Insbesondere im teilstationären Bereich lässt sich diese Entwicklung vor allem auf die vielfache Schließung der Einrichtungen während der Covid-19-Pandemie zurückführen.

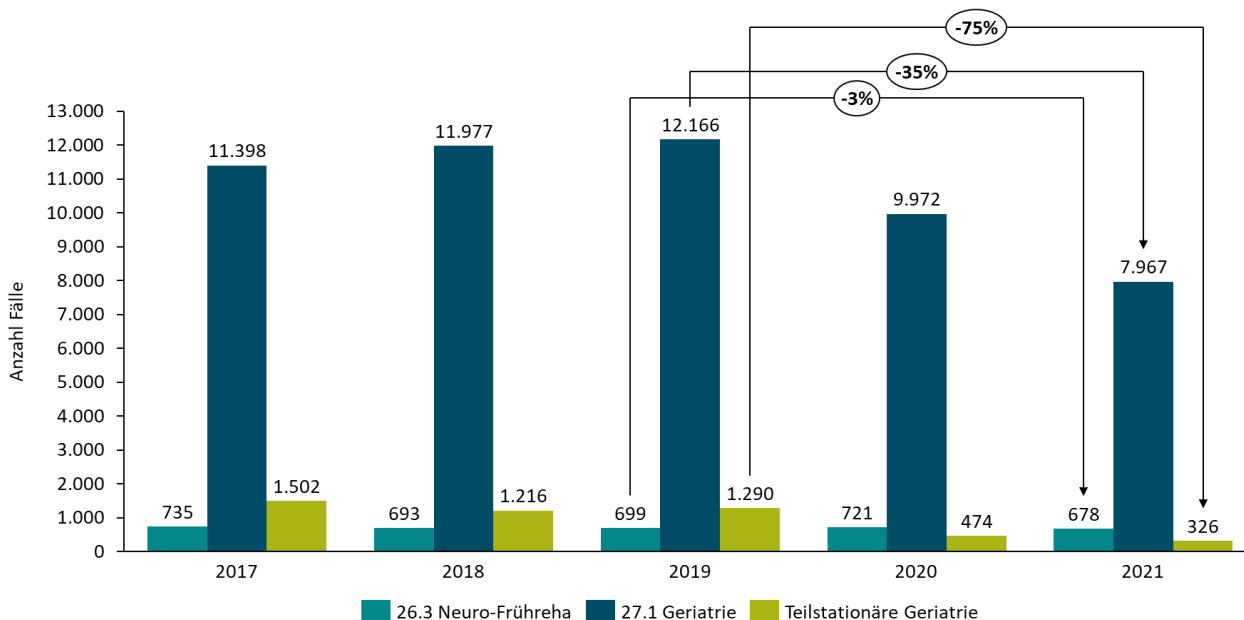


Abbildung 35 Vollstationär behandelte Fälle in Sachsen-Anhalt innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ sowie der teilstationären Geriatrie¹⁹⁹

Die Verweildauer der betrachteten LG sowie im Bereich der teilstationären Geriatrie ist in Tabelle 11 dargestellt. Die durchschnittliche Verweildauer hat sich während der letzten Jahre und insbesondere zwischen 2019 und 2021 kaum verändert. Für die einzelnen Bereiche lag die Veränderungsrate zwischen -3 Prozent (LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ sowie die teilstationäre Geriatrie) und 0 Prozent (LG „27.1 – Geriatrie“).

Tabelle 11 Entwicklung der vollstationären Verweildauer für Fälle innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ sowie der teilstationären Geriatrie²⁰⁰

Leistungsgruppe/Leistungsbereich	Verweildauer					Veränderung 2019 vs. 2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	Nominal	Prozent
26.3 Neuro-Frühreha	60,8	59,7	60,6	57,2	58,6	-2,0	-3 %
27.1 Geriatrie	19,8	19,6	19,6	19,6	19,5	-0,1	0 %
Teilstationäre Geriatrie	10,7	11,0	10,7	9,2	10,4	-0,3	-3 %

In Tabelle 12 sind die tatsächlichen durchschnittlichen Fahrzeiten in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort für Fälle innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ sowie der teilstationären Geriatrie dargestellt. Die Fahrzeiten beziehen sich auf die Wohnorte der im Jahr 2021 entlassenen Patientinnen und Patienten.

¹⁹⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

²⁰⁰ Ebenda

Aufgrund der geringen Fallzahlen in der teilstationären Geriatrie wurde der Entlassungszeitraum hier abweichend für 2019 bis 2021 gewählt und nur eine Berechnung für die Landkreise vorgenommen, in denen mehr als zehn Fälle zwischen 2019 und 2021 behandelt wurden.

Tabelle 12 Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort für Fälle innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ und „27.1 – Geriatrie“ (2021) sowie der teilstationären Geriatrie (2019 bis 2021 und nur Wohnorte mit >10 Fällen)²⁰¹

Landkreis	LG 26.3 Neuro-Frühreha	LG 27.1 Geriatrie	Teilstationäre Geriatrie
Altmarkkreis Salzwedel	91	43	-
Anhalt-Bitterfeld	48	24	16
Börde	35	32	-
Burgenlandkreis	65	27	19
Dessau-Roßlau, Stadt	51	16	15
Halle (Saale), Stadt	25	12	-
Harz	66	30	22
Jerichower Land	44	27	18
Magdeburg, Landeshauptstadt	16	28	14
Mansfeld-Südharz	58	19	17
Saalekreis	38	19	18
Salzlandkreis	33	22	19
Stendal	72	29	-
Wittenberg	55	24	24
Sachsen-Anhalt	40	24	19

Während in Tabelle 12 die Fahrzeiten der Patientinnen und Patienten zu ihren tatsächlichen Behandlungs-orten berechnet wurden, sind in Abbildung 36, Abbildung 39 und Abbildung 41 die Fahrzeiten zwischen den Versorgern und der PLZ8-Region ermittelt worden. In den genannten Abbildungen sind demnach die theoretischen Fahrtzeiten zwischen einer Region und einem Krankenhausstandort abgebildet, unabhängig von einer tatsächlich stattgefundenen Behandlung.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass insbesondere in den Grenzregionen in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu den geografisch zentralen Regionen deutlich längere Fahrzeiten zu einem sachsen-anhaltischen Versorger vorliegen.

²⁰¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Jahre 2017 bis 2021.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

LG: 26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)

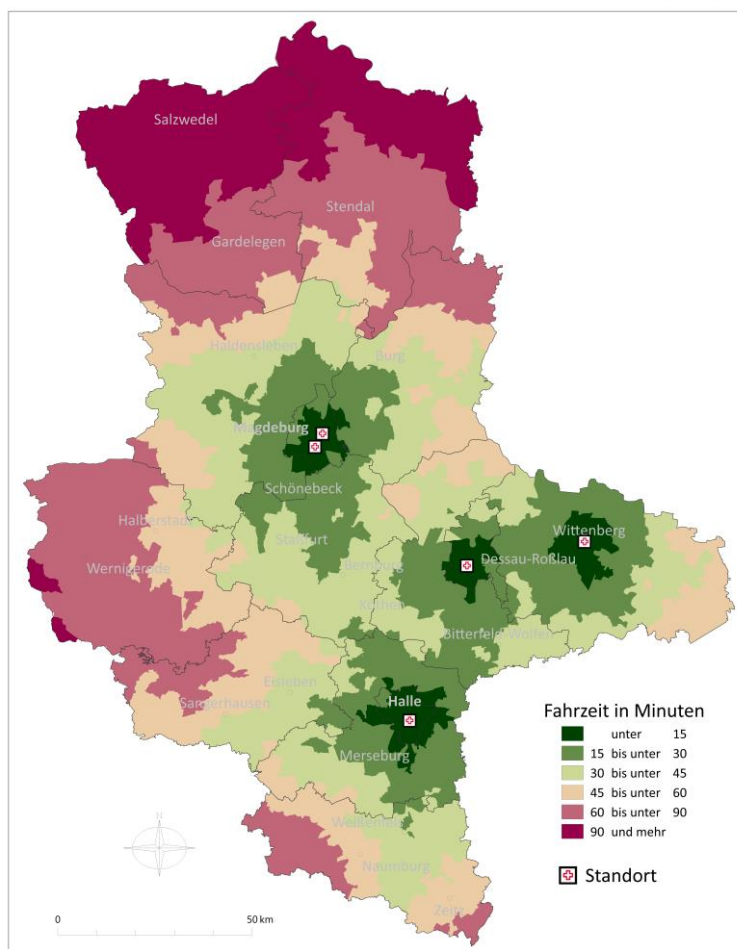


Abbildung 36 Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „26.3 – Neuro-Frühreha“²⁰²

Zur besseren Einschätzung der Versorgungssituation werden in Abbildung 37 die relevanten Versorger in Sachsen-Anhalt für die LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ hinsichtlich ihrer nominellen Fallzahl sowie ihres prozentualen Versorgungsanteils dargestellt. Deutlich zu erkennen ist, dass zwei der fünf Versorger der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ rund 93 Prozent der Fälle in Sachsen-Anhalt betreuen.

²⁰² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

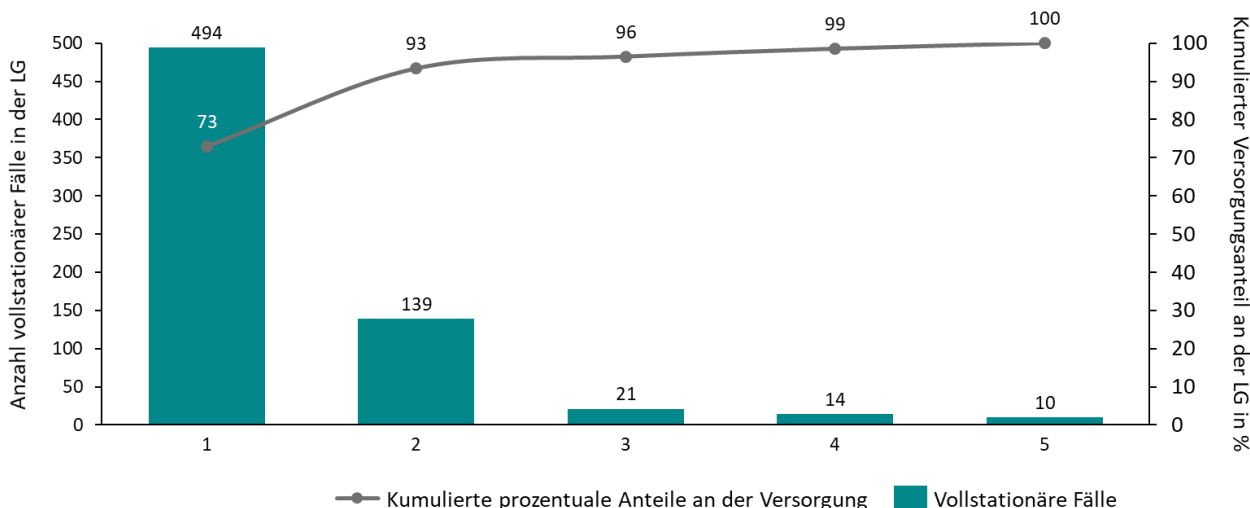


Abbildung 37 Fälle je Versorger in Sachsen-Anhalt und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“²⁰³

Rund 50 Prozent der Fälle aus Sachsen-Anhalt, die eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation erhalten haben, wurden außerhalb des Bundeslandes versorgt (Abbildung 38). Auf der Ebene der einzelnen Landkreise zeigt sich jedoch ein sehr heterogenes Bild. Insbesondere in Magdeburg und dem angrenzenden Landkreis Börde beziehungsweise dem Salzlandkreis werden bis zu 92 Prozent der Fälle innerhalb von Sachsen-Anhalt behandelt. Im engen Zusammenhang mit den hohen Versorgungsanteilen der genannten Gebiete steht die Verortung des Versorgers Nummer eins aus Abbildung 37 in Magdeburg. Dieser behandelt rund 73 Prozent aller Fälle der LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ in Sachsen-Anhalt.

Ähnlich wie in Abbildung 29 beschrieben, hat auch der Aufbau von Behandlungsangeboten im Bereich neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation eine direkt messbare Auswirkung auf die Behandlungsauspendler. Beispielhaft kann hier auf die Entwicklung der Fälle aus dem Landkreis Wittenberg eingegangen werden, die in Sachsen-Anhalt versorgt werden. Der Aufbau von Behandlungskapazitäten in diesem Landkreis hat zur Steigerung des Versorgungsanteils innerhalb des Bundeslandes von 16 Prozent auf 41 Prozent geführt.

²⁰³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

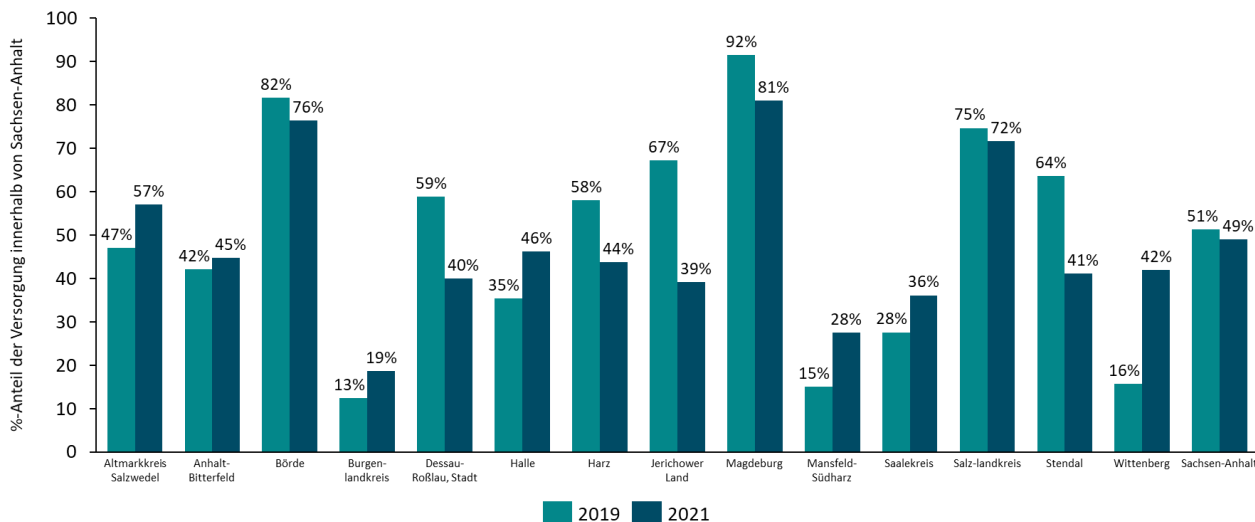


Abbildung 38 Prozentualer Anteil der Versorgung innerhalb von Sachsen-Anhalt für die LG „26.3 – Neuro-Frühreha“ für 2019 und 2021²⁰⁴

Die Erreichbarkeit eines Versorgers, der die LG „27.1 – Geriatrie“ anbietet, ist grundsätzlich flächendeckend im Land gegeben. Die 20 Versorger sind relativ gleichmäßig im Land verteilt, jedoch kommt es in den nördlichen Randgebieten Sachsen-Anhalts zu längeren Anfahrtszeiten im Vergleich zum Rest des Bundeslandes (Abbildung 39).

²⁰⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Datensätze 2019 und 2021 in Verbindung mit der OPS-Kreisstatistik 2019 und 2021.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

LG: 27.1 Geriatrie

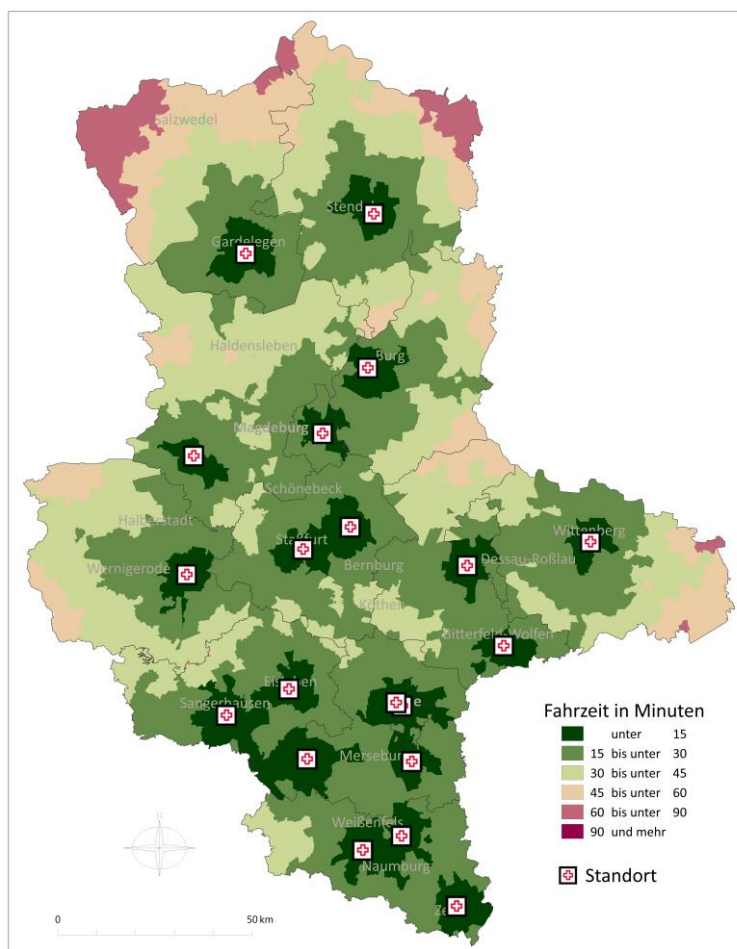


Abbildung 39 Erreichbarkeit von Versorgern für die LG „27.1 – Geriatrie“²⁰⁵

Zur besseren Einschätzung der Versorgungssituation werden in Abbildung 40 die relevanten Versorger für die LG „27.1 – Geriatrie“ hinsichtlich ihrer nominellen Fallzahlen sowie ihres prozentualen Versorgungsanteils dargestellt. Die Bandbreite der jährlichen Fallzahlen je Standort lag 2021 zwischen rund 1.130 und rund 110 Fällen, wobei drei Versorger über 600 Fälle behandelt haben und damit rund ein Drittel aller Fälle in Sachsen-Anhalt.

²⁰⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

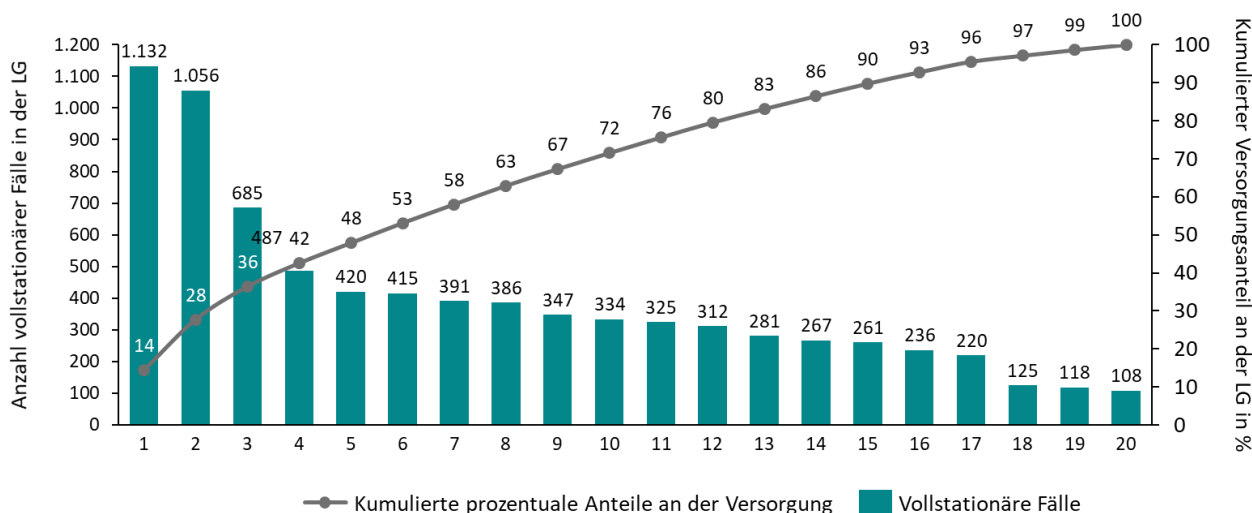


Abbildung 40 Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „27.1 – Geriatrie“²⁰⁶

Das Angebot der teilstationären Geriatrie ist regional stark unterschiedlich (Abbildung 41). Aufgrund der täglich notwendigen An- und Abfahrt zur Behandlung ist ein flächendeckendes Versorgungsangebot in Sachsen-Anhalt bei einem lokal zu geringen Bedarf nur schwer umsetzbar. Insbesondere in ländlichen Regionen ist es daher nicht überraschend, dass kein Versorgungsangebot besteht. Es ist jedoch zu prüfen, inwiefern insbesondere die Bevölkerung im Norden Sachsen-Anhalts besser mit teilstationären geriatrischen Behandlungsangeboten versorgt werden kann.

Abweichend von den restlichen Erreichbarkeitsanalysen im Gutachten wurde für die teilstationäre Geriatrie auf die Daten von 2020 und 2021 zurückgegriffen, da einige teilstationäre Geriatrien im Laufe des Jahres 2020 beziehungsweise 2021 ihren Betrieb aufgrund der Covid-19-Pandemie einstellen beziehungsweise deutlich einschränken mussten.

²⁰⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

Erreichbarkeit Versorger 2020/2021:

Teilstationäre geriatrische Versorgung

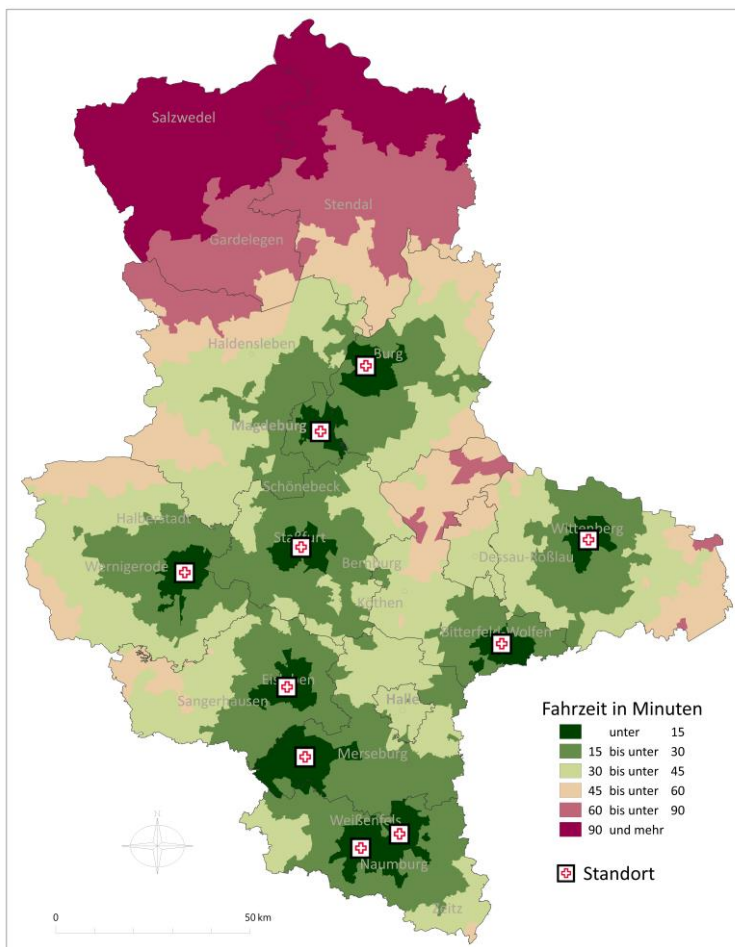


Abbildung 41 Erreichbarkeit von Versorgern für die teilstationäre geriatrische Versorgung 2020 und 2021²⁰⁷

Für den Bereich der teilstationären Geriatrie wird auf ein Verteilungsdiagramm der Fälle im Hinblick auf die Standorte verzichtet, da aufgrund der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie eine Darstellung auf der Standortebene nicht sinnvoll erscheint. Zudem werden in geriatrischen Tageskliniken typischerweise immer zwischen 12 und 20 Behandlungsplätzen vorgehalten, was die Spannweite bei den Fallzahlen der Versorger deutlich einschränkt.

4.7 Zusammenfassung

Im Kapitel 4 wurde die stationäre Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt beschrieben. Hierfür wurde ein Einblick in die Krankenhauslandschaft Sachsen-Anhalts gegeben und die Einordnung einiger Kennzahlen im Vergleich zu anderen Bundesländern durchgeführt. Grundsätzlich ließ sich durch diese Analyse aufzeigen, dass die Bettenauslastung in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu anderen Bundesländern deutlich geringer ist,

²⁰⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten aus den Jahren 2020 und 2021. Es sind nur Versorger mit einem Mindestanteil von 1 Prozent an der Versorgung innerhalb der LG dargestellt.

was auch mit der hohen Anzahl an vorgehaltenen vollstationären Betten je 100.000 EW, ebenfalls im Vergleich zu anderen Bundesländern, korreliert. Die Auslastung der vollstationären Betten lag 2019 bei rund 74 Prozent und ging 2021 durch die Covid-19-Pandemie bedingt auf rund 63 Prozent zurück.

Es konnte zudem festgestellt werden, dass Sachsen-Anhalt unter anderem wegen der sehr langen Fahrtzeiten innerhalb von Sachsen-Anhalt für bestimmte Behandlungen auf die Versorgung aus angrenzenden Bundesländern angewiesen ist. Es pendeln rund 30.000 mehr Patientinnen und Patienten aus Sachsen-Anhalt zur Behandlung in ein anderes Bundesland, als Patientinnen und Patienten zur Behandlung aus anderen Bundesländern nach Sachsen-Anhalt kommen.

Bei der Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle wurden verschiedene Analysen verwendet, um aufzuzeigen, wie sich die Fallzahlen zwischen 2017 und 2021 entwickelt haben. Insbesondere die Covid-19-Pandemie hat hierbei deutliche Auswirkungen auf die rückläufige Entwicklung gehabt. Der Rückgang zwischen 2019 und 2021 betrug im vollstationären Bereich rund 17 Prozent. Inwiefern sich die Fallzahlen wieder auf das Niveau von 2019 zurückbewegen, lässt sich aktuell noch nicht prognostizieren.

Für die Versorgung im LB „08 – Kardiologie“ lässt sich übergreifend feststellen, dass für Leistungsgruppen, in denen eine wohnort- und zeitnahe Versorgung stattfinden sollte (LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“), eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung gegeben ist.

Bei nicht zwingend wohnortnah vorzuhaltenden Leistungsgruppen, zu denen in diesem Gutachten beispielsweise die LG „08.1 – EPU/Ablation“ und insbesondere „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“ gehören, nimmt die Erreichbarkeit mit zunehmender Spezialisierung immer weiter ab, was im Sinne einer Zentralisierung von komplexeren Behandlungsangeboten ist. In der LG „08.1 – EPU/Ablation“ ist zu prüfen, ob es aus qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten sinnvoll wäre, die Zentralisierung von Fällen an wenigen Standorten weiter zu forcieren. Zudem sollte die Behandlung von Fällen in der LG „08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention“ auf drei der aktuell vier Versorger reduziert werden, wobei der vierte Versorger jetzt schon nur einen vernachlässigbaren Anteil an der Versorgung in Sachsen-Anhalt übernimmt.

Grundsätzlich sollte ein weiterer Ausbau der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in Sachsen-Anhalt erfolgen. Erste Berechnungen deuten auf den notwendigen Aufbau von rund 130 zusätzlichen Betten für dieses Behandlungsangebot in Sachsen-Anhalt hin, die auf mehrere Versorger aufgeteilt werden sollten, um ein möglichst flächendeckendes und wohnortnahe Angebot zu ermöglichen.

Für die stationäre geriatrische Versorgung lässt sich ein flächendeckendes Angebot im Land feststellen. Jedoch liegt im Bereich teilstationäre Geriatrie im Norden von Sachsen-Anhalt ein Angebotsdefizit bei den teilstationären geriatrischen Leistungen vor. Das Angebot ist wie beschrieben unter anderem aus wirtschaftlichen Gründen nicht möglich, da die notwendigen Fallzahlen für einen organisatorischen und wirtschaftlichen Betrieb im ländlichen Raum nicht flächendeckend realisiert werden können. Es ist zu prüfen, ob ein Versorgungsangebot im Norden, zumindest für einen Teil der Bevölkerung, durch Bereitstellung von zusätzlichen finanziellen Mitteln zum Betrieb einer teilstationären Geriatrie in ländlichen Gebieten geschaffen werden kann. Darüber hinaus können ambulante Leistungsangebote im geriatrischen Bereich die Versorgung in den unterversorgten Regionen stärken.

5 Ausgesuchte Fragestellungen zur Versorgung

Nachdem im Kapitel 4 ein Überblick über die aktuellen Strukturen der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt und die Entwicklung der Fallzahlen zwischen 2017 und 2021 gegeben wurde, wird in diesem Kapitel auf ausgesuchte Fragestellungen der Versorgung eingegangen.

Betrachtet werden dabei zum einem Versorgungsbereiche, die durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beziehungsweise durch Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes, wie zum Beispiel die Notfallversorgung, beeinflusst werden. Zum anderen werden Versorgungsbereiche analysiert, auf die die im Kapitel 2 dargestellten Herausforderungen einen besonderen Einfluss haben.

Zunächst wird im Abschnitt 5.1 auf die Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt und die Auswirkungen des G-BA-Beschlusses zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern eingegangen. In den darauffolgenden Abschnitten 5.2 bis 5.4 wird dann die Versorgung der wesentlichen medizinischen Notfällen, dem Herzinfarkt und dem Schlaganfall und der Traumaversorgung, dargestellt.

Im Abschnitt 5.5 wird für drei Leistungen (Kniegelenk-Totalendoprothesen, komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene und komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas), die der Mindestmengenregelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen, untersucht, inwieweit die Vorgaben des G-BA bereits erfüllt werden und inwiefern eine weitere Zentralisierung dieser Leistungen in Sachsen-Anhalt erfolgen könnte.

Im Abschnitt 5.6 wird die bestehende Zentrumsstruktur innerhalb Sachsen-Anhalts anhand der vorgehaltenen G-BA Zentren sowie weiterer spezialisierter Zentren beschrieben.

Im Abschnitt 5.7 und 5.8 wird dann für die geburtshilfliche Versorgung und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen die aktuelle Situation analysiert und simuliert, welche Auswirkungen eine potenzielle Schließung von Standorten auf die Erreichbarkeit für die Bevölkerung hätte.

Im letzten Abschnitt 5.9 folgt dann noch eine Betrachtung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Sachsen-Anhalt.

5.1 Notfallversorgung durch die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt

5.1.1 Einführung

Im folgenden Kapitel werden die Teilnahme der Krankenhäuser an der gestuften Notfallversorgung und der Status quo des Rettungswesens in Sachsen-Anhalt sowie die zukünftige notwendige Weiterentwicklung dargestellt. Zudem werden Handlungsempfehlungen sowie deren mögliche Auswirkungen beschrieben.

Grundsätzlich ist die Notfallversorgung in Deutschland in die folgenden drei Säulen gegliedert:

1. Vertragsärzte – Ärztlicher Bereitschaftsdienst²⁰⁸
2. Rettungsdienst²⁰⁹
3. Notaufnahmen an Krankenhäusern

²⁰⁸ Das ist gesetzlich normiert und durch die Kassenärztliche Vereinigungen gemäß § 75 Absatz 1 SGB V sicherzustellen.

²⁰⁹ Durch das jeweilige Landesgesetz vorgegeben.

Dabei findet die Organisation und die Finanzierung der Notfallversorgung im Wesentlichen auf Landesebene statt.²¹⁰

Die Grundlage der erfolgten Datenauswertung sind die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2017 bis 2020 sowie zusätzliche Angaben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) zum Stand 2021. Diese wurden ergänzt um Daten aus der Abfrage zur Teilnahme am Rettungsdienst (allgemeinen Struktur des Rettungsdienstes und Luftrettung, Aufstellung der Standorte der Rettungswachen mit Art und Anzahl der Fahrzeuge sowie der Einsatz- und Betriebszeiten –Kapitel 3) über das MS an das Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt (MI).²¹¹

5.1.2 Gestuftes System von Notfallstrukturen in den Krankenhäusern

Mit Beschluss des G-BA vom 19. April 2018 trat die Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in den Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (G-BA-Notfallstrukturen) bundesweit in Kraft. Diese beschreibt die mehrstufige Versorgungsstruktur der stationären Notfallversorgung, inklusive der Stufe „Nichtteilnahme“ an der stationären Notfallversorgung.

Es erfolgt in der Regelung gemäß § 3 Absatz 1 G-BA-Notfallstrukturen grundsätzlich eine dreigliedrige Stufung der Notfallversorgung in:

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Innerhalb der fünf nachfolgend aufgeführten Kategorien werden spezifische Vorgaben je Versorgungsstufe festgelegt (siehe § 5 Absatz 1 G-BA-Notfallstrukturen):

- Art und Anzahl von Fachabteilungen (FAB)
- Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals
- Kapazität zur Versorgung von Intensivpatientinnen und Intensivpatienten
- Medizinisch-technische Ausstattung
- Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme.

Grundsätzlich sind die in der Tabelle 13 zusammenfassend dargestellten Vorgaben gemäß § 5 Absatz 1 G-BA-Notfallstrukturen zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen die Woche) am Standort des Krankenhauses zu erfüllen.

Des Weiteren ist die Vorhaltung einer Hubschrauberlandestelle ab Stufe 2 vorzusehen.

Die Versorgung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sollte überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) des Krankenhauses erbracht werden. Diese ist eine räumlich abgegrenzte fachübergreifende Einheit mit eigenständiger, fachlich unabhängiger Leitung. Der Zugang zur ZNA ist grundsätzlich barrierefrei vorzusehen (§ 6 Absatz 2 G-BA-Notfallstrukturen).

²¹⁰ Deutscher Bundestag (2022): Überblick über die Notfallversorgung in Deutschland: Institutionen, Organisation und Finanzierung; Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 042/22; Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, <https://www.bundestag.de/re-source/blob/905300/2b2994a87f7a2b0d5e243c833ce40f55/WD-9-042-22-pdf-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 23.02.2023.

²¹¹ Schriftliche Anfrage per E-Mail an das MS mit Weiterleitung zur Beantwortung an das MI. Antworten per E-Mail im Zeitraum von 20.12.2022 bis 20.01.2023.

Tabelle 13 Vorgaben der Stufen 1 bis 3 der Notfallversorgung gemäß G-BA-Notfallstrukturen²¹²

	Basisnotfallversorgung	Erweiterte Notfallversorgung	Umfassende Notfallversorgung
Art und Anzahl der Fachabteilungen	Basisversorgung Chirurgie/ Unfallchirurgie mit Traumaversorgung sowie Basisversorgung Innere Medizin	Zusätzlich vier Fachabteilungen der Kategorien A und B ²¹³ ; mindestens zwei davon aus Kategorie A	Zusätzlich sieben Fachabteilungen der Kategorien A und B ² ; mindestens fünf davon aus Kategorie A
Notaufnahme	Zentrale Notaufnahme (ZNA)	Zusätzlich Beobachtungsstation für Kurzliegende (maximal 24 Stunden) mit mindestens sechs Betten	
Intensivkapazität	Mindestens sechs Intensivbetten, davon mindestens drei mit Beatmungsmöglichkeit	Mindestens zehn Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit	Mindestens 20 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit
Medizintechnische Ausstattung	Schockraum, 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomografie (auch in Kooperation)	Wie Basisstufe, zusätzlich 24/7-Verfügbarkeit von: <ul style="list-style-type: none"> – Notfallendoskopischer Intervention oberer Gastrointestinaltrakt – Perkutaner koronarer Intervention – Magnetresonanztomografie – Primärdiagnostik Schlaganfall – Initialtherapie 	
Transport	Weiterverlegung, auch auf dem Luftweg möglich	Hubschrauberlandestelle	

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht die Vorgaben der Stufen 1 bis 3 erfüllen (§ 4 G-BA-Notfallstrukturen²¹⁴), an Modulen der speziellen Notfallversorgung (Schwerverletzte, Kinder, Spezialversorgung, Schlaganfall – Stroke Unit (SU) oder Durchblutungsstörung am Herz – Chest Pain Unit (CPU)) als ein Krankenhaus mit entsprechenden Sonderanforderungen (§§ 23-28 G-BA-Notfallstrukturen) teilzunehmen.

Diese Vorgaben des G-BA-Notfallstrukturen-Beschlusses sind seit dem Inkrafttreten im April 2018 zu erfüllen (§ 30 Absatz 1 G-BA-Notfallstrukturen), die Anforderungen an eine ZNA seit April 2021.

5.1.3 Status quo und Erreichbarkeiten

5.1.3.1 Vollstationäre Fälle mit dem Aufnahmeanlass „Notfall“ in Sachsen-Anhalt

Auf Grundlage der zur Verfügung stehenden § 21- Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen-Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)-Daten wurden die vollstationären DRG- und PEPP-Fälle mit dem Aufnahmeanlass „Notfall“ gemäß den Katalogen DRG²¹⁵ und PEPP²¹⁶ für die Jahre 2017 bis 2021 ausgewertet. Die Gesamtanzahl der Fälle ist ausgehend vom Jahr 2017 mit 229.222 Fällen auf

²¹² § 6 Absatz 2 G-BA-Notfallstrukturen.

²¹³ Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen an: 1. Neurochirurgie, 2. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Neurologie, 4. Innere Medizin und Kardiologie, 5. Innere Medizin und Gastroenterologie, 6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an: 1. Innere Medizin und Pneumologie, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. Kinderkardiologie, 4. Neonatologie, 5. Kinderchirurgie, 6. Gefäßchirurgie, 7. Thoraxchirurgie, 8. Urologie, 9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, 10. Augenheilkunde, 11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, 12. Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie.

²¹⁴ G-BA (2020): Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V), <https://www.g-ba.de/richtlinien/103/>, zuletzt abgerufen am 16.02.2023.

²¹⁵ DRG: Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen).

²¹⁶ PEPP: Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik.

217.756 Fälle im Jahr 2019 und 206.645 Fälle im Jahr 2021 zurückgegangen. Während es bis zum Jahr 2019 bei den DRG-Fällen ein Rückgang von 1,6 Prozent war, betrug der Rückgang bei den PEPP-Fällen 5,5 Prozent. Der Rückgang bis zum Jahr 2021 betrug bei den DRG-Fällen 9,9 Prozent und bei den PEPP-Fällen 8,1 Prozent. Dabei ist der Rückgang ab 2019 auch auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen. Die Entwicklung vollstationärer Fälle mit dem Aufnahmearbeit „Notfall“ sind in der Abbildung 42 dargestellt.

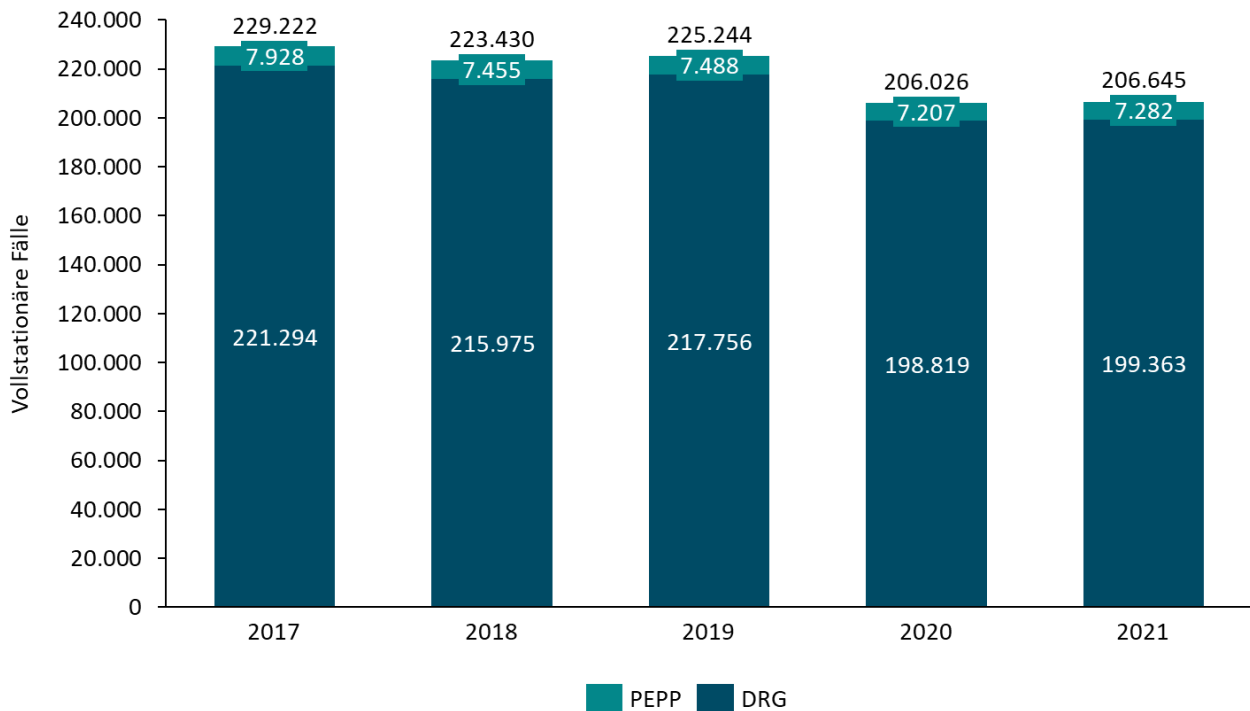


Abbildung 42 Vollstationäre Fälle mit dem Aufnahmearbeit „Notfall“ bei der Vergütung gemäß DRG und PEPP mit Wohnort in Sachsen-Anhalt²¹⁷

Sollte sich der Rückgang der Gesamtzahl vollstationärer Notfälle in Sachsen-Anhalt zwischen 2017 und 2021 von etwa 10 Prozent beziehungsweise 8 Prozent weiter fortsetzen, müssten diese Entwicklungen bei zukünftigen Überlegungen zur Anzahl, Ausstattung und Platzierung von Notfallstandorten berücksichtigt werden.

Tabelle 14 Vollstationäre Fälle mit dem Aufnahmearbeit „Notfall“ in der DRG-Systematik mit Wohnort in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021²¹⁸

Wohnort	2017	2018	2019	2020	2021
Altmarkkreis Salzwedel	9.419	9.393	9.360	8.624	7.961
Anhalt-Bitterfeld	10.785	10.617	10.870	9.969	9.678
Börde	7.603	7.445	7.659	8.089	10.209
Burgenlandkreis	22.606	21.584	22.623	21.110	20.795
Dessau-Roßlau, Stadt	9.734	9.760	10.048	8.439	9.104
Halle (Saale), Stadt	28.072	28.181	27.498	24.916	24.135

²¹⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

²¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

Wohnort	2017	2018	2019	2020	2021
Harz	24.335	24.504	25.328	23.960	23.647
Jerichower Land	3.200	2.461	2.548	2.464	5.245
Magdeburg, Landeshauptstadt	10.719	10.662	11.460	11.263	10.889
Mansfeld-Südharz	20.291	20.379	20.226	17.365	17.009
Saalekreis	20.388	18.468	17.829	16.378	16.585
Salzlandkreis	26.269	25.276	25.270	22.113	19.981
Stendal	13.698	13.109	13.499	12.056	11.843
Wittenberg	14.175	14.136	13.538	12.073	12.282
Sachsen-Anhalt	221.294	215.975	217.756	198.819	199.363

Dabei ist der Rückgang der vollstationären Fälle mit dem Aufnahmeanlass „Notfall“ in der für DRG-Systematik mit dem Behandlungsort Sachsen-Anhalt im Zeitraum der Maßnahmen aufgrund der Covid-19-Pandemie geringer ausgefallen als bei den elektiven Fällen, wie in Abbildung 43 dargestellt ist. Hier ist davon auszugehen, dass es sich um Fälle handelte, die aus Patientensicht als Notfall oder als notwendige Versorgung im Rahmen der Beschränkung der medizinischen Leistungserbringung durch die Pandemie notwendig waren.

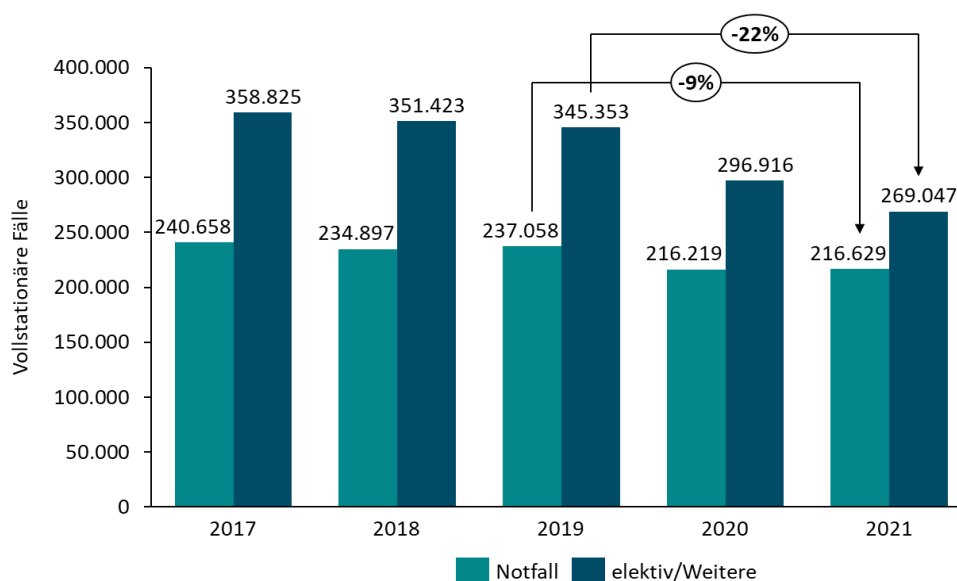


Abbildung 43 Vollstationäre Fälle mit dem Aufnahmeanlass „Notfall“ und elektiv/Rest mit Behandlungsort in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021²¹⁹

²¹⁹ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

5.1.3.2 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung

Für die 45 Krankenhäuser, die im Krankenhausplan von Sachsen-Anhalt aufgenommen wurden, liegen Angaben der Standorte aus den Qualitätsberichten zur Notfallversorgung für das Jahr 2020 vor. Für vier Krankenhäuser liegen keine Angaben dazu vor. Für diese werden die zusätzlichen Daten aus der vom MS durchgeführten Abfrage für das Jahr 2021 genutzt.

Aktuell nehmen 39 Standorte an der Notfallversorgung teil. Wie in Abbildung 44 zu sehen ist, sind die Standorte genauso wie die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt ungleichmäßig über das Bundesland verteilt. Es lässt sich feststellen, dass es in Regionen mit höherer Bevölkerungsdichte mehr Krankenhäuser gibt, die an der Notfallversorgung teilnehmen.

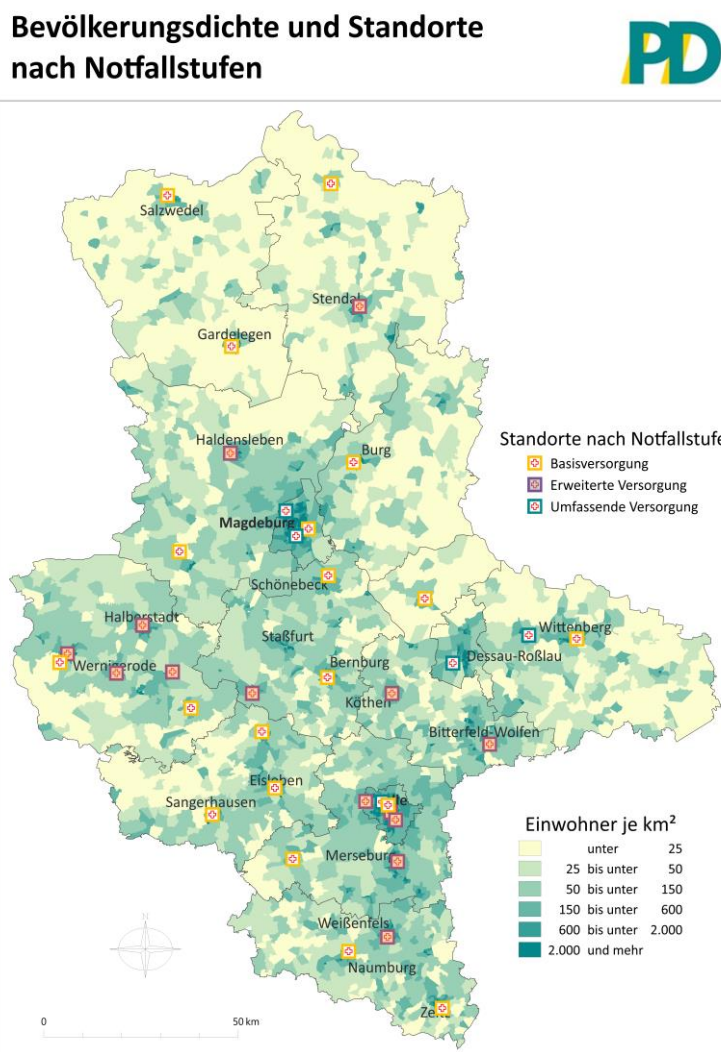


Abbildung 44 Verteilung der Krankenhäuser mit Notfallstufe und Bevölkerungsdichte für Sachsen-Anhalt (eigene Darstellung)²²⁰

Basisnotfallversorgung

²²⁰ Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 sowie Angaben des statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt.

Gemäß vorliegenden Angaben von 2020 nehmen 39 Standorte mindestens an der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) teil. Die Bettenanzahl²²¹ dieser Standorte reicht dabei von 28 Betten bis zu über 1.000 Betten. Elf Standorte haben weniger als 200 Betten, 30 weniger als 400 Betten und zwei über 1.000 Betten. Dabei sind größere Standorte oft auch die Standorte der höheren Stufen der Notfallversorgung. Die Anzahl der Betten der Krankenhäuser für mindestens die Basisnotfallversorgung ist in Abbildung 45 dargestellt.

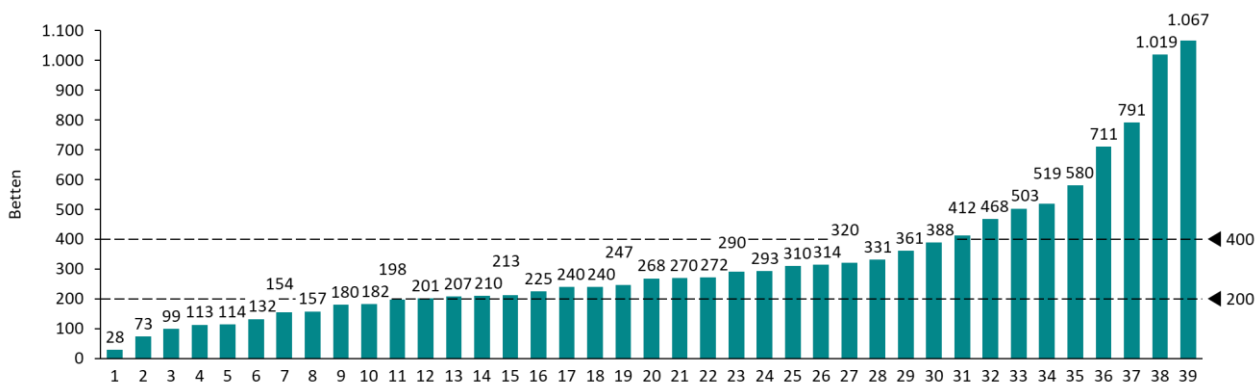


Abbildung 45 Bettenanzahl der an der Basisnotfallversorgung (mindestens Stufe 1) beteiligten Standorte²²²

Dabei sind die elf Standorte mit weniger als 200 Betten herauszustellen, für die es insbesondere organisatorisch und personell eine besondere Herausforderung darstellt, die Vorhaltung von Leistungen der internistischen und chirurgischen Grundversorgung, der erweiterten Kardiologie sowie der Querschnittsbereiche der Intensivmedizin für die Stufe 1 mit der 24/7-Erreichbarkeit sicherstellen zu können.²²³

Die Erreichbarkeit der Standorte ist in Abbildung 46 dargestellt. Bis auf die Bereiche im Nordosten (Landkreis Stendal und Landkreis Jerichower Land), Nordwesten (Altmarkkreis Salzwedel) und Osten (Landkreis Wittenberg sowie Landkreis Jerichower Land) kann grundsätzlich flächendeckend eine meist gute Erreichbarkeit der Basisnotfallversorgung innerhalb von 30 Minuten festgestellt werden.

²²¹ Bettenanzahl aus den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser 2020.

²²² Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 inkl. Aktualisierung 2021

²²³ Die Qualitätsberichte der Standorte sind zu überprüfen, in wie weit z.B. eine gemeinsame Betrachtung über die Träger erfolgt.

Erreichbarkeit Standorte 2021

Mindestens Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

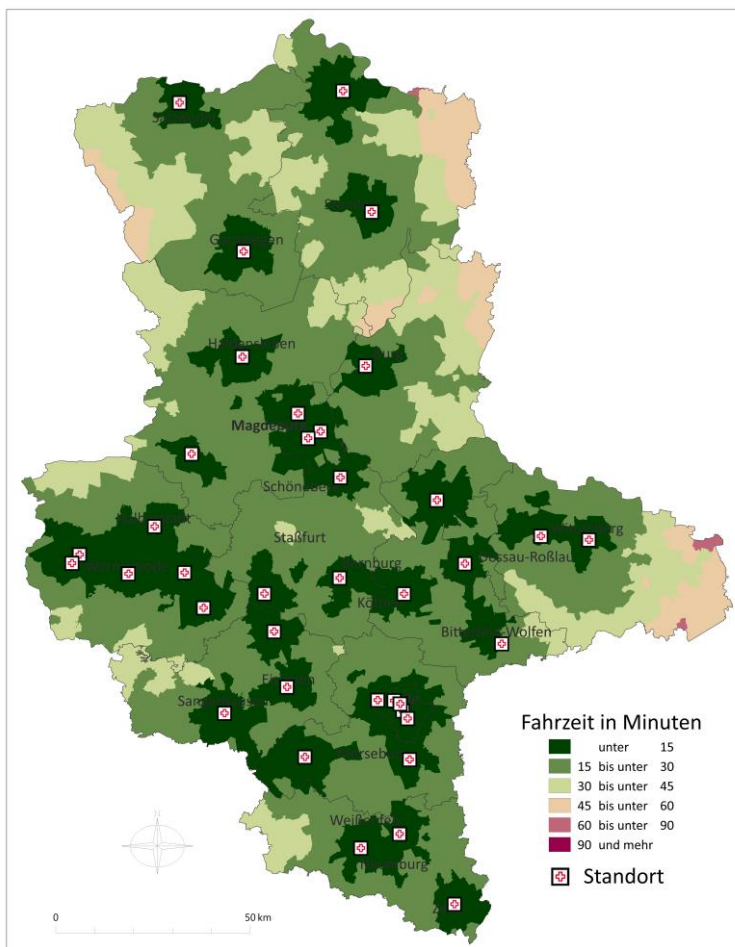


Abbildung 46 Erreichbarkeit der mindestens an der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) beteiligten Standorte²²⁴

Für die oben genannten Bereiche der Landkreise ergeben sich auch unter Einbeziehung von Standorten der Basisnotfallversorgung in den angrenzenden Bundesländern keine signifikanten Verbesserungen der Erreichbarkeit. Einzig in den Regionen der Nachbarbundesländer um Rathenow/Brandenburg im Osten (für den Landkreis Stendal) und Helmstedt/Niedersachsen im Westen (für den Altmarkkreis) würde sich die Erreichbarkeit etwas verbessern.

Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) lag die Erreichbarkeit von mindestens einem Krankenhaus, das eine Basisnotfallversorgung in Sachsen-Anhalt anbietet, im Jahr 2018 im Durchschnitt bei 13,9 Minuten Fahrzeit mit dem Auto (Abbildung 47).²²⁵ Diese ist damit die viertlängste nach Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Brandenburg.

²²⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 inkl. Aktualisierung 2021.

²²⁵ Schriftliche Anfrage zur Erreichbarkeit beziehungsweise zum Anteil an der Bevölkerung im April 2018 durch Frau Dr. Manuela Rottmann, Die Grünen im Bundestag, beantwortet durch Dr. Thomas Gebhart, Parlamentarischer Staatssekretär, BMG (Rottmann, Manuela 2018).

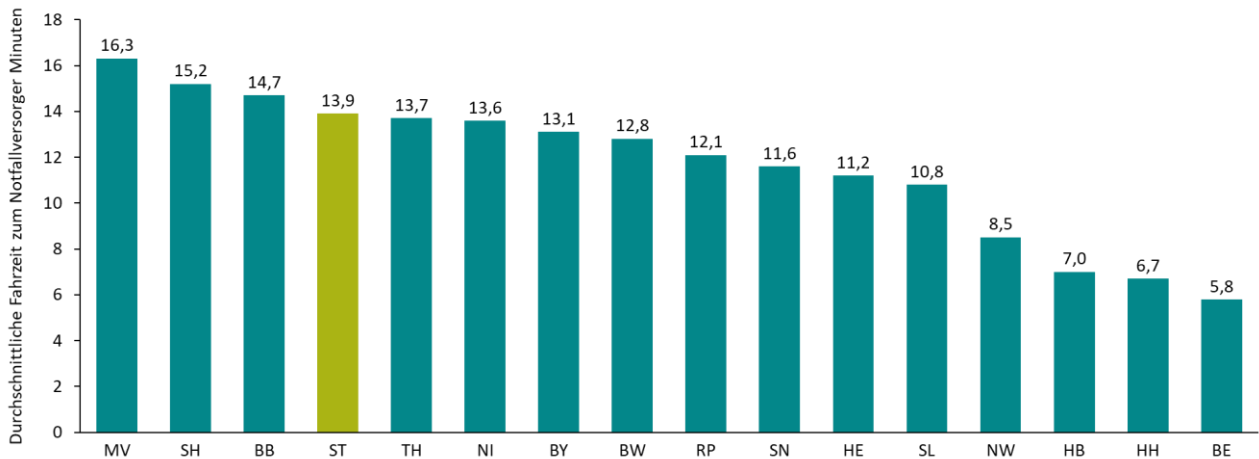


Abbildung 47 Durchschnittliche Fahrzeit zum Notfallversorger gemäß Bundesland in Minuten (eigene Darstellung)²²⁶

Grundsätzlich benötigten nach Angaben des BMG 2018 in Sachsen-Anhalt circa 6,5 Prozent der Bevölkerung im Durchschnitt mehr als 30 Minuten Fahrzeit bis zu einer Basisversorgung.²²⁷ Dies ist nach Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg der dritthöchste Anteil an der Bevölkerung.

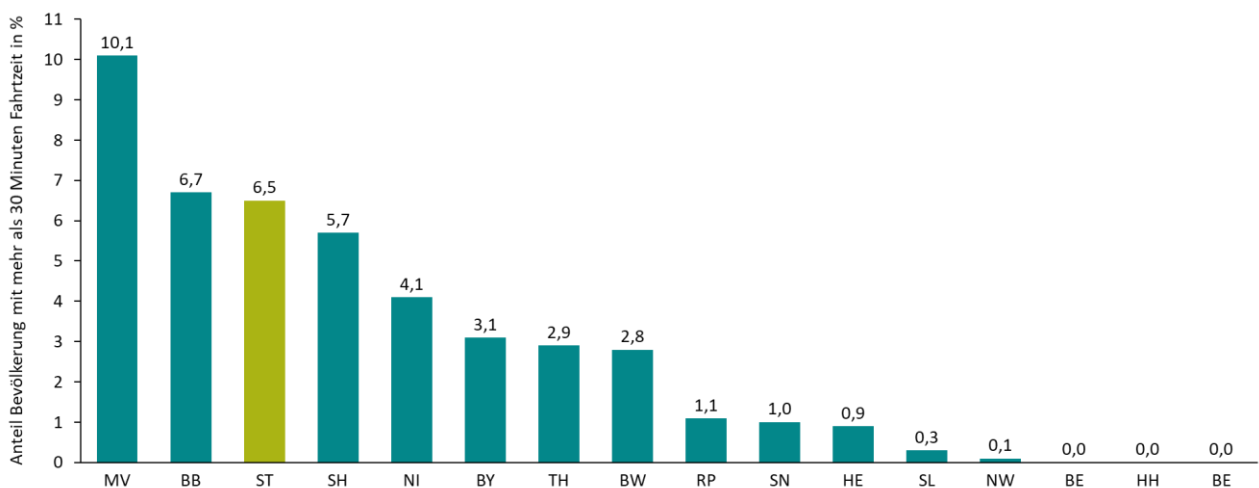


Abbildung 48 Anteil der Bevölkerung mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit zu einem Standort der Basisnotfallversorgung nach Bundesland in Prozent (eigene Darstellung)²²⁸

Darüber hinaus wurden zusätzlich die alternativen Fahrzeiten, also die Fahrzeit zum zweitnächsten Versorger, ermittelt und in Abbildung 49 dargestellt. Diese könnten relevant bei zum Beispiel Abmeldungen aus der Notfallversorgung oder sogar Schließung von Krankenhäuser sein. Dadurch entsteht ein erster Eindruck davon, welche Auswirkungen die Abmeldung oder Schließung des wohnortnächsten Versorgers auf die Erreichbarkeit für die Bevölkerung haben könnte. Dies wäre auch für den Rettungsdienst grundsätzlich relevant, um eine durchgehende Rettungskette sicherstellen zu können.

²²⁶ Schriftliche Anfrage zur Erreichbarkeit beziehungsweise zum Anteil an der Bevölkerung im April 2018 durch Frau Dr. Manuela Rottmann, Die Grünen im Bundestag, beantwortet durch Dr. Thomas Gebhart, Parlamentarischer Staatssekretär, BMG (Rottmann, Manuela 2018).

²²⁷ Ebenda.

²²⁸ Ebenda.

Erreichbarkeit alternative Standorte 2021

Mindestens Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

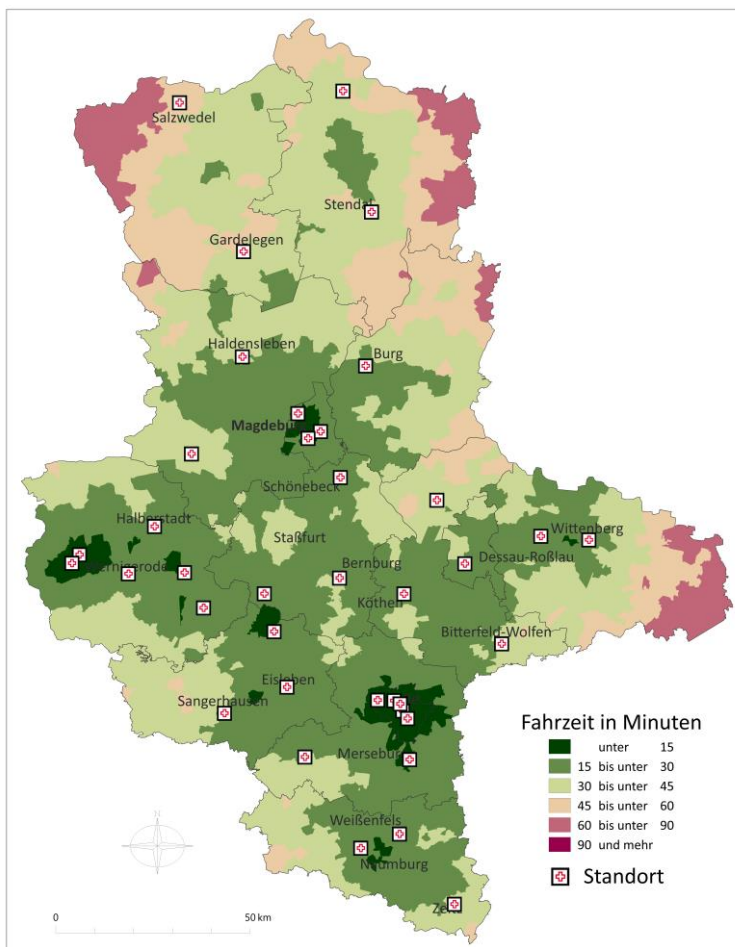


Abbildung 49 Erreichbarkeit eines alternativen Standortes der Basisnotfallversorgung²²⁹

Anhand von Abbildung 49 ist ersichtlich, dass sich die durchschnittlichen Fahrzeiten zwar in fast allen Regionen verlängern würden, allerdings ein Großteil der Bevölkerung weiterhin einen Versorger in unter 45 Minuten erreichen könnte. In den Grenzgebieten der Landkreise Altmarkkreis Salzweidel im Nordwesten sowie Stendal, Jerichower Land und Wittenberg im Osten würden sich allerdings Fahrzeiten von über 60 Minuten ergeben. Gegebenenfalls kann auch auf Standorte in den angrenzenden Bundesländern ausgewichen werden.

Erweiterte Notfallversorgung

Gemäß den vorliegenden Angaben von 2020 nahmen in Sachsen-Anhalt 19 Standorte mindestens an der Stufe der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) teil. Der kleinste Standort mit mindestens erweiterter Notfallversorgung hat 113 Betten²²⁵. Insgesamt haben zwei Standorte weniger als 200 Betten, elf Standorte weniger als 400 Betten und zwei mehr als 1.000 Betten, wie in Abbildung 50 dargestellt ist.²³⁰

²²⁹ Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 inkl. Aktualisierung 2021.

²³⁰ Die Qualitätsberichte der Standorte sind zu überprüfen, in wie weit z.B. eine gemeinsame Betrachtung über die Träger erfolgt.

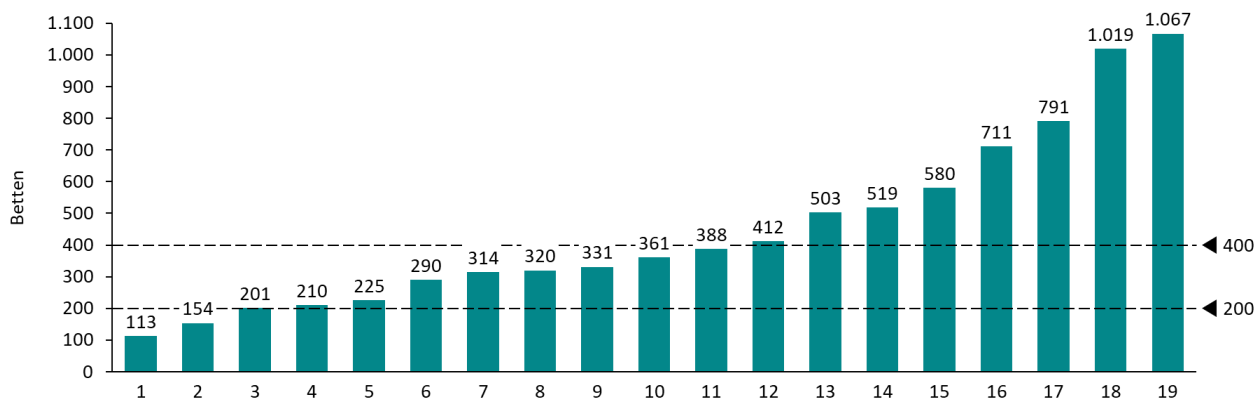


Abbildung 50 Bettenanzahl der an der erweiterten Notfallversorgung (mindestens Stufe 2) beteiligten Standorte²³¹

Grundsätzlich ist eine heterogene und in den Grenzregionen erschwerte Erreichbarkeit (längere Fahrzeit) der Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung für Sachsen-Anhalt festzustellen. Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser ist in Abbildung 51 dargestellt. Dabei muss zwischen den Ballungsräumen um Magdeburg, Halle und Dessau-Roßlau sowie den Bereichen um die Städte im Harz und im Süden mit guter Erreichbarkeit einerseits und den Regionen im Norden und besonders im Nordwesten der Altmark sowie den Regionen im Osten und Südwesten mit längeren Anfahrtszeiten andererseits unterschieden werden. Die Erreichbarkeit der erweiterten Notfallversorgung könnte bei grenzüberschreitender Betrachtung mit Standorten in den benachbarten Bundesländern im Südwesten durch Nordhausen (Thüringen), im Westen durch Helmstedt (Niedersachsen), im Osten durch Brandenburg (Brandenburg) und im Südosten durch Leipzig (Sachsen) etwas verbessert werden.

²³¹ Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 inkl. Aktualisierung 2021.

Erreichbarkeit Standorte 2021

Mindestens erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

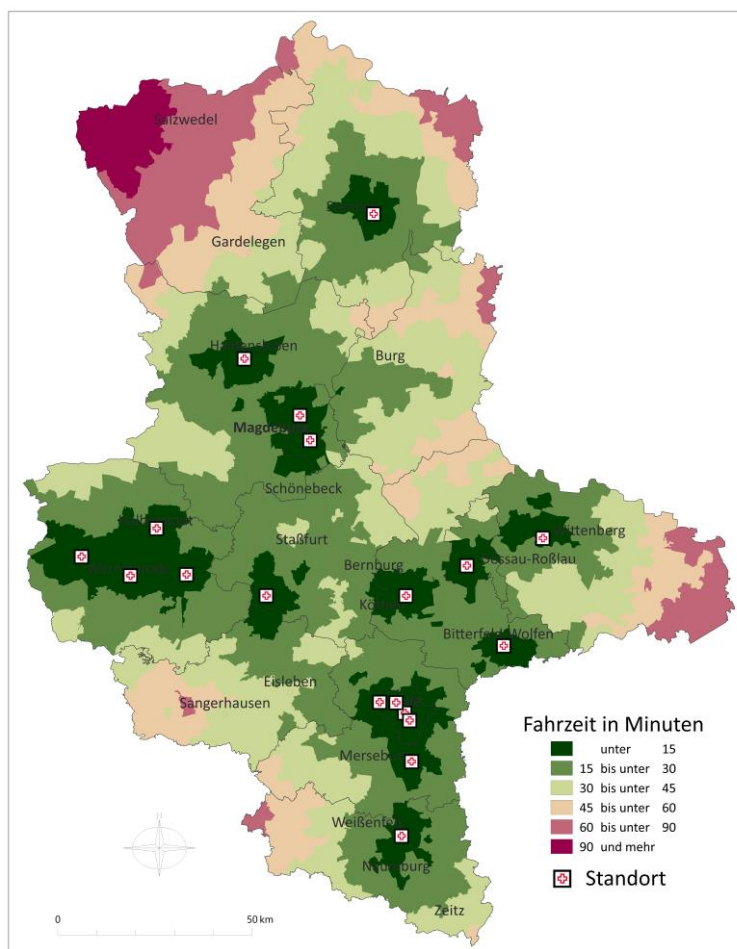


Abbildung 51 Erreichbarkeit der mindestens an der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) beteiligten Standorte²³²

Um auch hier einen Eindruck davon zu gewinnen, wie sich die Fahrzeiten für die Bevölkerung verändern, wenn statt des wohnortnächsten Versorgers der zweitnächste angefahren wird, ist in Abbildung 52 die Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der Stufe 2 dargestellt. Hier ist eine deutliche Zunahme der durchschnittlichen Fahrzeiten besonders im Norden mit den Landkreisen Altmarkkreis Salzwedel, Stendal und Teilen des Jerichower Landes sowie im Osten im Landkreis Wittenberg und im Westen des Burgenlandkreises zu erkennen. In den anderen Gebieten ist größtenteils eine Erreichbarkeit des alternativen Versorgers innerhalb von 60 Minuten gegeben.

²³² Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 inkl. Aktualisierung 2021.

Erreichbarkeit alternative Standorte 2021

Mindestens erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

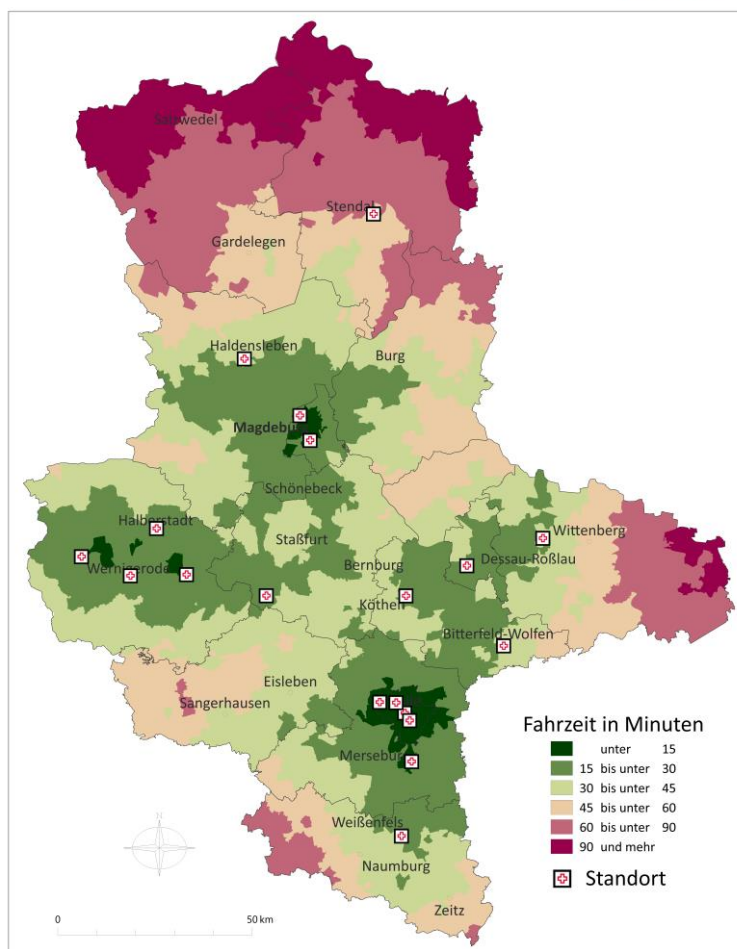


Abbildung 52 Erreichbarkeit eines alternativen Standorts der erweiterten Notfallversorgung²³³

Umfassende Notfallversorgung

Gemäß den vorliegenden Angaben nehmen fünf Standorte an der Stufe 3 der umfassenden Notfallversorgung teil. Dabei hat ein Standort nur 113 Betten, die anderen vier Standorte über 700 Betten, wie in Abbildung 53 dargestellt ist.

²³³ Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 inkl. Aktualisierung 2021.

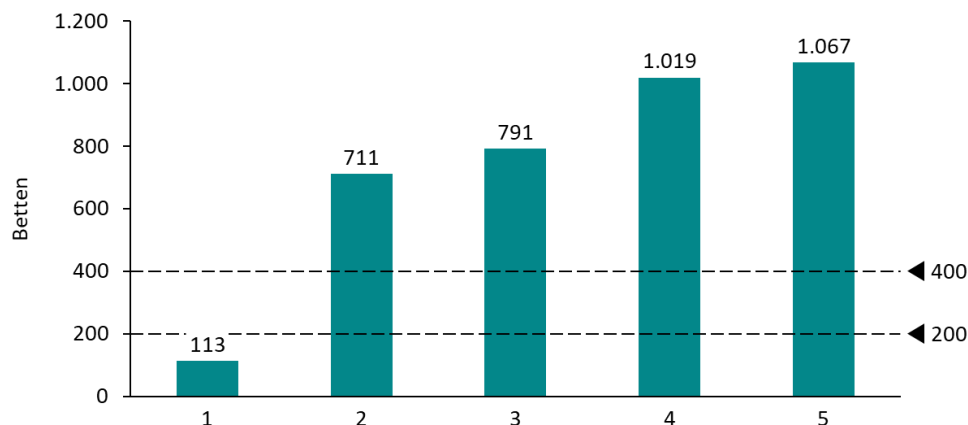


Abbildung 53 Bettenanzahl der an der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) beteiligten Standorte²³⁴

Anhand der Abbildung 54 wird deutlich, dass Standorte mit umfassender Notfallversorgung für die in den Ballungsräumen in und um Magdeburg, Dessau-Roßlau/Wittenberg und Halle lebende Bevölkerung gut zu erreichen sind. Für weite Teile Sachsens-Anhalts gilt dies jedoch nicht. Hier ist von wesentlich längeren Fahrzeiten auszugehen. Besonders der Altmarkkreis Salzwedel und weite Teile des Landkreises Stendal im Norden, der Landkreis Harz im Westen, Bereiche des Burgenlandkreises im Südwesten sowie Bereiche des Landkreises Wittenberg im Osten sind diesbezüglich hervorzuheben. Eine geringfügige Verbesserung für die Erreichbarkeit der umfassenden Notfallversorgung ergibt sich bei grenzüberschreitender Betrachtung durch Leipzig (Sachsen) im Südosten, durch Nordhausen im Südwesten (Thüringen), durch Wolfsburg (Niedersachsen) im Westen und durch Brandenburg (Brandenburg) im Osten.

²³⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 inkl. Aktualisierung 2021.

Erreichbarkeit Standorte 2021 Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

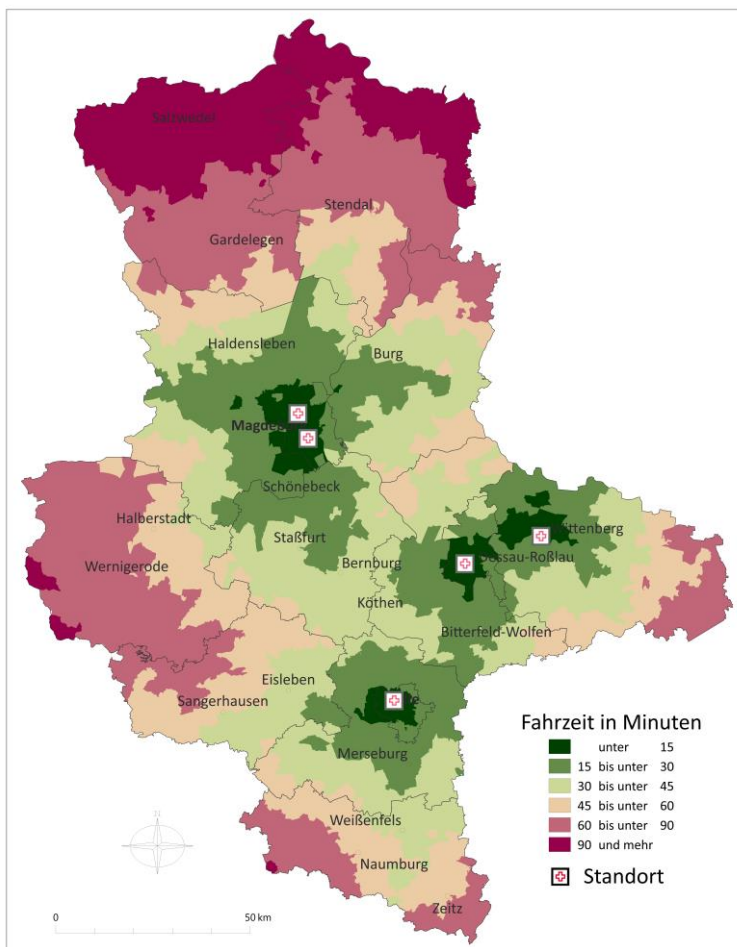


Abbildung 54 Erreichbarkeit der an der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) beteiligten Standorte²³⁵

Bei Analyse der Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der Stufe 3, wie in Abbildung 55 dargestellt, lässt sich feststellen, dass nur noch in dem Ballungsraum Magdeburg und um Dessau-Roßlau/Wittenberg eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten erzielt werden könnte.

²³⁵ Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 inkl. Aktualisierung 2021.

**Erreichbarkeit alternative Standorte 2021
 Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)**

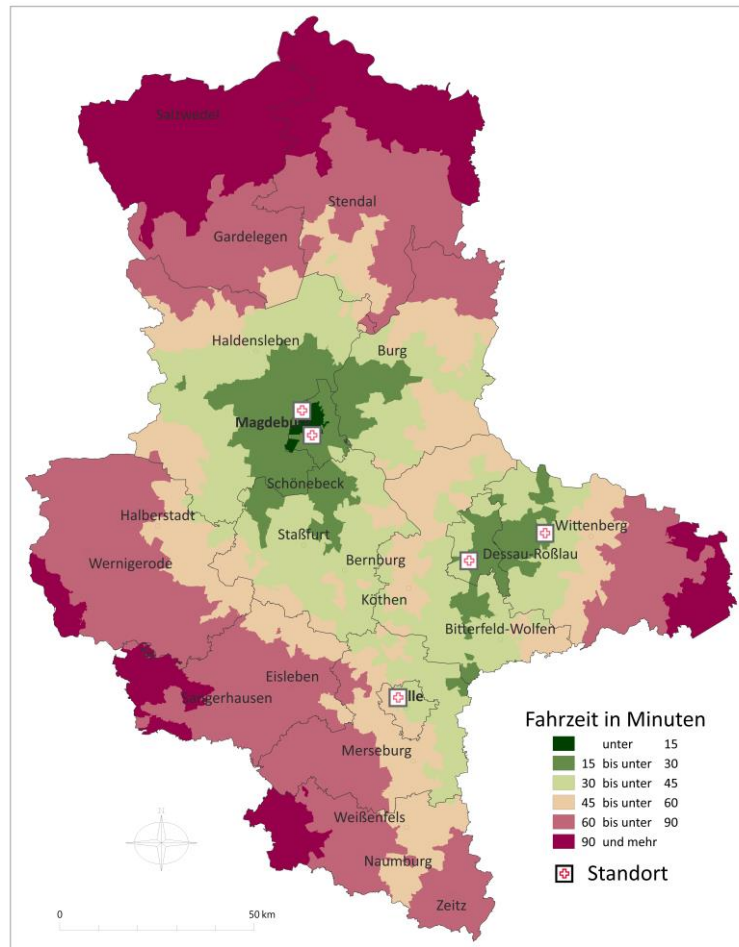


Abbildung 55 Erreichbarkeit eines alternativen Standorts der umfassenden Notfallversorgung²³⁶

Grundsätzlich muss daher in der derzeitigen Versorgungsstruktur in einigen Landesteilen Sachsen-Anhalts für die Behandlung schwerer und schwerster Notfälle entweder von einer erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) beziehungsweise sogar nur einer Basisnotfallversorgung (Stufe 1) und gegebenenfalls einer Verlegung in die Krankenhäuser mit einer umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) unter Einbeziehung der Zentren (Abschnitte 5.2 bis 5.4) einerseits oder andererseits von bedarfsweise langen Anfahrtswegen und Fahrzeiten zu den Standorten der Stufe 3 ausgegangen werden.

Spezielle Notfallversorgung

Gemäß vorliegenden Angaben der Qualitätsberichte nehmen zwei Krankenhäuser an der Speziellen Notfallversorgung und zusätzlich an der allgemeinen Notfallversorgung (erweitert beziehungsweise umfassend) teil. Ein Krankenhaus beteiligt sich an dem Modul der Notfallversorgung für Kinder (Basis). Ein weiteres Klinikum nimmt an den Modulen der erweiterten Notfallversorgung für Kinder, an der Schlaganfallversorgung (SU) sowie der Versorgung der Durchblutungsstörung am Herzen (CPU) teil. Die doppelte Zuordnung zu einer der Stufen der Notfallversorgung und den Modulen der Speziellen Notfallversorgung (Kinder: § 25 Absatz 1, SU: § 27, CPU: § 28 G-BA-Notfallstrukturen) ist im Bedarfsfall zu überprüfen,

²³⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt des Jahres 2020 inkl. Aktualisierung 2021

ist aber nicht Teil des Gutachtens. Darüber hinaus nimmt ein weiteres Klinikum an der der Versorgung der Durchblutungsstörung am Herzen (CPU) teil.²³⁷

Eine Besonderheit stellt die BG Klinikum Bergmannstrost Halle gGmbH als überregionales Traumazentrum der DGU²³⁸ mit Zentraler Notaufnahme dar. Diese kann gemäß § 24 G-BA-Notfallstrukturen dem Modul Schwerverletztenversorgung der erweiterten Notfallversorgung der Stufe 2 zugeordnet werden.²³⁹

Abzugleichen ist darüber hinaus die angegebene Zertifizierung der Krankenhäuser für die SU, CPU und als überregionales Traumazentrum (Abschnitte 5.2 bis 5.4) mit den angegebenen Notfallstufen.²⁴⁰ Des Weiteren kann die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zusätzlich über die Teilnahme am Verletzungsartenverfahren bewertet werden. So nehmen mit Stand 2021 30 Krankenhäuser am Durchgangsarztverfahren (DAV), 17 Krankenhäuser am Verletzungsartenverfahren (VAV) und 4 Krankenhäuser am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) teil.²⁴¹

Die Angaben zur Notfallversorgung sollten durch das MS mit den beteiligten Krankenhäusern und Trägern auf Aktualität validiert werden.

5.1.3.3 Rettungsdienst

Die Rettungsdienste in Deutschland sind zuständig für die Notfallrettung und den Krankentransport. Notfallrettung bezieht sich auf die Versorgung von lebensbedrohlich verletzten oder erkrankten Patientinnen und Patienten, während der Krankentransport die Versorgung von Patientinnen und Patienten bezeichnet, die zwar medizinische Hilfe benötigen, aber nicht in Lebensgefahr schweben.

Der Rettungsdienst ist unter der Nummer 112 erreichbar und wird von regionalen Leitstellen koordiniert. Die Organisation der Rettungsdienste obliegt den Kommunen und wird durch die Landesrettungsdienstgesetze geregelt. Die Finanzierungszuständigkeit liegt bei den Ländern, während die Gesetzlichen Krankenkassen die Fahrkosten der Versicherten übernehmen wobei es zwischen den Bundesländern bei der Abrechnung große Unterschiede gibt.

Im Rahmen des Gutachtens spielt die übergreifende Betrachtung der medizinischen Versorgung von ambulanten und stationären Leistungen im Zusammenspiel mit der Steuerung der Patientenpfade hin zur bedarfsgerechten Versorgung eine wesentliche Rolle. Spielt der Rettungsdienst primär oft eine Rolle bei der Daseinsvorsorge und der Gefahrenabwehr, so wird die Bedeutung bei der medizinischen (Erst-)Versorgung und beim interhospitalen Transport zunehmen. Daher wurden die derzeitigen Voraussetzungen des Rettungsdienstes betrachtet. Die Grundlage bildet dabei das Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (RettdG LSA) von 2012 in der Fassung vom 15. Dezember 2021.

Bodengestütztes Rettungswesen

Im Rahmen des Gutachtens wurde dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung ein Fragenkatalog übermittelt. Dieser wurde an das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium für Inneres und Sport (MI) weitergeleitet und liegt mit Stand vom Januar 2023 ausgefüllt vor. Grundsätzlich gibt es demnach derzeit keine für das gesamte Bundesland zuständige Anlaufstelle zu Fragen der Erfassung, der

²³⁷ Das Mediclin Herzzentrum Coswig verfügt über eine CPU. Die Einstufung ist gegebenenfalls zu überprüfen.

²³⁸ Anforderungen entsprechend den Vorgaben aus dem „DGU Weißbuch Schwerverletztenversorgung“, 3., erweiterte Auflage 2019.

²³⁹ Eigenangaben des BG Klinikums.

²⁴⁰ Grundlage sind die Angaben der Qualitätsberichte für das Zertifizierungsjahr 2022 über trinovis, Filter: Spezial; CPU, SU und überregionales Traumazentrum

²⁴¹ DGUV (2023): Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) - Sachsen-Anhalt, https://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/sav/sav/sav-sachsen-anhalt/index.jsp; zuletzt abgerufen am 01.03.2023.

Qualitätssicherung und Auswertung des Rettungsdienstes. So wird angenommen, dass die Antworten nicht grundsätzlich erfasst, sondern anlassbezogen zusammengestellt wurden.

Die Träger der jeweiligen Standorte der Rettungswachen sind vielfältig und setzen sich aus den einzelnen Eigenbetrieben der Städte oder Landkreise, Rettungsdienstträgern, wie dem Deutschen Roten Kreuz, der Johanniter-Unfall-Hilfe und den Maltesern zusammen. Auch Krankenhäuser, wie das städtische Klinikum Magdeburg oder das Universitätsklinikum Magdeburg sowie die AMEOS Gruppe, die Berufsfeuerwehr und Bietergemeinschaften sind Träger von Standorten.

Betreiber der derzeit 13 Leitstellen sind die Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte. Es handelt sich um Integrierte Leitstellen (ILS) ohne Einbeziehung der Polizei. Die benannten Leitstellen im Rettungsdienst decken unterschiedlich große Flächen und Einwohnerzahlen ab. Mit einer abzudeckenden Fläche²⁴² von einerseits circa 135 km² beziehungsweise 201 km² bei Halle und Magdeburg als den größten Städten sowie von circa 1.400 km² bis 4.700 km² in den Landkreisen und andererseits einer dazugehörigen Einwohnerzahl von circa 90.000 bis zu 234.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (EW) ergeben sich eher kleinteilige und heterogene Einsatzgebiete der Leitstellen.

Die Überprüfung der Leistungsfähigkeit der Rettungsdienstleitstelle ist gemäß § 9 Absatz (9) RettDG LSA von 2012 nach vier Jahren (2016) gefordert. Die Mitglieder einer entsprechenden Kommission wurden durch das MI 2017 berufen und zur Evaluation im selben Jahr beauftragt.²⁴³

Aktuell sind in Sachsen-Anhalt auf Grundlage der Anfrage der Gutachtenden 323 Rettungsdienstfahrzeuge im Einsatz. Von diesen sind 54 Notarzteinsatzfahrzeuge für Notarzt (NEF/NA), 213 Rettungswagen (RTW), 3 Schwerlast-Rettungswagen (S-RTW), 13 Mehrzweckfahrzeuge (MZF), 37 Krankentransportwagen (KTW) sowie 3 weitere Fahrzeuge (Baby-Notarztwagen (BNAW), Intensivtransportwagen (ITW), Leitender Notarzt (LNA)).

Die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V. (BAND) gibt für Sachsen-Anhalt 42 NEF/NA an.²⁴⁴ Damit würde Sachsen-Anhalt bei der Anzahl gemeinsam mit Schleswig-Holstein auf dem letzten Platz der Flächenbundesländer liegen. Selbst bei der oben genannten Anzahl von 54 NEF/NA liegt Sachsen-Anhalt immer noch deutlich im unteren Drittel der Flächenländer in Deutschland.

Im gesamten Gebiet des Bundeslandes gibt es nach Auskunft des MI 168 RTW, mit denen ein 24h-Betrieb erfolgt. Die anderen 45 aufgeführten RTW werden in unterschiedlichsten Zeitmodellen (zum Beispiel in Teilzeit) betrieben oder sind ohne Besatzung und werden nur bei Bedarf eingesetzt. Die RTW werden durch insgesamt 50 MZF und KTW im Land ergänzt, von denen einige auch im 24h-Betrieb eingesetzt werden.

Im Vergleich zu den ähnlich strukturierten (Fläche oder EW) und benachbarten Bundesländer ergibt sich für Sachsen-Anhalt eine geringe durchschnittliche Anzahl an Einwohnern je Leitstelle sowie eine eher kleine durchschnittliche Fläche je Leitstelle. Ähnlich große Bundesländer, wie Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen, haben im Durchschnitt eine mehr als doppelt so große Fläche pro Leitstelle zu betreuen. Andererseits haben Bundesländer mit einer ähnlichen Einwohnerzahl, wie Schleswig-Holstein oder Brandenburg, im Durchschnitt eine mehr als dreimal so hohe Einwohnerzahl pro Leitstelle zu betreuen. Dagegen weisen

²⁴² Wikipedia (2023): Liste der BOS-Leitstellen, https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_BOS-Leitstellen#Baden-W%C3%BCrttemberg_2; zuletzt abgerufen am 09.02.2023.

²⁴³ Pressemitteilungen der Ministerien (2017): Rettungsdienstgesetz Sachsen-Anhalt, Mitglieder der Kommission Leitstellen berufen, https://www.sachsen-anhalt.de/bs/pressemitteilungen/ministerien/?no_cache=1&tx_tsarssinclude_pi1%5Buid%5D=75613&tx_tsarssinclude_pi1%5Baction%5D=single&tx_tsarssinclude_pi1%5Bcontroller%5D=Base, zuletzt abgerufen am 20.02.2023.

²⁴⁴ Blank, I. (2022): Knapp 1.300 Notarztstandorte in Deutschland, [Knapp 1.300 Notarztstandorte in Deutschland | Seite 1 | rettungsdienst.de](#), zuletzt abgerufen am 13.01.2023.

zum Beispiel Thüringen und Niedersachsen ähnliche Verhältnisse bei der durchschnittlichen Fläche je Leitstelle beziehungsweise bei der durchschnittlichen Anzahl der Einwohner je Leitstelle auf (Tabelle 15).

Tabelle 15 Anzahl der Leitstellen im Rettungsdienst mit Bezug auf die durchschnittliche Fläche beziehungsweise Einwohneranzahl für ausgewählte Bundesländer^{245/246}

Bundesland	Anzahl	EW [Mio.]	Fläche [T km ²]	Anzahl EW je Leitstelle [Tausend]	Fläche je Leitstelle [T km ²]
Sachsen-Anhalt	13	2,1	20,5	161	1,6
Schleswig-Holstein	6	2,9	15,8	483	2,6
Mecklenburg-Vorpommern	6	1,6	23,2	266	3,9
Brandenburg	5	2,5	29,7	500	5,9
Sachsen	5	4,0	18,4	800	3,7
Thüringen	12	2,1	16,2	175	1,4
Niedersachsen	33	8,0	47,7	242	1,4

Die im Bundesvergleich hohe Anzahl an Rettungsleitstellen bringt neben den anzunehmenden Herausforderungen einer inhomogenen Daten-, Personal und Ausstattungslandschaft einen hohen Koordinierungsaufwand an den Grenzen der jeweiligen Versorgungsgebiete mit sich. Die große Anzahl an Einsatzfahrzeugen stellt einerseits eine großflächige Verteilung der Transportkapazitäten und eine gute Resilienz bei Ausfall von einem Fahrzeug am Standort dar. Andererseits lässt die Anzahl an Einsatzfahrzeugen und Rettungswachen in Verbindung mit der vergleichsweise hohen Anzahl an Leitstellen einen erhöhten Aufwand bei der Eskalation (zum Beispiel Ausfall Fahrzeug oder Rettungswache, Massenanfall von Verletzten - MANV) über den jeweiligen Standort, den Betreiber und dann gegebenenfalls über die Leitstellen vermuten. Abzusehen sind hier eine enge Fahrzeugkontrolle und eine koordinierte Führung sowie das Vorhalten von Ersatzkapazitäten an benachbarten Standorten durch die Integrierten Leitstellen.

Luftrettung

Neben der Bodenrettung stellt die Luftrettung einen wichtigen Teil der Notfallmedizin für schnelles Eingreifen in Ergänzung der bodengebundenen Rettung dar. Gerade der schnelle Transport von Patientinnen und Patienten zu entsprechenden Notfallzentren und die Versorgung ländlicher Gebiete sind Aufgabengebiete der Luftrettung.

Derzeit stehen für die Luftrettung in Sachsen-Anhalt drei Hubschrauber an zwei Standorten (Halle und Magdeburg) zur Verfügung. Deren Disposition erfolgt durch die Luftrettungsdienstleitstelle Halle (Saale). Für den Primär-Einsatz (Luftrettung mit Notarzt/Notärztin als Rettungstransport) steht am städtischen Klinikum Magdeburg ein durch die DRF Luftrettung betriebener Hubschrauber (RTH: Christoph 36) für Notfalleinsätze im Tagesdienst in den Landkreisen Altmarkkreis Salzwedel, Börde, Harz, Jerichower Land, Salzlandkreis,

²⁴⁵ Wikipedia: Liste der BOS-Leitstellen, https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_BOS-Leitstellen, zuletzt abgerufen am 18.04.2023.

²⁴⁶ Gezählt sind nur die mit Rettungsdienst. Weitere Untersuchungen zu den Angaben waren nicht Gegenstand des Gutachtens.

Stendal und in den kreisfreien Städten Dessau-Roßlau und Magdeburg.²⁴⁷ Dieser erbrachte für 2022 ca. 30.000 abrechenbare Flugminuten und verursachte Kosten von ca. 2,93 Millionen Euro.²⁴⁸

Am Standort Flughafen Halle-Oppin (Landsberg OT Oppin) stehen zwei durch die DRF Luftrettung betriebene Hubschrauber zur Verfügung. Einer (RTH: Christoph Halle - 84) wird sowohl für Primär- als auch für Sekundär-Einsätze (zum Beispiel Verlegungen) bei Notfalleinsätzen im Tagesdienst in den Landkreisen Halle, Saalekreis, Mansfeld, Südharz, Salzlandkreis, Anhalt-Bitterfeld, Wittenberg, Merseburg, Dessau eingesetzt. Des Weiteren steht ein Intensivhubschrauber (ITH: Christoph Sachsen-Anhalt - 85) für Sekundär-Einsätze im 24/7-Betrieb zur Verfügung.²⁴⁹ Beide erbrachten zusammen für 2022 ca. 96.570 abrechenbare Flugminuten und verursachten Kosten von ca. 8,6 Millionen Euro. Für 2023 wird mit Kosten von 88,83 Euro/Flugminute gerechnet.²⁵⁰

In Abbildung 56 sind die Standorte und die Erreichbarkeiten der Luftrettung für Sachsen-Anhalt dargestellt. Gut zu erkennen ist die schnelle Erreichbarkeit im 15-Minuten-Radius (entspricht 60 km) um die beiden Standorte Halle und Magdeburg herum. Laut § 28 Absatz 4 RettDG LSA soll ein Luftrettungsmittel im Umkreis von höchstens 70 km vom Einsatzort stationiert sein. Dies ist mit der derzeitigen Ausstattung vor allem für die nördlichen Teile des Bundeslandes nicht durch entsprechende Luftrettungsmittel Sachsen-Anhalts möglich.

²⁴⁷ DRF Luftrettung (2022): Station Magdeburg, [Station Magdeburg | DRF Luftrettung \(drf-luftrettung.de\)](https://www.drf-luftrettung.de), zuletzt abgerufen am 06.12.2022.

²⁴⁸ Amtsblatt Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, 20. Jahrgang, Nummer 4, S. 14, https://lvwa.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/LVWA/LVWA/Dokumente/1_zentralerservice/103/amtsblatt/2023/2023_04.pdf, zuletzt abgerufen am 18.04.2023.

²⁴⁹ DRF Luftrettung (2022): Station Halle, <https://www.drf-luftrettung.de/8/de/node/527>, zuletzt abgerufen am 06.12.2022.

²⁵⁰ Amtsblatt Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, 20. Jahrgang, Nummer 4, S. 26, https://lvwa.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/LVWA/LVWA/Dokumente/1_zentralerservice/103/amtsblatt/2023/2023_04.pdf, zuletzt abgerufen am 18.04.2023.

Einsatzgebiet und Erreichbarkeit der DRF Luftrettung

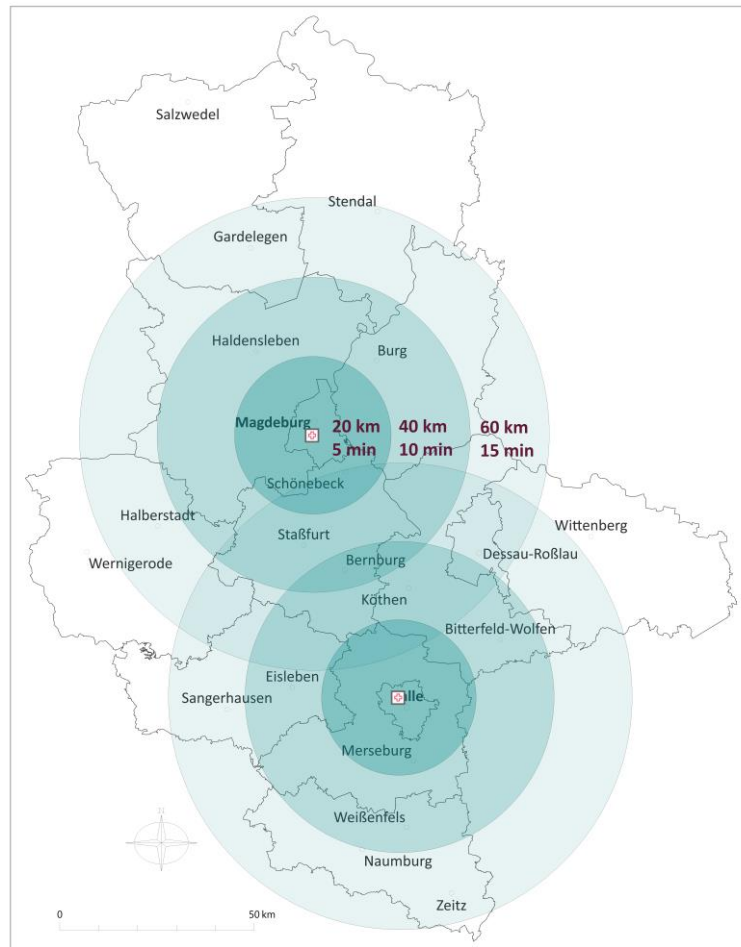


Abbildung 56 Einsatzstandorte und Erreichbarkeit der DRF Luftrettung nach Eigenangaben ²⁵¹

Daher kann gemäß § 32 RettDG LSA eine Versorgung oder Beförderung durch andere, auch an Sachsen-Anhalt angrenzende Luftrettungsdienste (Fremdhubschrauber), erfolgen. Für Sachsen-Anhalt kommen die RTH/ITH-Standorte in Niedersachsen, Thüringen, Sachsen und Brandenburg für eine ergänzende, Landesgrenzen-überschreitende Versorgung infrage.

Eine weitergehende Untersuchung, ob und wie diese Landesgrenzen-überschreitende Versorgung erfolgt, war nicht Teil des Gutachtens.

Um hier Aussagen zur Erreichbarkeit treffen zu können, wurde eine Studie des Deutschlandatlas herangezogen.²⁵² In Deutschland ist mit Stand 2019 grundsätzlich eine flächendeckende Erreichbarkeit am Tag durch Rettungshubschrauber gegeben. So können innerhalb von maximal 15 Minuten Flugzeit in allen Bundesländern 97 bis 100 Prozent der Bevölkerung erreicht werden.²⁵³

In Abbildung 57 erfolgt die Darstellung der Luftrettung mit gestaffelter Erreichbarkeit (dunkelblau: 5 min, blau: 10 min, hellblau: 15 min, rosa: mehr als 15 min). Im Norden und Südwesten von Sachsen-Anhalt kann

²⁵¹ Eigene Darstellung in Anlehnung an die Angaben der beiden Stationen der DRF Luftrettung in Magdeburg und Halle. Siehe Fußnote 40 und 42

²⁵² Deutschlandatlas (2023): Unsere Gesundheitsversorgung - Luftrettung bei Tag, [Der Deutschlandatlas - Karten - Luftrettung bei Tag \(bund.de\)](https://www.deutschlandatlas.de/karten/luftrettung-bei-tag), zuletzt abgerufen am 24.01.2023.

²⁵³ Ebenda.

eine Versorgung innerhalb der 15-Minuten-Frist gerade noch durch Standorte in anderen Bundesländern gewährleistet werden. Grenzregionen im Osten von Sachsen-Anhalt sind jedoch nicht innerhalb dieser Zeit durch landeseigene Standorte oder Standorte in anderen Bundesländern zu erreichen.

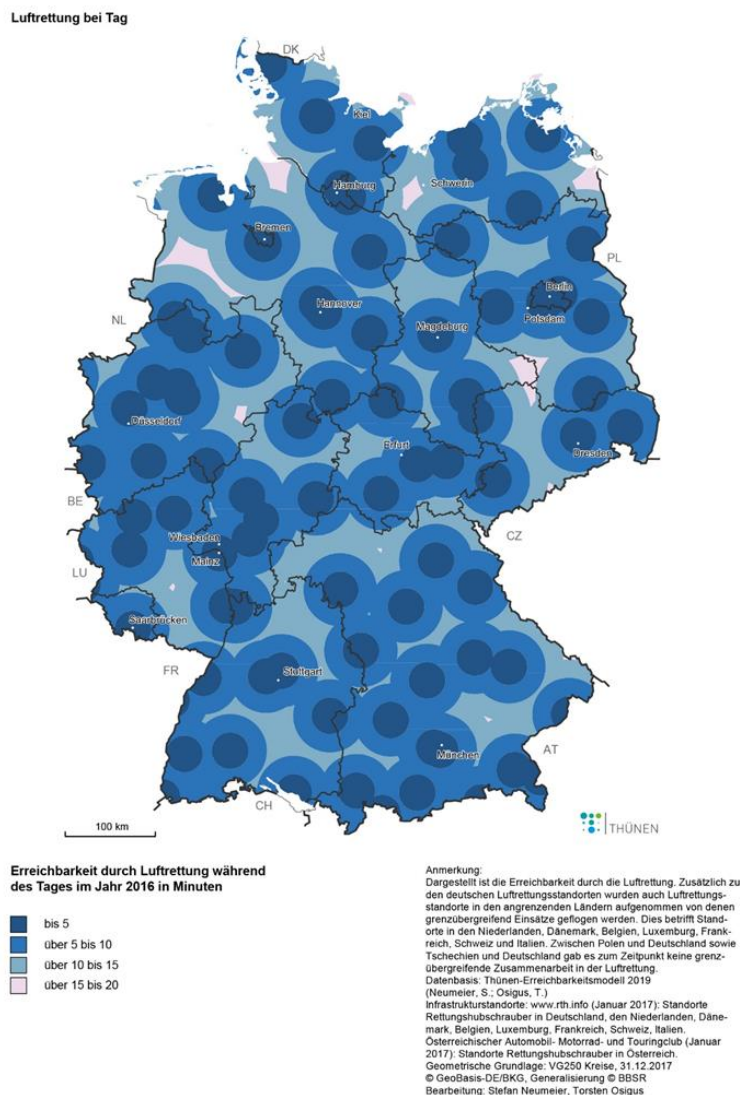


Abbildung 57 Luftrettung in Deutschland bei Tag²⁵⁴

Die Art und Anzahl der Einsätze waren nicht Teil der Untersuchungen des Gutachtens. Es ist nicht ersichtlich, ob und wie eine Abhängigkeit der Versorgung anhand der Einwohnerzahl und der Standorte der Krankenhäuser mit Notfallstufe besteht. Aussagen zu Einsätzen zu anderen Tageszeiten (Nacht, schlechte Sichtbedingungen) liegen den Gutachtenden nicht vor.

Aufgrund der großen Entfernungen im Norden zu Krankenhäusern mit der Möglichkeit komplexe Notfälle zu behandeln (Herzinfarkt, Schlaganfall und Polytrauma) sollten die Stationierung eines weiteren Hub-

²⁵⁴ Deutschlandatlas (2023): Unsere Gesundheitsversorgung - Luftrettung bei Tag, auf Datenbasis Thünen-Erreichbarkeitsmodell 2019 (S. Neumeier, T. Osgus); © Openstreetmap Mitwirkende, [Der Deutschlandatlas - Karten - Luftrettung bei Tag \(bund.de\)](https://www.bund.de/Content/DE/Themen/Infrastruktur/Infrastrukturatlas/Infrastrukturatlas-Karten-Luftrettung-bei-Tag.html), zuletzt abgerufen am 24.01.2023.

schraubers im Norden oder die Erweiterung des Einsatzradius auf bis zu 100 km untersucht werden. Darüber hinaus ist auch eine umfassende 24/7-Einsatzbereitschaft (Nachtflugbetrieb) zu prüfen.²⁵⁵ Dies kann helfen, die primäre Fehlbelegung in nicht geeigneten Krankenhäuser oder Krankenhausstandorte zu verringern.

5.1.4 Prognose

5.1.4.1 Ambulante und stationäre Strukturen und Rettungsmittel

Auf Grundlage der aktuellen, demografischen und strukturellen Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland²⁵⁶ (Abschnitt 1.2) und der Erkenntnisse aus den europäischen Nachbarländern²⁵⁷ sind die Strukturen zur ambulanten und stationären Notfallversorgung anzupassen und die Leistungen auf die medizinischen Anforderungen, Erreichbarkeiten und die Steuerung von Patientenströmen abzustimmen.

Den aktuellen Trends in Medizin und Gesellschaft, wie Ambulantisierung, Digitalisierung und Nachhaltigkeit folgend, ist die Notfallversorgung einerseits auf eine wohnortnahe ambulante Versorgung auszurichten. Beispielsweise durch den Einsatz von Telemedizin und die Möglichkeit zur intersektoralen Datenübermittlung sollten die ambulanten Leistungserbringer mit den Krankenhäusern vernetzt werden, um unter anderem Unterstützung bei der Diagnose und Therapie zu erhalten.

Andererseits ist die Notfallversorgung als Transport und Zubringer im stationären Bereich zu zentralisieren und Versorgungsschwerpunkte sind zu bilden. Dabei stellen die Notaufnahmen der Krankenhäuser die Schnittstelle zwischen der präklinischen und der klinischen Notfallversorgung dar. Aufgaben der Notaufnahme sind daher zum einen die notfallmedizinische Akutversorgung von Patientinnen und Patienten sowie die Abklärung des Bedarfs von weiterer stationärer Versorgung. Zum anderen müssen Patientinnen und Patienten, die dieser Versorgung nicht zwingend bedürfen, entsprechend eingeschätzt und weitergeleitet werden.

Um die Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt zukunftsfähig zu gestalten und den genannten Herausforderungen zu begegnen, sollten die an der Notfallversorgung beteiligten Akteure eng zusammenarbeiten. In der derzeitigen Aufgabenteilung in Sachsen-Anhalt ist das MI für das Rettungswesen als Teil der Gefahrenabwehr zuständig, wohingegen die medizinische Versorgung in den Verantwortungsbereich des MS fällt.

5.1.4.2 Zukünftige Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Das Thema der sektorenübergreifenden Notfallversorgung wird durch die demografische Entwicklung und die sich strukturell andeutende Unterversorgung im ambulanten Bereich in den ländlichen Regionen verstärkt (zum Beispiel durch die Altersstruktur der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, freie Arztstühle auf dem Land). Im Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) zum Thema „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ vom 2. Juli 2018²⁵⁸ wird dargestellt, dass die Notfallversorgung zunehmend im stationären Bereich stattfindet. So werden in Zukunft ambulant indizierte Notfalleleistungen immer öfter in den stationären Versorgungseinrichtungen erbracht.

²⁵⁵ Dahmen, B., et al. (2023): Luftrettung maßgeblicher Faktor, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt, 119(18), S. A806–A812.

²⁵⁶ SVR (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, [Gutachten 2018 - SVR Gesundheit \(svr-gesundheit.de\)](https://www.svr-gesundheit.de), zuletzt abgerufen am 24.01.2023.

²⁵⁷ Augurzky, B. et al. (2018): Notfallversorgung in Deutschland: Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, RWI Projektberichte, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.

²⁵⁸ SVR (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Kurzfassung des Gutachtens, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2018/2018-07-02_SVR-Gutachten_2018_Kurzfassung.pdf, zuletzt abgerufen am 08.12.2022.

Bereits mit dem Entwurf des Gesetzes zur Notfallversorgung von 2019 und dem aktuellen Reformkonzept für Notfallversorgung²⁵⁹ der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom Februar 2023 vonseiten des BMG zur Einrichtung Integrierter Notfallzentren (INZ) wird grundsätzlich die Stärkung zentraler Standorte in dem gemäß G-BA bestehenden Notfallstufensystem angestrebt. Ziel soll dabei sein, dass bestehende Bereitschaftsdienst- und Portalpraxen²⁶⁰ sukzessive vollständig in INZ überführt werden.

Inzwischen wurden dazu mehrere Stellungnahmen und Diskussionsentwürfe zur Reform der Notfallversorgung vom BMG vorgelegt. INZ sollen aus einer Notaufnahme des Krankenhauses, einer KV-Notfallpraxis sowie einem „gemeinsamen Tresen“ als zentrale Ersteinschätzungsstelle bestehen.

Ziel dieser Vorschläge ist es unter anderem, einerseits die Möglichkeit zu nutzen, ambulante Versorgungslücken durch vorhandene stationäre Versorgungseinrichtungen zu schließen und für diese ein entsprechendes Entlohnungssystem zur Erbringung der Ersatzleistung im ambulanten Sektor zu etablieren. Andererseits soll die Struktur der Krankenhausstandorte genutzt werden, um gegebenenfalls bei der Schließung eines Krankenhausstandortes die ambulante Leistung als ambulantes Versorgungszentrum oder als unterstützend finanziertes Sicherstellungshaus der Grundversorgung zu nutzen.

5.1.4.3 Maßnahmenkatalog

Folgende Maßnahmen werden entlang des Patientenpfades zur Umsetzung vorgeschlagen:

Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Dadurch, dass die Notfallversorgung in Deutschland auf drei Säulen basiert (Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen), ist für die Patientinnen und Patienten nicht immer ersichtlich, an wen sie sich im Notfall wenden sollen. Durch Mittel der Selbstinformation (zum Beispiel Werbung, Broschüren, Online-Angebote, Apps) sollten die jeweiligen Verantwortungsbereiche transparent gemacht und Ansprechpartner benannt werden.

Wichtig wäre hier, dass die Bevölkerung über die Möglichkeiten der unterschiedlichen Telefonnummern zur richtigen Wahl der notwendigen Versorgung hingewiesen wird. Dies kann weitreichende Wirkung bei der Steuerung von Notfällen haben. Insbesondere auf die Möglichkeiten des telefonischen Erstkontakts sollte durch Information über verschiedene Medien verstärkt hingewiesen werden. Neben der 112 (Nummer des Rettungsdienstes mit 13 Leitstellen in Sachsen-Anhalt) existiert seit einigen Jahren die 116 117 (mit einer Leitstelle in Sachsen-Anhalt²⁶¹). Hierbei handelt es sich um die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, der durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) organisiert und beworben wird und 24/7 erreichbar ist.

²⁵⁹ Bundesministerium für Gesundheit (2023): [Neues Reformkonzept für Notfallversorgung \(bundesgesundheitsministerium.de\)](https://www.bundesgesundheitsministerium.de), S. 10, zuletzt abgerufen am 13.02.2023.

²⁶⁰ Eine Portalpraxis befindet sich in der Regel am Standort des Krankenhauses und soll zunächst eine Einstufung der Schwere und der Dringlichkeit der Behandlung durchführen. Bei schweren Erkrankungen oder einer notwendigen stationären Weiterbehandlung können die Patientinnen und Patienten an die Notaufnahme oder die entsprechende Fachabteilung im Krankenhaus weitervermittelt werden.

²⁶¹ Aussage aus Kurzkomentierung der Vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung durch die KVSA: Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland - Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, S. 3.

So plant beispielsweise Niedersachsen im aktuellen Koalitionsvertrag²⁶² eine Zusammenführung der Notrufnummer 112 und der Servicenummer 116 117 in gemeinsamen Notfallleitstellen, was zu einer Verbesserung der Nutzung von Kapazitäten für den Behandlungsbedarf führen soll. Dies könnte auch für Sachsen-Anhalt eine Möglichkeit zur Verbesserung sein. Es sind allerdings auch Bestrebungen dahingehend zu erkennen, eine technische Lösung für die digitale Fallweitergabe zwischen den beiden Notfallnummern zu ermöglichen.²⁶³

Zudem sind Vorgaben und Abläufe der Notfallbehandlung transparent darzustellen und die jeweiligen Ansprechpartner zu benennen, die dann bestenfalls keiner zeitlichen Reglementierung unterliegen, sondern 24/7 zur Verfügung stehen. Dies kann sowohl auf der Landesebene als auch bundesweit erfolgen. Damit kann eine patienteneigene Auswahl der Versorgung verbessert werden.

Lenkung der Patientenströme

Aufgrund der Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten erfolgt derzeit in Deutschland oftmals eine eigenverantwortliche, direkte und eigenmächtige Inanspruchnahme von Notfallversorgungsleistungen. Dabei ist allgemein vermehrt eine Nutzung von Zentralen Notaufnahmen als erste Anlaufstelle beim Behandlungsbedarf zu beobachten.²⁶⁴

Wegen der anteilig nicht notwendigen Nutzung der klinischen Notaufnahmen durch die Patientinnen und Patienten sowie der Überlastung der Notaufnahmen ist eine bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten erforderlich. In Abbildung 58 ist der typische Patientenpfad in Deutschland schematisch dargestellt.

²⁶² SPD Niedersachsen (2022): Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) Landesverband Niedersachsen und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Niedersachsen- 2022 – 2027, https://www.spdnds.de/wp-content/uploads/sites/77/2022/11/Koalitionsvertrag_2022_2027_Web-1.pdf, S. 80, zuletzt abgerufen am 06.12.2022.

²⁶³ Newsletter Messenger 11617 des ZI: EINE Schnittstelle für die digitale Fallweitergabe zwischen 116117 und 112, <https://www.zi.de/themen/it-und-data-science/messenger116117>, zuletzt abgerufen am 20.02.2023.

²⁶⁴ Springer Medizin Verlag GmbH (2019): Patientensteuerung von Notfallpatienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko. Ein Vergleich fünf europäischer Länder, <https://www.springermedizin.de/patientensteuerung-von-notfallpatienten-mit-niedrigem-gesundheit/16970146>, zuletzt abgerufen am 06.12.2022.

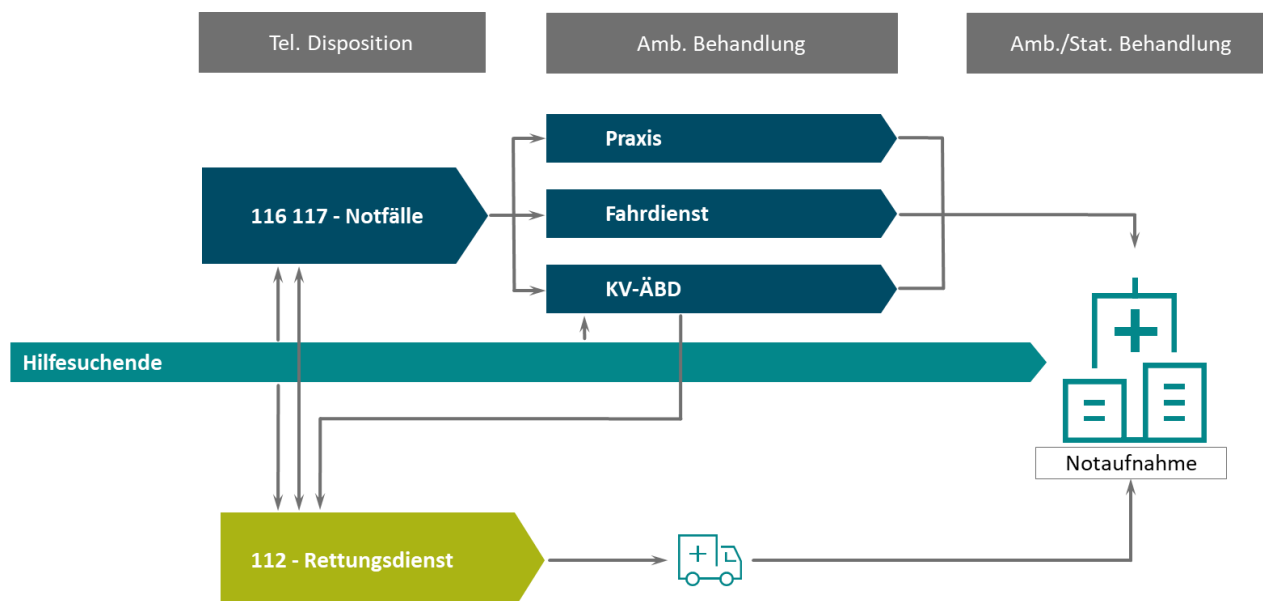


Abbildung 58 Schematische Darstellung des Patientenpfads von Notfallpatienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko in Deutschland (nach Dodt & Roßbach-Wilk)²⁶⁵

Im Grundsatz sollte eine frühzeitige und bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten sowie die daraus resultierende Verteilung der Notfälle auf die folgenden Versorgungsebenen angestrebt werden^{266/267}:

- Telefonische Beratung
- Bereitschaftspraxis
- Hausbesuch
- Portalpraxis in einem Krankenhaus
- Klinikambulanz
- Gestufte Notfallversorgung

Durch eine vermehrte Nutzung oder sogar eine grundsätzliche Vorschaltung einer strukturierten medizinischen Ersteinschätzung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst, wie mittels „Strukturierter medizinischer Ersteinschätzung in Deutschland“ (SmED)²⁶⁸, einerseits und eine gleichartige Ersteinschätzung aufseiten der Leitstellen andererseits, kann eine Lenkung der Patientenströme hin zu einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung erreicht werden. Dabei ist insbesondere die Steuerung von Patientinnen und Patienten mit einem geringen medizinischen Risiko hin zu den allgemein-/primärärztlichen Versorgungseinrichtungen anzustreben.^{269/270}

²⁶⁵ Notfall + Rettungsmedizin (07/2019) Springer Medizin Verlag GmbH): Patientensteuerung von Notfallpatienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko. Ein Vergleich fünf europäischer Länder, <https://www.springermedizin.de/patientensteuerung-von-notfallpatienten-mit-niedrigem-gesund-heit/16970146>, zuletzt abgerufen am 06.12.2022.

²⁶⁶ Messerle, R.; Schreyögg, J.; Gerlach, F.M. (2021): Patientenorientierte Notfallsteuerung, erschienen in: Krankenhaus-Report 2021, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 43-67.

²⁶⁷ SVR (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

²⁶⁸ Strukturierte systematische Abfrage von Symptomen in Kombination mit Risikofaktoren, wie Alter, Geschlecht und Begleitbeschwerden.

²⁶⁹ SVR (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

²⁷⁰ Messerle, R.; Schreyögg, J.; Gerlach, F.M. (2021): Patientenorientierte Notfallsteuerung, erschienen in: Krankenhaus-Report 2021, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 43-67.

Darüber hinaus sollte der Einsatz einheitlich zur Verfügung stehender Systeme zur Visualisierung, und Übergabe von Informationen und Daten zwischen den an der Rettungskette beziehungsweise Notfallversorgung Beteiligten (zum Beispiel über den interdisziplinären Versorgungsnachweis - Ivena) über Zuständigkeits- und Kreisgrenzen hinaus genutzt werden, um eine möglichst bedarfsgerechte Notfallversorgung zu ermöglichen.

Entlastung der Notaufnahmen

Mit der Lenkung der Patientenströme kann eine primär präklinische Entlastung der Notaufnahmen erreicht werden, da diese von weniger Patientinnen und Patienten angelaufen werden. Darüber hinaus kann eine sekundäre Entlastung der Kapazitäten der stationären Notfallversorgung erreicht werden, wenn eine niedrigschwellige Steuerung von Patientinnen und Patienten nach Einschätzung des medizinischen Risikos vor Ort hin zur bedarfsgerechten Versorgung erfolgt. Dies kann beispielsweise durch die konsequente Nutzung der Integrierten Notfallzentren für eine sektorenübergreifende Versorgung erfolgen.

So wird der Paradigmenwechsel von der festgelegten Hilfsfrist („response time to treatment“) zur versorgungsgerechten Hilfe („time to the right care, right time, and right place“) auch im Modell der Studie „Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland“²⁷¹ beschrieben. Es ist zu überlegen, an welchen Stellen der Rettungskette die Kriterien der richtigen Versorgung („right care“), der richtigen Zeit („right time“) und der richtigen gesundheitlichen Einrichtung („right place“) gelten.

Mit dem grundsätzlich zu fordernden Notruf wird dann durch die Disponentinnen und Disponenten der Versorgungsbedarf festgestellt und anschließend die Dringlichkeit abgestimmt, um die richtige gesundheitliche Einrichtung in der richtigen Zeit zu erreichen.²⁷²

In Abbildung 59 wird der angestrebte Paradigmenwechsel in der Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten über den Notruf dargestellt.

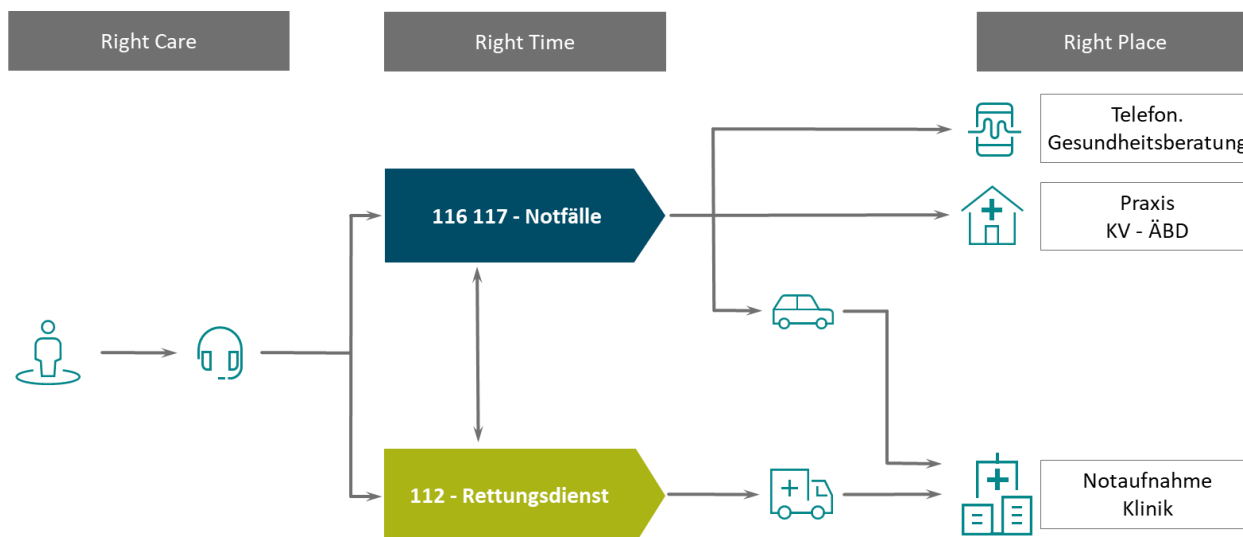


Abbildung 59 Versorgungsverlauf von Patientinnen und Patienten, inklusive angestrebter Paradigmenwechsel (adaptiert gemäß Seattle Fire Department, n. d.)²⁷³

²⁷¹ Krafft et. al. (2022): Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh/Winnenden.

²⁷² Ebenda, S. 137.

²⁷³ Ebenda, S. 137.

Darüber hinaus können unterstützende Versorgungskonzepte im ambulanten Bereich für eine immer ältere und im Land verteilte Bevölkerung, zum Beispiel eine verstärkt und flächendeckende telemedizinische Versorgung²⁷⁴, Konsile bei der Ersteinschätzung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern (wie in NRW²⁷⁵), oder eine Erstversorgung durch „Gemeindenotfallsanitäter“ (Pilotprojekte in Gräfenhainichen/Wittenberg²⁷⁶, Burgenlandkreis²⁷⁷) zu einer Entlastung für Patientinnen und Patienten, Rettungsdienste und Notaufnahmen bei der Diagnose und Therapie sowie beim Transport führen.

Räumliche Zusammenfassung

Die haus- und allgemeinärztliche Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten mit niedrigem Risiko für eine ambulante Notfallversorgung wird sich einerseits in der Tendenz immer mehr an die Standorte der vorhandenen stationären Notfallversorgung annähern, da ein schnelle und gemeinsame Nutzung von Ressourcen und Daten sowie eine Vertretungsregelung so leichter zu realisieren sind. Insofern sind an den Standorten einer zukünftigen Notfallversorgung Räumlichkeiten zu schaffen beziehungsweise zu nutzen, die dieser Zusammenarbeit gerecht werden.

Dies kann zum Beispiel im Rahmen einer Sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung (SaN)²⁷⁸, wie sie in Hessen als Modellprojekt gestartet wurde, oder einer sektorenübergreifenden und landkreisübergreifenden Versorgung, wie in der Modellregion Südwürttemberg²⁷⁹ vorgestellt, erfolgen. Dabei ist die wohnortnahe ambulante Versorgung in Verbindung mit einer niedrigstufigen Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten mit geringem Gesundheitsrisiko als zukunftsfähige Versorgungsstruktur nicht zu vernachlässigen. Hier ist bei gemeinsamer Führung und Distribution über Integrierte Leitstellen in enger Zusammenarbeit mit der ambulanten hausärztlichen Versorgung und gegebenenfalls niedrigschwelligen Versorgung über die bereits genannten „Gemeindenotfallsanitäte“ möglich.

Spezialisierung und Differenzierung im Rettungsdienst

Der in Deutschland eingesetzte Rettungsdienst ist für die Erbringung von Leistungen bei „klassischen“ präklinischen traumatologisch-chirurgischen sowie internistischen Notfällen großflächig aufgestellt. Eine darüber hinaus anfallende Versorgung kann einerseits im niedrigschwelligen Bereich beispielsweise durch „Gemeindenotfallsanitäter“ oder andererseits in sozialen beziehungsweise psychiatrischen Notfällen durch psychiatrische Spezialeinheiten und einen Krankenwagen speziell für soziale Problemfälle den „klassischen“ Rettungsdienst entlasten. Dieser kann dann die gezielte, über zentrale Leitstellen gesteuerte Versorgung und den perspektivisch vermehrten Transport zur bedarfsgerechten Stufe der Notfallversorgung gewährleisten.

Es ist zu überlegen und zu bewerten, wie die gegebenenfalls niedrigschwellige Versorgung oder die Versorgung von sozialen beziehungsweise psychiatrischen Notfällen in Sachsen-Anhalt erfolgen kann. Möglich

²⁷⁴ KMA Online (2023): Landkreistag will Telenotärzte flächendeckend einsetzen, [Niedersachsen: Landkreistag will Telenotärzte flächendeckend einsetzen – kma Online \(kma-online.de\)](https://www.kma-online.de); zuletzt abgerufen am 14.03.2023.

²⁷⁵ eGesundheit.nrw (2021): Optimal@NRW – Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr, <https://egesundheit.nrw.de/projekt/optimalnrw/>, zuletzt abgerufen am 08.12.2022.

²⁷⁶ KMA Online (2023): Ersatz für Rettungswagen, Trumpfkarte Gemeindenotfallsanitäter, <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/in-graefenhainichen-sollen-gemeindenotfallsanitaeter-den-rettungsdienst-entlasten-49258>, zuletzt abgerufen am 08.02.2023.

²⁷⁷ Schmitz-Eggen, L. (2023): Gemeindenotfallsanitäter bald auch im Burgenlandkreis, <https://www.rettungsdienst.de/news/gemeindenotfallsanitaeter-bald-auch-im-burgenlandkreis-70496>, zuletzt abgerufen am 09.03.2023

²⁷⁸ Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2022): Projekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ gestartet, <https://www.hessen.de/presse/projekt-sektoreneuebergreifende-ambulante-notfallversorgung-gestartet>, zuletzt abgerufen am 14.10.2022.

²⁷⁹ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2023): Modellprojekt zur Sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg, [Sektorenübergreifende Versorgung: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](https://www.baden-wuerttemberg.de), zuletzt abgerufen am 21.01.2023.

wäre hier eine Anwendung der Experimentierklausel des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt mit wissenschaftlicher Begleitung und Validierung.

Validierung Rettungsdienstleitstelle

Die im RettDG LSA von 2012 geforderte Überprüfung der Leistungsfähigkeit der Rettungsdienstleitstelle (§ 9 Absatz 9 RettDG LSA) gewährleistet eine Standortbestimmung und Entwicklung der notwendigen und bedarfsgerechten Strukturen, insbesondere hin zu gemeinsamen Integrierten Leitstellen,²⁸⁰ und kann Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Strukturen sein.

Grundsätzlich ist die relativ große Anzahl der Rettungsleitstellen zu hinterfragen und gegebenenfalls sollte eine Reduzierung der Standorte bei einer gleichzeitig landkreisübergreifenden Versorgungsaufgabe, zum Beispiel in der Struktur der Planungsregionen des Landes Sachsen-Anhalt mit einem durch das Land vorgegebenen Patientenpfad, inklusive der Verlegung (ambulant/stationär) und dem interhospitalen Transfer (Boden/Luft), eines der Ziele einer bedarfsgerechten Notfallversorgung sein.²⁸¹

Eine Weiterführung der Validierung, die Durchführung entsprechender Studien und Untersuchungen oder auch eine Institutionalisierung, wie die Stelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst des Ministeriums des Inneren für Digitalisierung und Kommunen Baden-Württemberg (SQR-BW),²⁸² kann darüber hinaus grundlegende Erkenntnisse und Transparenz über die Strukturdaten und die Leistungsfähigkeit der gesamten Rettungskette bringen sowie im Falle der SQR-BW eine trägerübergreifende Qualitätssicherung zur Verfügung stellen.

Ziel sollte auch hier eine engere Verzahnung von allen an der Notfallversorgung Beteiligten über die Ressourcengrenzen hinweg sein.

Strukturanalyse Luftrettung

Im Rahmen der Strukturierung der bodengestützten Notfallrettung sowie der sich ändernden Klinikstruktur wird die ganzheitliche Betrachtung der Rettungskette und der Erreichbarkeit insbesondere der Standorte zur umfassenden oder speziellen Notfallversorgung in einem Flächenland wie Sachsen-Anhalt eine zunehmend bedeutsame Aufgabe. Besonders der luftgestützte interhospital Transfer im Norden von Sachsen-Anhalt stellt zukünftig eine Herausforderung für eine koordinierte Versorgung dar.

Daher wird empfohlen, auf Grundlage der bisherigen Standorte und Einsatzszenarien der Luftrettung und der dann zur Verfügung stehenden aufbereiteten Einsatzdaten des bodengestützten Rettungsdienstes der Leitstellen eine Struktur- und Bedarfsanalyse (zum Beispiel wie in Baden-Württemberg²⁸³) durchführen zu lassen, die die präklinische Versorgung aktuell bewertet und Handlungsempfehlungen zu Standorten, zur Ausstattung und zum Versorgungsauftrag der Luftrettung, besonders im Norden Sachsen-Anhalts, aufzeigt.

Des Weiteren liegen zum Beispiel aus dem Projekt „PrimAIR“²⁸⁴ Erkenntnisse zur Anwendung unter anderem in dünn besiedelten Regionen und als Alternative zur Bodenrettung vor, die auch für Sachsen-Anhalt herangezogen werden können.

²⁸⁰ Handbuch zum Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt vom 18.12.2012, S. 33 ff.

²⁸¹ Schmitz-Eggen, L. (2021): Sachsen-Anhalt: Barmer fordert weniger Leitstellen und mehr Ersthelfer, <https://www.rettungsdienst.de/news/sachsen-anhalt-barmer-fordert-weniger-leitstellen-und-mehr-ersthelfer-65711>, zuletzt abgerufen am 27.03.2023.

²⁸² Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW) (2022): Qualitätsberichte, <https://www.sqrbw.de/>, zuletzt abgerufen am 08.12.2022.

²⁸³ Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) - Klinikum der Universität München (2020): Struktur- und Bedarfsanalyse der Luftrettung in Baden-Württemberg, https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-im/intern/dateien/pdf/20200727_Strukturanalyse_Luftrettung_Baden-Wuerttemberg_2020.pdf, zuletzt abgerufen am 06.12.2022.

²⁸⁴ Projekt PrimAIR (2016): Ergebnisse von PrimAIR veröffentlicht!, <https://www.projekt-primair.de/aktuelles/>, zuletzt abgerufen am 23.02.2023.

Politische Willensbildung

Im Koalitionsvertrag auf Bundesebene von 2021²⁸⁵ und auch in dem einzelner Länder, wie zum Beispiel Niedersachsen²⁸⁶, finden sich u.a. folgende politische Absichtserklärungen:

- eine Stärkung des Rettungsdienstes durch die angestrebte Aufnahme in das Sozialgesetzbuch V als eigene Säule der „mobilen“ medizinischen Versorgung (neben der ambulanten und stationären) sowie
- eine Stärkung der Angebote der Daseinsvorsorge in benachteiligten Kommunen und Stadtteilen sowie unterversorgten Regionen und
- die zentralisierte Steuerung über Rettungsleitstellen sowie den Einsatz von standardisierten Ersteinschätzungssystemen, Telemedizin und einen telefonischen Erstkontakt.

Hier ist weiterhin das bereits 2018 veröffentlichte Gutachten des Sachverständigenrates²⁸⁷ über die zukünftige Gestaltung der Notfallversorgung zu nennen, das diese Themen bereits umfassend herausgestellt hat. Es ist gewünscht und gefordert, dass die Notfallversorgung eine bedarfsgerechte Rolle bei der strukturierten Versorgung spielt.²⁸⁸ Dabei wird besonders auf Landesebene eine stärkere Richtlinienkompetenz bis hin zur notwendigen Standortentscheidung für die stationäre Notfallversorgung und die präklinischen Prozesse sowie Standorte abzusehen sein.

Die aktuellen Darstellungen für ein „Neues Reformkonzept für Notfallversorgung“²⁸⁹ der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom Februar 2023 empfehlen die flächendeckende Etablierung Integrierter Leitstellen (ILS)²⁹⁰ sowie Integrierter Notfallzentren²⁹¹ in Verantwortung der Bundesländer. Diese Stellungnahme der Regierungskommission befindet sich derzeit in der Diskussion zwischen Bund und den Ländern.

Darüber hinaus wird vorgeschlagen, in dünn besiedelten Gebieten – sofern eine regionale Notwendigkeit besteht –, INZs oder 24/7-Medizinische Versorgungszentren (MVZs) mit telemedizinischer Anbindung an ein INZ auch an Notfallkrankenhäusern der Basisnotfallversorgung aufzubauen.²⁹² Ob und wie dies politisch umzusetzen ist oder finanziert werden soll, kann hier nicht abgeschätzt werden.

Zukünftig sollte auch in Sachsen-Anhalt an der Umsetzung bereichsübergreifender Ideen weiterhin gearbeitet und Maßnahmen sollten miteinander abgestimmt werden. Dazu wurden bereichsübergreifende Ideen für Maßnahmen, die Auswirkungen auf die gesamthaft betrachtete Notfallversorgung unter anderem im Koalitionsvertrag Sachsen-Anhalts²⁹³ zwischen den Regierungsparteien als Ziele für ein krisenfestes Gesundheitssystem definiert:

- die Stärkung der ländlichen Regionen zur Sicherung der ambulanten Daseinsversorgung,

²⁸⁵ Bundesregierung (2021): Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). [Koalitionsvertrag \(bundesregierung.de\)](#), S. 85, zuletzt abgerufen am 24.01.2023.

²⁸⁶ SPD Niedersachsen (2022): Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) Landesverband Niedersachsen und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Niedersachsen- 2022 – 2027, https://www.spdnds.de/wp-content/uploads/sites/77/2022/11/Koalitionsvertrag_2022_2027_Web-1.pdf, S. 80, zuletzt abgerufen am 06.12.2022.

²⁸⁷ SVR (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, [Gutachten 2018 - SVR Gesundheit \(svr-gesundheit.de\)](#), zuletzt abgerufen am 24.01.2023.

²⁸⁸ Bertelsmann Stiftung (2022): Neuordnung der Notfallversorgung: Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten zur Entwicklung einer umsetzbaren Reform, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S.14.

²⁸⁹ Bundesministerium für Gesundheit (2023): Neues Reformkonzept für Notfallversorgung - Lauterbach: Patienten in Not schnell und effektiv helfen, [Neues Reformkonzept für Notfallversorgung \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#), S. 10, zuletzt abgerufen am 13.02.2023.

²⁹⁰ Bundesministerium für Gesundheit (2023): Neues Reformkonzept für Notfallversorgung - Lauterbach: Patienten in Not schnell und effektiv helfen, [Neues Reformkonzept für Notfallversorgung \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#), S. 12 ff., zuletzt abgerufen am 13.02.2023.

²⁹¹ Ebenda, S. 16 ff.

²⁹² Ebenda, S. 11.

²⁹³ CDU Sachsen-Anhalt (2021): Koalitionsvertrag - 2021 – 2026, https://www.cdulsa.de/sites/www.cdulsa.de/files/publikationen/finaler_koalitionsvertrag.pdf, S. 33 ff., zuletzt abgerufen am 20.02.2023.

- die Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen,
- die Strategieentwicklung zur modellhaften Einführung einer Gesundheitsregion im Land und
- die Umsetzung neuer Versorgungsmodelle, wie ambulant-stationäre Gesundheitszentren.

Weiterhin wird aus Erfahrungen der Covid-Pandemie angestrebt,

- die intersektorale Zusammenarbeit zwischen der präklinischen und klinischen Patientenversorgung erleichtern,
- die vorhandenen Schnittstellenprobleme zu beseitigen
- Pilotprojekt zur Einführung eines Telenotarztes initiieren und bei Bewährung landesweit zu etablieren und
- ein Modellprojekt für ein (Herzinfarkt-)Netzwerk zur Übermittlung präklinischer diagnostischer Daten zu initiieren.²⁹⁴

Darüber hinaus soll im Rettungsdienst

- die Absicherung personeller Ressourcen berücksichtigt werden,
- der landesweite Einsatz digitaler Unterstützung (Telemedizin, Dokumentation) und die Möglichkeiten einer erweiterten Luftrettung ermöglicht werden und
- eine Experimentierklausel im RettDG LSA verankert werden.²⁹⁵

5.1.4.4 Auswirkungen auf die Standorte der jeweiligen Stufen der Notfallversorgung

Grundsätzlich ist aufgrund der heterogenen Bevölkerungsdichte (Abschnitt 2.1) die Betrachtung von Einzugsgebiet und Erreichbarkeit gerade in der Altmark und den Grenzregionen Sachsen-Anhalts zu spezifizieren, der wohl eher mit innovativen und steuernden Ideen der Notfallversorgung als mit einer erhöhten Standortanzahl an Krankenhäusern mit angebotener Notfallversorgung begegnet werden sollte. Dabei ist für eine flächendeckend schnelle Erreichbarkeit die Verteilung der Standorte von Krankenhäusern der Stufe 2 und 3 gerade für die Bereiche in der Altmark und den Grenzregionen durch die im Durchschnitt längeren Fahrzeiten nicht ausreichend.

Während im Harz durch die vorhandenen Standorte der Stufe 2 eine gute Erreichbarkeit und Versorgung im Notfall angenommen werden kann, sind in der Altmark – mit nur einem Standort der Stufe 2 – längere Fahrzeiten für eine erweiterte und für alle benannten Gebiete zum Teil sehr lange Fahrzeiten für eine umfassende Notfallversorgung anzunehmen.

Im Konzert der oben geschilderten Maßnahmen kann es zu einer Neuorientierung und bedarfsgerechten Lenkung der Patientenströme und damit zu einer Restrukturierung der gestuften Notfallversorgung (mobil/ambulant/stationär) in Sachsen-Anhalt kommen. Die Aufgaben der überregionalen Koordination für Diagnostik, Transport zu den jeweiligen Zentren mit der dortigen bedarfsgerechten Behandlung sollten durch das Land festgelegt werden.

Es ist zu erwarten, dass die zielgerichtete Umsetzung dieser Maßnahmen einerseits zur Entlastung des mobilen Rettungsdienstes und der stationären Notaufnahmen und andererseits zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer (Notfall-)Versorgung hin zu einer Stärkung des Gesamtsystems im Gesundheitswesen führen können. Mittelfristig ist eine durch das Land initiierte

²⁹⁴ ²⁹⁴ CDU Sachsen-Anhalt (2021): Koalitionsvertrag - 2021 – 2026, https://www.cdulsa.de/sites/www.cdulsa.de/files/publikationen/finaler_koalitionsvertrag.pdf, S. 38, zuletzt abgerufen am 20.02.2023.

²⁹⁵ ²⁹⁵ CDU Sachsen-Anhalt (2021): Koalitionsvertrag - 2021 – 2026, https://www.cdulsa.de/sites/www.cdulsa.de/files/publikationen/finaler_koalitionsvertrag.pdf, S. 107, zuletzt abgerufen am 20.02.2023.

vorgabengesteuerte Verteilung der Notaufnahmen bei gleichzeitiger Einhaltung angepasster und standardisierter Entscheidungs- und Patientenwege als der optimale Weg zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Notfallversorgung im Land Sachsen-Anhalt erstrebenswert.

Dabei sind diese grundsätzlichen Vorgaben für eine Ausrichtung der Notfallversorgung – ambulant vor stationär – und bei der stationären Basisversorgung – lokal vor zentral – zu diskutieren und im Sinne des Patientenpfades und seiner Steuerung umzusetzen. Bei einem erhöhten Schweregrad der Notfallversorgung kann nur eine zentrale Versorgung an den bestehenden Standorten der Stufen 2 und 3 oder der vorhandenen, noch zu stärkenden Standorte (Stufe 1 zu 2) eng verbunden mit einer zentral gesteuerten Verteilung und einem Transport der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten das Ziel sein.

Um eine verbesserte Notfallversorgung der schwerer erreichbaren Regionen zu entwickeln, wird zum einen vorgeschlagen, zu diskutieren, ob Standorte im Norden, wie Salzwedel oder Gardelegen, im Süden, wie Sangerhausen oder Querfurt, sowie im Osten, wie Wittenberg, zu entwickeln und gegebenenfalls zu stärken sind. Dies hat dann aber auch weitreichende Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Standortes bei der Bereitstellung von Ressourcen, Personal, finanziellen Mitteln und Ausstattung. Die Notfallversorgung an diesen Standorten und allen anderen für die bedarfsgerechte Versorgung notwendigen Standorten muss dann gegebenenfalls über die Finanzierung der Fälle mithilfe einer Vorhaltung von Mehrkosten erfolgen, um diese Leistungen anbieten zu können.

Zum anderen kann unter der Annahme, dass kein Standort der umfassenden Notfallversorgung im nördlichen und westlichen Teil Sachsen-Anhalts entstehen wird, nur eine Stabilisierung und gegebenenfalls erweiterte Diagnostik an den Standorten der Stufen 1 und 2 (Unterstützung durch flächendeckender Telemedizin) und ein dann dazu benötigter standortübergreifender, bedarfsgerechter (auch Luft-) Transport zu den vorhandenen Standorten der Stufe 3 angestrebt werden. Die Standorte der Stufe 3 sind dazu bei der niedrigschwelligen Notfallversorgung zu entlasten, um genügend bedarfsgerechte Kapazitäten zur Verfügung zu haben.

5.1.5 Zusammenfassung

In diesem Abschnitt wurden auf Basis der vorhandenen Datenlage die Standorte und die Erreichbarkeit der Krankenhäuser mit Notfallstufe sowie des Rettungswesens analysiert. Dabei sind die Standorte der Krankenhäuser im Bereich der Basisnotfallversorgung im Allgemeinen bedarfsgerecht für das Bundesland.

Ein Wegfall von Standorten oder eine Abmeldung der Notfallversorgung der beteiligten Krankenhäuser kann zum Teil weitreichende Folgen für die bedarfsgerechte Erreichbarkeit haben. Das erste Ziel sollte daher die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Notfallversorgung in der Fläche sein.

Bei der darüberhinausgehenden gestuften Notfallversorgung bestehen teilweise lange Anfahrtszeiten, die gegebenenfalls durch eine im Einzelfall mögliche Heraufstufung und Stärkung der Standorte im Leistungsportfolio verbessert werden könnten. Hier kann nur eine innovative Versorgung mittels flächendeckender Telemedizin auch als assistierte Telemedizin für unterversorgten Regionen, eine Vernetzung der Krankenhäuser mit Diagnostikzentren und ein vermehrter interhospitaler Notfall- beziehungsweise Intensivtransport auch auf dem Luftweg zu Standorten mit höherer Notfallstufe oder in spezialisierte Zentren (zum Beispiel für Herz- oder Hirninfarkt) landesweit Abhilfe schaffen. Dies ist mit einer verstärkten Patientensteuerung über Leitsysteme, einer Kenntnis der Patientinnen und Patienten über diese Systeme und einer verstärkt einzusetzenden zentralen Steuerung der Notfallkapazitäten zu verbinden.

Darüber hinaus zeichnet sich gegebenenfalls mit dem aktuellen Vorschlag der Regierungskommission zur Stufung der Krankenhäuser, verbunden mit der Einteilung in die Notfallstufen, sowie dem Koalitionsvertrag

formulierten Ziele ein erhöhter Ansporn zur Sicherstellung der Standorte mit der notwendigen Leistungsfähigkeit ab. Die Aufgaben der Sicherstellung stellen zusätzliche personelle, technische und finanzielle Herausforderungen für die Umsetzung auf der Landesebene dar.

Demgegenüber scheint der Rettungsdienst in Sachsen-Anhalt grundsätzlich mit einer Vielzahl an Standorten und Notfallfahrzeugen breit aufgestellt zu sein. Dies ist eine Voraussetzung zur Vernetzung der Leistungsbereiche der Notfallversorgung.

Die Luftrettung mit zwei Standorten in Sachsen-Anhalt stellt zwar eine gute Abdeckung der meisten Einsatzorte im geforderten Entfernungs- und Zeitrahmen dar, kann aber die Versorgung in Grenzregionen nur über landesübergreifende Kooperationen sicherstellen. Hier ist die Herausforderung bei der Anpassung der Aufgaben auf die flächendeckende Notfallversorgung – unterstützt durch Telemedizin- und Telenotarztssysteme sowie einen darauf abgestimmten standortübergreifenden Notfall- und Intensiv-Transport auch gegebenenfalls durch eine zusätzlich erweiterte Luftrettung (weiterer Hubschrauberstandort) zu sehen.

Grundsätzlich sollte die Etablierung einer niedrigschwelligen Notfallrettung, zum Beispiel durch Gemeindegemeinschaften gefördert, evaluiert und ausgebaut werden. Dies kann eine Ergänzung zu den bestehenden Versorgungsstrukturen und zum Teil ein Ersatz sein.

Des Weiteren wird empfohlen, die bisherige Datenbasis zu erweitern, zu validieren beziehungsweise im Bereich des bodengebundenen Rettungsdienstes und des Luftrettungsdienstes zu erstellen und gegebenenfalls landesweit zu institutionalisieren. Somit können Analysen zu einem Mehr- oder Minderbedarf im Rettungsdienst sowie in der Luftrettung und darüber hinaus im interhospitalen Transport durchgeführt werden und eine Grundlage für die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Notfallversorgung in Verbindung mit den beteiligten Krankenhäusern der jeweiligen Stufe bilden.

Nachfolgend zu den Untersuchungen zum Notfallgeschehen in Sachsen-Anhalt wird im Folgenden die Versorgung von notfallrelevanten Erkrankungen, wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Traumazentren weiter analysiert.

5.2 Herzinfarkt

5.2.1 Hintergrund

Der akute Myokardinfarkt gehört zu den relevantesten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ist laut Statistischem Bundesamt 2021 die zweithäufigste Todesursache resultierend aus einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.²⁹⁶ Laut dem Deutschen Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung e. V. (DZHK) ist die Zahl der durch einen Herzinfarkt verursachten Todesfälle aber rückläufig, was nach dessen Aussage vor allem an der guten Notfallversorgung in Deutschland liegt.²⁹⁷

²⁹⁶ Statistisches Bundesamt (2022): Die 10 häufigsten Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/sterbefaelle-herz-kreislauf-erkrankungen-insgesamt.html>, zuletzt abgerufen am 05.03.2023.

²⁹⁷ Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung e. V. (N.N.): Herzinfarkt, <https://dzhk.de/herz-kreislauf-erkrankungen/herz-kreislauf-erkrankungen/herzinfarkt/>, zuletzt abgerufen am 05.03.2023.

Mit Blick auf Sachsen-Anhalt zeigt der 33. Deutsche Herzbericht zur sektorenübergreifenden Versorgungsanalyse der Kardiologie, Herzchirurgie und Kinderherzmedizin in Deutschland für das Jahr 2021, dass Sachsen-Anhalt die zweit höchste Sterblichkeitsrate im Bereich des Herzinfarktes im Vergleich zu den anderen Bundesländern aufweist.²⁹⁸

Das MS hat auf diese Entwicklung reagiert und sich gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus dem Bereich der Ärzteschaft, der Krankenkassen, der Apotheken sowie der Deutschen Herzstiftung das Ziel gesetzt, die Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt zu verringern.²⁹⁹ So finden beispielsweise seit 2018 im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses die „Herzwochen Sachsen-Anhalt“ statt. Wesentliches Ziel ist hierbei die Verbreitung von Informationen über³⁰⁰:

- Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Vorteile eines gesunden und aktiven Lebensstils
- Warnzeichen eines Herzinfarktes
- Richtiges Verhalten im Notfall
- Maßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung

Die Herzwochen sind ist jedes Mal von unterschiedlichen Schwerpunkten geprägt. Im Jahr 2022 lag der Schwerpunkt beispielsweise auf dem Thema Bewegung und herzgesunde Ernährung. 2019 lag der Schwerpunkt der Herzwoche auf dem Thema der Reanimation und dem richtigen Verhalten im Notfall, da es sich bei einem Herzinfarkt um ein lebensbedrohliches Krankheitsbild handelt, das bei Eintritt eine schnellstmögliche stationäre Behandlung erfordert.

Grundsätzlich sollte das therapiefreie Intervall nach Eintritt eines Herzinfarktes möglichst gering gehalten werden, um die Überlebenschancen und die Überlebensqualität der Patientinnen und Patienten so hoch wie möglich zu halten.³⁰¹ Als Orientierungswert werden hier 60 Minuten genannt, bis der Patient oder die Patientin das Zielkrankenhaus, das heißt, das Krankenhaus mit den notwendigen Behandlungskapazitäten (technischen und personellen Voraussetzungen), erreichen sollte.³⁰²

Zusätzlich gilt es, durch eine schnelle Revaskularisierung des Myokards mittels Perkutaner koronarer Interventionen (PCI) den ischämisch bedingten Untergang von Herzmuskelgewebe zu verhindern. Jede Zeitverzögerung bei der Revaskularisierung kann potenziell zu einem schlechteren Behandlungsergebnis für den Patienten oder die Patientin führen und sollte vermieden werden. Die Akut-PCI soll daher 60 bis spätestens 90 Minuten nach Notrufeingang erfolgen.³⁰³

Neben diesem zeitlichen Faktor kommt der infrastrukturellen Ausstattung der Einrichtung im Zuge der Behandlung und des resultierenden Behandlungsergebnisses eine wesentliche Bedeutung zu. Analysen zeigen, dass Krankenhäuser, die 24/7 einen Linksherzkatheter-Messplatz (LHKM) vorhalten, besseres Outcome in Form einer geringeren Sterblichkeitsrate aufweisen.³⁰⁴

²⁹⁸ Deutsche Herzstiftung e. V. (2022): Deutscher Herzbericht 2021, <https://www.herzstiftung.de/system/files/2022-09/DHB21-Herzbericht-2021.pdf>, zuletzt abgerufen am 05.03.2023.

²⁹⁹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (2023): Herzwoche Sachsen-Anhalt, <https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheit/gesundheitsfoerderung/herzwoche-sachsen-anhalt>, zuletzt abgerufen am 05.03.2023.

³⁰⁰ Ebenda.

³⁰¹ Fischer M. et al. (2016): Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-016-0187-0>, zuletzt abgerufen am 05.03.2023.

³⁰² Ebenda.

³⁰³ Ebenda.

³⁰⁴ Dormann, F.; Klauber, J.; Kühlen R. (2019): Qualitätsmonitor 2020, https://books.google.de/books?id=CJAXEAAAQBAJ&newbks=0&printsec=frontcover&pg=PA50&dq=Bolczek+2019+herzinfarkt&hl=de&redir_esc=y#v=onepage&q=Bolczek%202019%20herzinfarkt&f=false, zuletzt abgerufen am 05.03.2023.

Das Ziel, eine deutliche Senkung der erhöhten Sterbeziffer bei einem Herzinfarkt – bezogen auf den Bundesvergleich – in der Bevölkerung herbeizuführen, wurde ebenfalls explizit in den Krankenhausplan Sachsen-Anhalts aufgenommen. Wichtig ist dabei insbesondere die Behandlung der Patientinnen und Patienten gemäß den Leitlinien der Fachgesellschaften, aber auch gemäß den Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Absatz 1 KHG LSA. Diese beinhalten, dass jeder Patient und jede Patientin mit einem Herzinfarkt in einem Krankenhaus mit den folgenden Ausstattungsmerkmalen behandelt wird:

- mit einem Linksherzkatheter-Messplatz (24/7),
- mit einer Intensivstation und
- mit ausreichend in der Kardiologie erfahrenem Personal.³⁰⁵

Darüber hinaus sollten in dem jeweiligen Krankenhaus mindestens:

- 300 Patientinnen und Patienten im Jahr mit der Hauptdiagnose Myokardinfarkt (ICD I21 und ICD 22) und Angina pectoris (ICD I20) behandelt werden,
- mindestens 200 Perkutane koronare Interventionen pro Jahr erfolgen, davon 40 bei einem Herzinfarkt.

Laut aktuellem Krankenhausplan soll die Umsetzung dieser Struktur- und Qualitätsanforderungen in den kommenden Jahren unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit erfolgen.

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden die Versorgungssituation in Bezug auf einen Herzinfarkt in Sachsen-Anhalt dargestellt und analysiert. Im Zuge der Analyse werden zunächst die Krankenhausstandorte, die an der Versorgung des Myokardinfarktes teilnehmen, betrachtet. Zur Ermittlung der Fallzahlen wurden alle Fälle, bei denen eine der Hauptdiagnosen I20 (Angina pectoris), I21 (Akuter Myokardinfarkt) oder I22 (Rezidivierender Myokardinfarkt) kodiert wurde, einbezogen. Anschließend erfolgt die Analyse der im Krankenhausplan definierten Kriterien bezogen auf das aktuelle Leistungsgeschehen.

Bei der Interpretation ist zu beachten, dass aufgrund der Datenverfügbarkeit Verlegungen nicht betrachtet werden konnten. Dies ist bedeutsam, da die Hauptdiagnose des Herzinfarktes nicht nur bei einem Akuterereignis zu kodieren ist, sondern auch im Rahmen der Folgebehandlung.

5.2.2 Analyse der Versorgungssituation

Die Kardiologie versteht sich als Subdisziplin der Inneren Medizin. Mit Blick auf den aktuellen Krankenhausplan weisen zwölf der Krankenhausstandorte einen kardiologischen Schwerpunkt aus. Die Entwicklung der Anzahl der Fälle in den Jahren 2017 bis 2021, bei denen eine der Hauptdiagnosen I20, I21 oder I22 kodiert wurde, zeigt, dass sich die Anzahl der Fälle von 2019 auf 2021 um circa 20 Prozent reduziert hat (Abbildung 60). So wurden im Jahr 2019 circa 15.100 Fälle behandelt, bei denen eine der genannten Hauptdiagnosen kodiert wurde, während es im Jahresverlauf 2021 nur noch circa 12.100 Fälle waren.

³⁰⁵ In den folgenden Analysen wird angenommen, dass in jedem Krankenhaus mit einer vorgehaltenen Kardiologie ein LHKM 24/7 vorhanden ist.

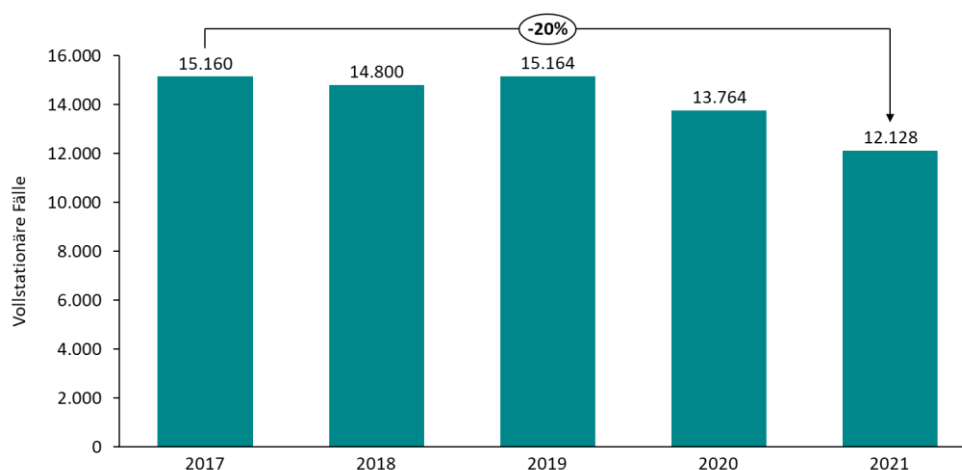


Abbildung 60 Fallzahl, bei denen eine der Hauptdiagnosen I20 bis I22 kodiert wurde, von 2017 bis 2021³⁰⁶

Ein bundesweiter Vergleich zeigt eine ähnliche, wenn auch nicht im gleichen Maße deutliche, Tendenz. So ging die Fallzahl im Bereich der stationären Herzinfarkt-Versorgung laut Krankenhausreport 2022 deutlich zurück.³⁰⁷ Grund für diesen Rückgang ist zum einem der allgemeine Rückgang der Fallzahlen während der Covid-19-Pandemie zum anderen aber auch, dass Fälle mit leichten Herzinfarkten nicht die Krankenhäuser erreichten und Patientinnen und Patienten beispielsweise nicht mehr zu einer Nachbehandlung in ein Krankenhaus gekommen sind und somit die I21 als Hauptdiagnose seltener kodiert wurde. Gegebenenfalls ist diese Entwicklung in Sachsen-Anhalt zum Teil auch auf die Maßnahmen zur Sensibilisierung der Bevölkerung im Bereich des Herzinfarktes, die 2018 initiiert wurden, zurückzuführen. Um diese These zu validieren, müsste jedoch eine detaillierte Analyse – über den Umfang des vorliegenden Gutachtens hinaus – erfolgen.

Die Detailanalyse der in 2021 behandelten Fälle, bei denen die Hauptdiagnosen I20 bis I22 kodiert wurden, zeigt, dass diese an 39 Krankenhausstandorten behandelt wurden. Die Abbildung 61 visualisiert die Verteilung der Anzahl der Fälle je Krankenhausstandort für die Jahre 2019 und 2021. Es ist zu erkennen, dass die Anzahl der Fälle mit den Hauptdiagnosen I20 bis I22 in 2021 unter der Anzahl der behandelten Fälle im Jahr 2019 lag.

Auch auf der Standortebene ist erkennbar, dass die Anzahl der Fälle je Standorte überwiegend unter dem Niveau von 2019 lag. Nur vereinzelt, wie der Standort vier belegt, lagen die Fallzahlen in 2021 über den Fallzahlen in 2019.

Für das Jahr 2021 lässt die standortbezogene Analyse eine große Spannweite bei den stationären Fallzahlen mit den Hauptdiagnosen I20 bis I22 je Krankenhausstandort erkennen. So zeigt sich, dass 2021 53 Prozent des Leistungsgeschehens von den zehn fallstärksten Versorgern erbracht wurden. Diese behandelten im Durchschnitt in 2021 643 Fälle (2019: 794).

Der Mittelwert über alle Versorger, das heißt von Krankenhausstandort 1 bis 39 für 2021, liegt bei 327 Fällen (2019: 408). Dies verdeutlicht die starke Spannweite der Fallzahl je Versorger. Für 2019 zeigt sich ein ähnliches Bild, da auch hier circa 52 Prozent des Leistungsgeschehens von den genannten zehn fallstärksten Versorgern erbracht wurden, bei einer ähnlichen Spannweite der Fallzahlen je Krankenhaus.

³⁰⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

³⁰⁷ Klauber, J.; Wasem, J.; Beivers, A.; Mostert, C. (2022): Krankenhausreport 2022 – Patientenversorgung während der Pandemie: <https://library.oapen.org/bitstream/id/2aa91857-f675-4f9d-bb50-87fab1282e58/978-3-662-64685-4.pdf>, zuletzt abgerufen am 05.03.2023.

Die in der Abbildung 61 dargestellte gestrichelte Linie bei 300 Fällen visualisiert die im Krankenhausplan Sachsen-Anhalt definierte Anforderung, dass Versorger, die an der Herzinfarktversorgung teilnehmen, mindestens 300 Fälle im Jahr mit der Hauptdiagnose Myokardinfarkt und Angina pectoris behandeln sollen. Auf Basis des Leistungsgeschehens für das Jahr 2021 erfüllen 17 der dargestellten Krankenhausstandorte dieses Kriterium, das entspricht circa 44 Prozent der Versorger.

Auf Basis des Leistungsgeschehens 2019 erfüllten 20 Versorger, das heißt circa 51 Prozent von ihnen, diese geforderte Mindestmenge.

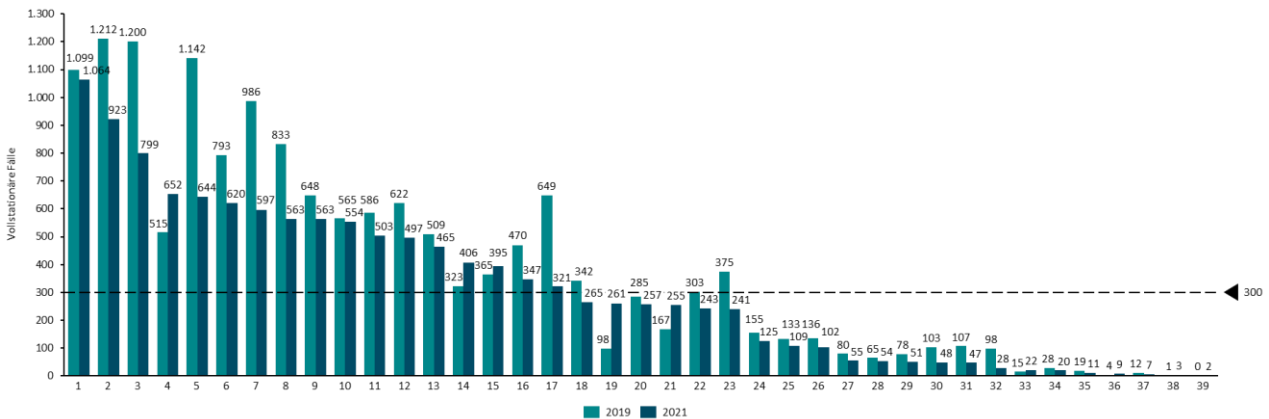


Abbildung 61 Krankenhausstandorte und ihre Fallzahlen, bei denen eine der Hauptdiagnosen I20 bis I22 kodiert wurde³⁰⁸

Die Abbildung 62 zeigt die geografische Lage der 39 Standorte, die im Jahr 2021 eine der genannten Hauptdiagnosen kodiert haben, sowie ihre Erreichbarkeit für die Einwohnerinnen und Einwohner Sachsen-Anhalts.

³⁰⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

Fälle mit Hauptdiagnose I20 bis I22

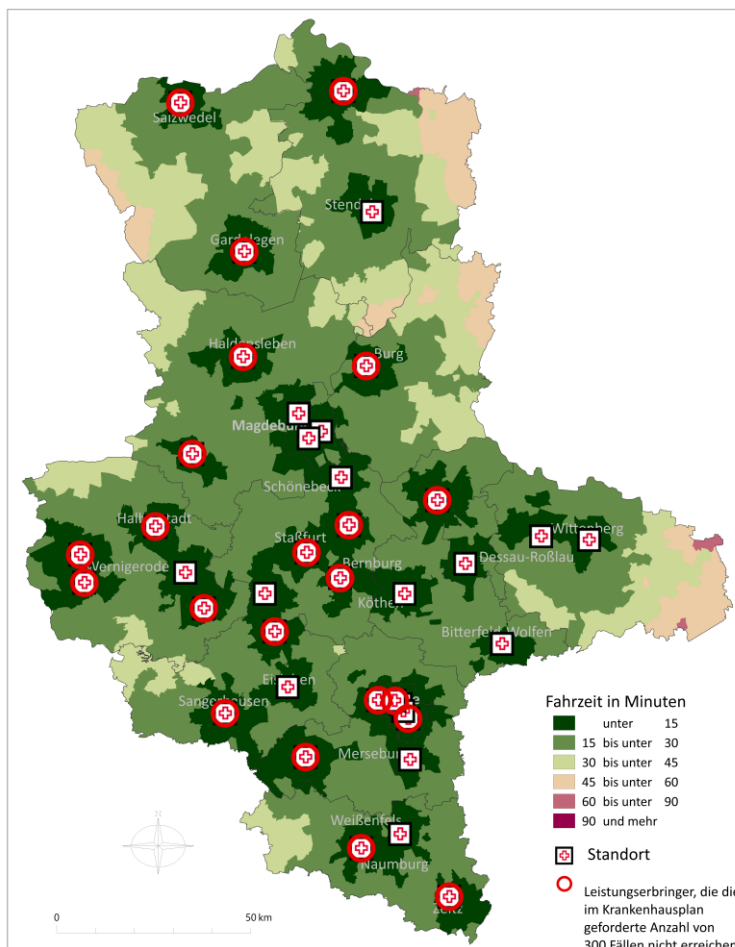


Abbildung 62 Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte, die in 2021 Fälle mit den Hauptdiagnosen I20 bis I22 kodierten³⁰⁹

Der Karte ist zu entnehmen, dass die Leistungserbringer für die Fälle mit den Hauptdiagnosen I20 bis I22 innerhalb von Sachsen-Anhalt größtenteils in circa 30 Minuten für die Bevölkerung erreichbar sind. Lediglich im Landkreis Altmarkkreis Salzwedel sowie an den Landesgrenzen in Stendal und Wittenberg ergeben sich Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten. Eine Mitversorgung durch andere Bundesländer kann hier aber vermutet werden.

Auffällig ist insbesondere die hohe Anzahl an Leistungserbringern in den Ballungsgebieten Magdeburg und Halle sowie im Landkreis Harz. Anzumerken ist, dass ein Teil der dargestellten Versorger weniger als 300 Fälle mit einer der Hauptdiagnosen I20 bis I22 aufweist. Diese Versorger sind auf der Karte durch eine rote Markierung (○) gekennzeichnet.

Neben der Vorgabe der Mindestfallzahl definiert der Krankenhausplan weitere Kriterien, wie das Erfordernis, dass mindestens 200 PCI pro Jahr, von denen mindestens 40 PCI in Kombination mit der Hauptdiagnose I21 durchgeführt werden müssen, zu erbringen sind. Zur Analyse dieser Vorgaben bezogen auf das aktuelle Versorgungsgeschehen wurde der kodierte OPS-Code „Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen“ (OPS 8-837) der PCI auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes betrachtet.

³⁰⁹ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

Die Analyse zeigt, dass 2021 circa 5.560 PCI in Sachsen-Anhalt durchgeführt wurden. Im Jahr 2019 waren es im Vergleich dazu circa 13 Prozent mehr, das heißt rund 6.380 Fälle. Mit Blick auf das geforderte Kriterium von mindestens 40 PCI je Einrichtung bei einem akuten Herzinfarkt (I21) ist ersichtlich, dass die 22 fallstärksten, der in Abbildung 61 genannten Leistungserbringer dieses Kriterium erfüllen. Ein ähnliches Bild zeigt sich für das Jahr 2019.

Neben den Vorgaben bezüglich der PCI sollte darüber hinaus ein LHKM (24/7/365) vorgehalten werden. Der Einsatz eines LHKM stellt in der Behandlung des Herzinfarktes Teil der etablierten Therapie dar, da durch den Einsatz eines LHKM eine mögliche Wiederherstellung der Durchblutung der Gefäße erfolgen kann und dadurch bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden können.

Ein Blick auf die Verfügbarkeit von LHKM innerhalb Deutschlands zeigt, dass die Krankenhausstandorte in Sachsen-Anhalt 35 LHKM vorhalten und somit auf 62.000 Einwohnerinnen und Einwohner ein LHKM kommt (Abbildung 63).³¹⁰ Dabei kann eine Einrichtung auch mehrere LHKM vorhalten. Insgesamt halten 23 Standorte mindestens einen LHKM vor.

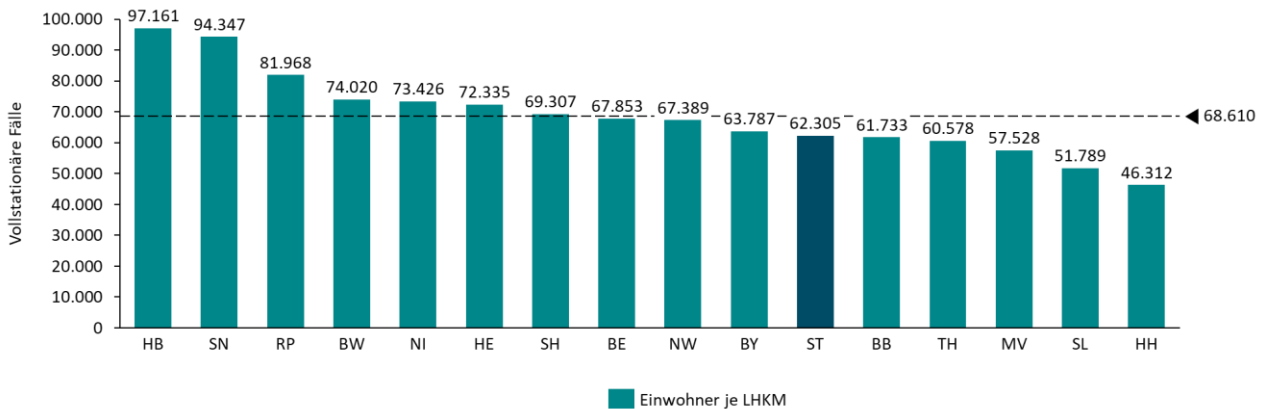


Abbildung 63 Anzahl der LHKM in Deutschland sowie Einwohnerinnen/Einwohner je LHKM und Bundesland 2020³¹¹

Zur Analyse hinsichtlich der Verfügbarkeit eines LHKM im Bereich Herzinfarkt wird im weiteren Verlauf eine Untersuchung der kodierten OPS-Kodes 1-275 (Transarterielle Linksherzkatheter-Untersuchung) und 1-276 (Angiokardiografie als selbstständige Maßnahme) auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze vorgenommen. Zudem wurde anhand der strukturierten Qualitätsberichte der Einrichtungen, die die genannten OPS-Kodes kodiert haben, geprüft, ob die Einrichtungen einen LHKM 24/7 am Standort vorhalten.

³¹⁰ Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020): Häufigkeit von Perkutanen Koronarinterventionen (PCI), Anzahl von Linksherzkatheter-Messplätzen (LHK) sowie Linksherzkatheter-Untersuchungen (absolut und Dichte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=27818686&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=882&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=, zuletzt abgerufen am 05.03.2023.

³¹¹ Ebenda.

Im Jahr 2021 wurde circa 10.000-mal einer der OPS-Kodes 1-276 oder 1-275 in Sachsen-Anhalt kodiert. Im Jahr 2019 wurde dieser circa 11.400-mal kodiert, das heißt circa 13 Prozent häufiger als im Vergleich zu 2021. Die Analyse der Daten zeigt, dass die OPS-Ziffern in 2021 an 29 Standorten kodiert wurden, wobei nur 23 dieser Standorte einen LHKM und 21 einen LHKM 24/7 vor Ort gemäß strukturiertem Qualitätsbericht vorhalten. Diese 23 Einrichtungen, die laut strukturiertem Qualitätsbericht einen LHKM vorhalten, verteilen sich geografisch wie folgt (Abbildung 64):

Erreichbarkeit Versorger 2021 die einen LHKM vorhalten

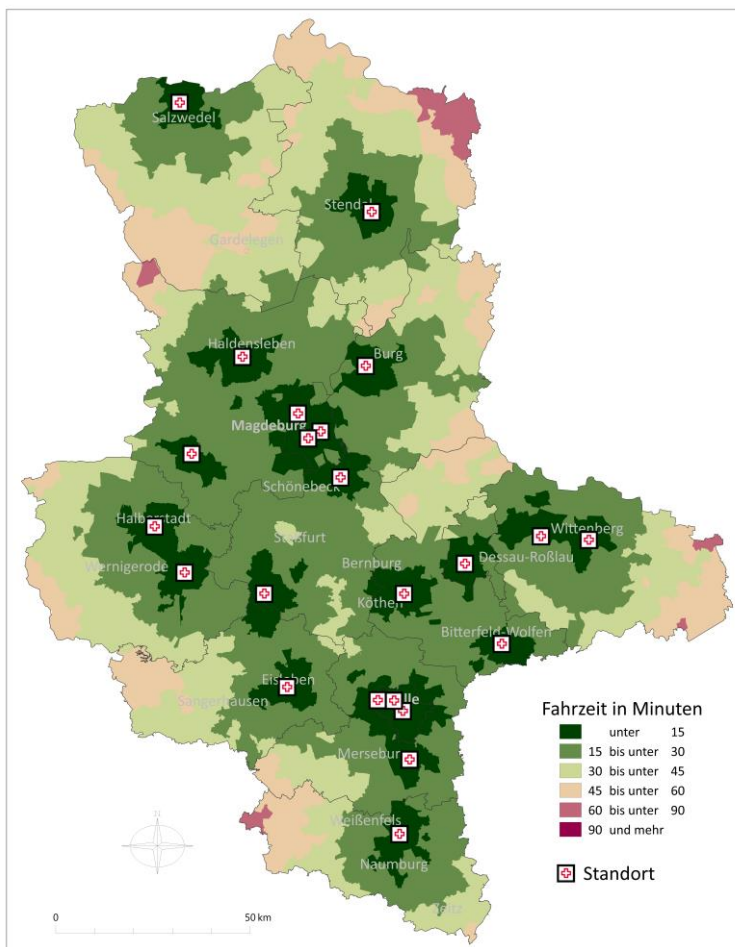


Abbildung 64 Erreichbarkeitsanalyse Krankenhausstandorte mit LHKM gemäß der strukturierten Qualitätsberichte³¹²

Im Landkreis Altmarkkreis Salzwedel und im Landkreis Stendal sowie in Teilen des Landkreises Jerichower Land und an den Landesgrenzen der Landkreise Harz, Mansfeld-Südharz und Burgenlandkreis müssen Einwohnerinnen und Einwohner von Fahrzeiten von mehr als 45 Minuten bis zu einer Einrichtung mit einem LHKM auf sich nehmen. Für den Landkreis Altmarkkreis Salzwedel ist nochmals hervorzuheben, dass durch den Aufbau des LHKM in 2021 an einem Standort die Versorgung und Erreichbarkeit deutlich verbessert werden konnten und die Bewohnerinnen und Bewohner nun deutlich schneller einen Versorger mit LHKM erreichen können.

³¹² Eigene Darstellung auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte.

Da nur 21 der 23 Einrichtungen einen 24/7 LHKM – Qualitätskriterium aus den Vorgaben des Krankenhausplans – gemäß strukturiertem Qualitätsbericht vorhalten und diese mehr als 90 Prozent des Leistungsgeschehens abbilden, werden im weiteren Verlauf nur diese Einrichtungen betrachtet. Der Abbildung 65 sind die Fallzahlen je Standort dieser 21 Versorger, die einen 24/7 LHKM vorhalten zu entnehmen.

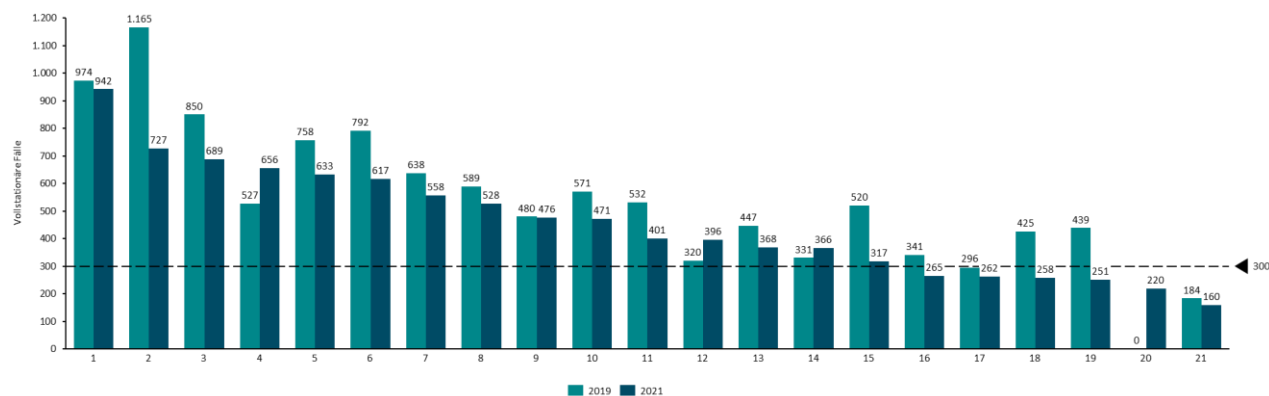


Abbildung 65 Anzahl Fälle LHKU je Krankenhausstandort³¹³ bei Vorhaltung eines LHKM³¹⁴

Grundsätzlich zeigt sich eine gute flächendeckende Versorgung mit LHKM (24/7) innerhalb Sachsen-Anhalts. In den Ballungsräumen Magdeburg und Halle lässt sich eine erhöhte Dichte an LHKM erkennen.

Die Auswertung der genannten OPS-Kodes und der strukturierten Qualitätsberichte zeigt, dass in 2021 circa 1.200 Fälle (2019: circa 1.400 Fälle) an Standorten behandelt wurden, an denen kein LHKM (24/7) vorgehalten wurde. Es ist anhand der Datengrundlage jedoch nicht ersichtlich, ob es sich bei diesen Fällen um eine Verlegung aus einem Krankenhaus mit LHKM handelt oder ob der Fall direkt am Standort versorgt wurde. Bezogen auf die Gesamtanzahl der Herzinfarkte sind dies sowohl für 2021 als auch für 2019 circa 10 Prozent aller Fälle, bei der eine der Hauptdiagnosen mit I20 bis I22 kodiert wurde.

Die folgende Abbildung 66 visualisiert die theoretischen Fahrzeiten für die Bevölkerung zu Standorten, die die im Krankenhausplan definierten Kriterien erfüllen.

Die Kriterien sind:

- dass mindestens 300 Fälle mit der Hauptdiagnose I20-I22 in 2021 an dem Standort kodiert wurden,
- dass hierbei mindestens 200 PCI erbracht wurden, von denen mindestens 40 PCI im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose I21 kodiert wurden,
- dass mindestens 200-mal einer der OPS-Kodes 1-276 und 1-275 kodiert wurde und somit unterstellt werden kann, dass ein LHKM an dem Standort vorgehalten wird.

Wie bereits beschrieben, werden die weiteren in den Rahmenvorgaben zum im Krankenhausplan definierten Kriterien, wie die Vorhaltung einer Intensivstation und das Vorhandensein von ausreichend in der Kardiologie erfahrenem Personal, ebenfalls angenommen. Es zeigt sich, dass 14 Einrichtungen die erforderlichen Qualitätskriterien erfüllen. Diese 14 Leistungserbringer erbringen circa 72 Prozent des Leistungsgeschehens in 2021.

Die Erreichbarkeit eines Versorgers, der die im Krankenhausplan definierten Kriterien erfüllt, ist für den Großteil des Bundeslandes gegeben (Abbildung 66). Allerdings zeigt diese Erreichbarkeitsanalyse, dass insbesondere aber im Altmarkkreis Salzwedel die Erreichbarkeit deutlich eingeschränkt wäre. Der Leistungs-

³¹³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

³¹⁴ Eigene Darstellung auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte.

erbringer in dieser Region unterschreitet unter anderem die Anforderung im Bereich der geforderten Mindestzahl im Bereich der Hauptdiagnosen I20 bis I22 von 300 und in dem Bereich der PCI. Ein LHKM wird an diesem Standort vorgehalten. Darüber hinaus erhöht sich in dieser Erreichbarkeitsanalyse an der Landesgrenze des Harzes, zu Stendal, des Jerichower Landes, im nördlichen Teil des Landkreises Anhalt-Bitterfeld und im Burgenlandkreis die Fahrzeit zu einem Standort, der die Kriterien erfüllt, auf mehr als 45 Minuten.

Es ist zu prüfen, inwieweit eine Ausnahme von den Vorgaben der Rahmenvorgaben zum Krankenhausplan mit Blick auf die geforderten Mindestmengen wie beispielsweise die 300 Fällen mit der Hauptdiagnose I20-I22 oder den geforderten 200 PCI für solche bedarfsnotwendigen Einrichtungen möglich ist und trotzdem deren Behandlungsqualität nicht zu gefährden.

Erreichbarkeit Versorger 2021

die die im Krankenhausplan definierten Qualitätskriterien
(Mindestfallzahl I20 bis I22, PCI und 24/7 LHKM) erfüllen

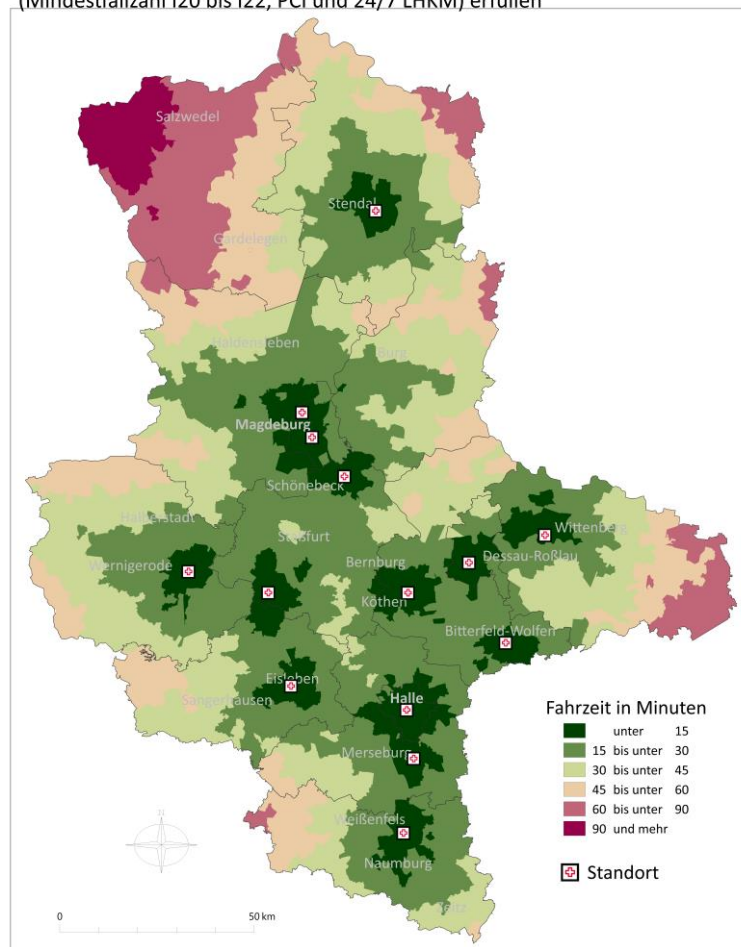


Abbildung 66 Erreichbarkeitsanalyse der Versorger, die die im Krankenhausplan Sachsen-Anhalt definierten Anforderungen der Herzinfarktversorgung erfüllen³¹⁵

Wird die Erreichbarkeitsanalyse im Rahmen einer zusätzlichen Simulation mit Blick auf die Fahrzeit zu einem alternativen Versorger³¹⁶ weiterentwickelt, zeigt sich, dass bis zum Erreichen eines alternativen Versorgers

³¹⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

³¹⁶ Fahrzeit zu einem alternativen Versorger meint die Erreichbarkeit eines Versorgers, wenn der nächstgelegene Versorger nicht betriebsbereit ist. Beispielsweise, weil dieser von der Notfallversorgung abgemeldet ist.

in Sachsen-Anhalt, der die geforderten Qualitätskriterien erfüllt, teilweise sehr lange Fahrzeiten in Kauf genommen werden müssen.

Bei der Interpretation der Abbildung 67 ist aber zu beachten, dass es sich hierbei um ein fiktives Beispiel handelt. Es zeigt die Fahrzeit, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner den nächstgelegenen Versorger nicht erreichen kann, sondern nur die nächste Alternative.

Es lässt sich erkennen, dass in den Ballungsgebieten und zentralen Regionen des Bundeslandes eine gute Erreichbarkeit von unter 30 Minuten für die dort ansässigen Bewohnerinnen und Bewohner des alternativen Versorgers gegeben ist. Die Simulation verdeutlicht im Vergleich zur Abbildung 66 die Relevanz einzelner Versorger, insbesondere für die Grenzregionen, für die Sicherstellung einer adäquaten Erreichbarkeit.

Erreichbarkeit alternativer Versorger 2021

die die im Krankenhausplan definierten Qualitätskriterien
(Mindestfallzahl I20 bis I22, PCI und 24/7 LHKM) erfüllen

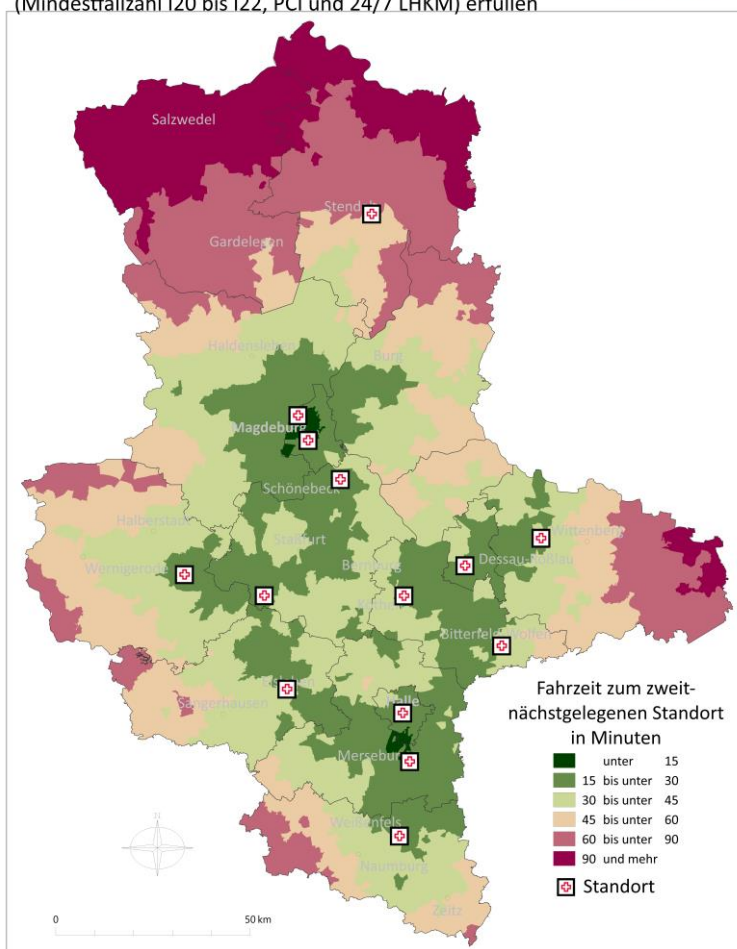


Abbildung 67 Erreichbarkeitsanalyse alternativer Versorger, die die im Krankenhausplan Sachsen-Anhalt definierten Anforderungen der Herzinfarktversorgung erfüllen³¹⁷

³¹⁷ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt der des Jahres 2021.

5.2.3 Zusammenfassung

Die vorangegangenen Analysen zeigen, dass die in den Leitlinien empfohlenen Kriterien sowie die in den Rahmenvorgaben zum Krankenhausplan Sachsen-Anhalt definierten Kriterien bei der Versorgung des Herzinfarktes von 14 der aktuell am Versorgungsgeschehen beteiligten Leistungserbringer erfüllt werden, die circa 72 Prozent des Leistungsgeschehens abbilden. Zudem belegen die hierauf basierenden Erreichbarkeitsanalysen, dass eine flächendeckende Versorgung durch LHKM (24/7) innerhalb Sachsen-Anhalts fast überwiegend gegeben ist.

Grundsätzlich lässt sich bezogen auf die Erreichbarkeit eines Versorgers von Herzinfarkt innerhalb Sachsen-Anhalts von einer guten Versorgung sprechen. Dennoch ist in den Landkreisen Altmarkkreis Salzwedel, Stendal, Jerichower Land, im westlichen Teil des Landkreises Harz und des Burgenlandkreises, aber auch im Landkreis Wittenberg festzuhalten, dass hier mit Fahrzeiten von mehr als 45 Minuten gerechnet werden muss. Eine Mitversorgung durch andere Bundesländer kann insbesondere in den Grenzregionen vermutet werden, auch wenn die Gutachtenden davon ausgehen, dass sich die Fahrzeiten hierdurch nur marginal verbessern würden.

Die Gutachtenden empfehlen, die im Krankenhausplan definierten Struktur- und Qualitätsanforderungen weiterhin konsequent umzusetzen. Die Analysen zeigen, dass Standorte an der Versorgung teilnehmen, die nicht alle Qualitätskriterien erfüllen. Dennoch sollte insbesondere in Regionen mit einer geringen Dichte an Versorgern, die die Kriterien erfüllen, wie im Landkreis Altmarkkreis Salzwedel, die Versorgung sichergestellt werden und Lösungen gefunden werden, sofern Einrichtungen diese Kriterien nicht erfüllen können.

Zwingendes Kriterium sollte jedoch die Vorhaltung eines LHKM darstellen. So ist es mit Blick auf die konsequente Umsetzung erforderlich, dass Personen mit einem Verdacht auf einen Herzinfarkt gezielt in ein Krankenhaus mit einem LHKM (24/7-Verfügbarkeit und Rufbereitschaft außerhalb der Regelarbeitszeit) eingeliefert werden. Versorger ohne LHKM sollten, wenn irgendwie möglich, nicht angefahren werden.

Hinsichtlich des möglichst kurz zu haltenden therapiefreien Intervalls sollten die Patientinnen und Patienten durch den Rettungsdienst angekündigt und nach Absprache ohne Umwege über die Intensivstation oder die Notaufnahme möglichst direkt in das Katheterlabor gebracht werden. Hierzu ist eine sorgfältige Steuerung der Primärversorgung erforderlich, sodass Verdachtsfälle in entsprechend geeignete Krankenhäuser gebracht werden.

Das Leistungsgeschehen in Sachsen-Anhalt weist bereits heute eine Tendenz zur Zentralisierung in dem Bereich Herzinfarktversorgung auf, da circa 72 Prozent des Leistungsgeschehens von 14 Leistungserbringern umgesetzt werden, die die Struktur- und Qualitätsanforderungen erfüllen. Aus Sicht der Gutachtenden sollte diese Zentralisierung weiter im Fokus bleiben und intensiviert werden.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und dem Rettungsdienst ist notwendig, um Interventionen schnellstmöglich in den hierfür qualifizierten Einrichtungen durchführen zu können. Voraussetzung hierfür sind definierte Behandlungspfade und eine enge Kooperation zwischen den Leistungserbringern, auch damit Patienten nicht in ungeeignete Krankenhäuser transportiert werden.

5.3 Schlaganfall

In den folgenden Ausführungen wird die Versorgungssituation der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten in Sachsen-Anhalt untersucht. Insbesondere vor dem Hintergrund eines nachgewiesenen positiven Einflusses von Behandlungen in Stroke Units wird die Verfügbarkeit entsprechender Strukturen analysiert. Dazu werden zunächst die vorhandenen Stroke Units in Sachsen-Anhalt identifiziert. Im Anschluss daran werden die

Schlaganfallfallzahlen und der Anteil der Schlaganfälle, die in Stroke Units behandelt wurden, dargestellt. Im nächsten Schritt wird die 45-minütige Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten mit Stroke Units in Sachsen-Anhalt dargelegt und bewertet.

Als Schlaganfall bezeichnet man gefäßbedingte Erkrankungen des Gehirns, die durch eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirngewebe infolge eines Gefäßverschlusses (ischämischer Schlaganfall – Minderdurchblutung, mehr als 80 Prozent aller Schlaganfälle) oder einer Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall) gekennzeichnet sind.³¹⁸

Der Schlaganfall ist als Durchblutungsstörung im Gehirn ein akuter medizinischer Notfall und zählt mit rund 270.000 Neuerkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Die Prävalenz steigt dabei mit dem Durchschnittsalter. Bei den über 75-Jährigen lag sie im Jahr 2017 bei mehr als 6 Prozent.

Dennoch ist ein Schlaganfall nicht ausschließlich eine Alterserkrankung, sondern tritt in allen Altersgruppen auf. Zusammen mit Herz- und Krebserkrankungen gehört der Schlaganfall zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland und zählt zu den häufigsten Ursachen für eine bleibende Behinderung im Erwachsenenalter. Eine potenziell kurative Behandlung ist nur in den ersten Stunden nach dem Symptombeginn möglich. Die Entscheidung zur Therapiewahl bedarf bildgebender Verfahren. Dementsprechend ist jeder Schlaganfall als Notfall anzusehen und erfordert eine sofortige Behandlung in einem Krankenhaus mit 24/7-CT-Verfügbarkeit sowie der entsprechenden Fachexpertise.³¹⁹

Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Behandlung des akuten Schlaganfalls in Deutschland war die Etablierung von speziellen Schlaganfalleinheiten (Stroke Units – SU) in den 1990er-Jahren. Für die Behandlung in einer Stroke Unit wurden in umfangreichen Studien positive Outcome-Effekte nachgewiesen. So erhöht die Behandlung in Stroke Units signifikant die Wahrscheinlichkeit des Überlebens, die Chance wieder in den häuslichen Rahmen zurückzukehren und den Grad der Unabhängigkeit nach einem akuten Schlaganfall bei gleichzeitig statistisch verkürztem, stationärem Aufenthalt.

Neben diesen medizinischen Vorteilen kann die Behandlung in einer Stroke Unit die langfristigen Behandlungskosten senken. Aus diesen Gründen wird einerseits die Förderung von Investitionen in Stroke-Unit-Infrastrukturen sowie die Zentralisierung von Stroke Units empfohlen.³²⁰ In Bezug auf die Senkung der Mortalitätsraten konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen nichtzertifizierten und zertifizierten Stroke Units festgestellt werden.³²¹

Im Bundesvergleich gehört Sachsen-Anhalt nach dem Saarland zu den Bundesländern mit der höchsten Anzahl an stationären Krankenhausaufenthalten aufgrund eines Schlaganfalls. Im Jahr 2019 lag diese 26 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Jeder zehnte Patient oder jede zehnte Patientin starb während der Krankenhausbehandlung infolge eines Schlaganfalls. Zwar ist die Anzahl dieser Todesfälle insgesamt in den letzten Jahren rückläufig, aber mit 88 Sterbefällen je 100.000 EW liegt Sachsen-Anhalt um 11 Prozent über dem Bundesdurchschnitt und verzeichnete 2019 damit bundesweit die dritthäufigsten Todesfälle infolge eines Schlaganfalls.³²²

³¹⁸ Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Wir fassen zusammen - Was ist ein Schlaganfall?, <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/verstehen-vermeiden/was-ist-ein-schlaganfall>, zuletzt abgerufen 05.05.2023.

³¹⁹ Busch, M.A., Kuhnert, R., Journal of Health Monitoring; 2017 2(1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-010, Robert Koch-Institut, Berlin.

³²⁰ Pross C. et al. (2018): Stroke units, certification, and outcomes in German hospitals: a longitudinal study of patient-based 30-day mortality for 2006–2014, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3664-y>, zuletzt abgerufen am 23.02.2023.

³²¹ Ebenda.

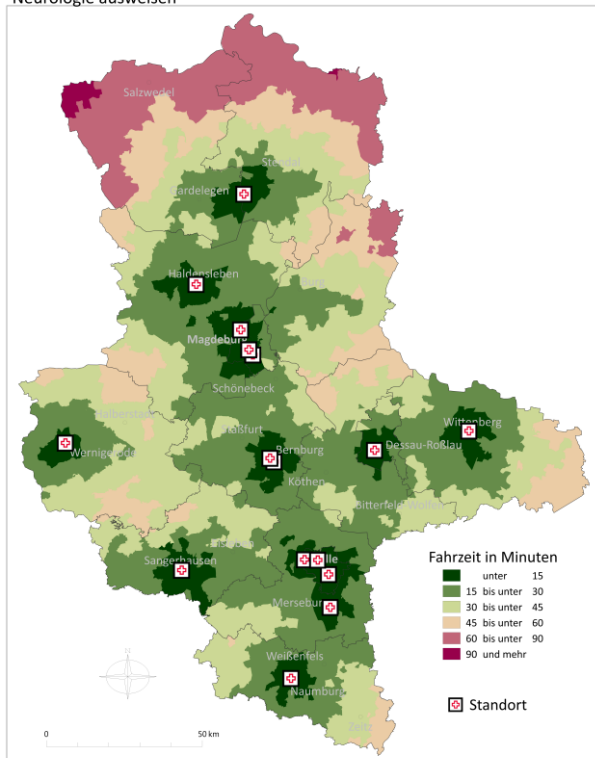
³²² Statistisches Landesamt (2021): Zahl der Krankenhausbehandlungen aufgrund eines Schlaganfalls seit 2000 um 12 % gesunken, https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesamt/StaLa/startseite/Daten_und_Veroeffentlichungen/Pressemitteilungen/2021/e_Mai/132-Schlaganfall.pdf, zuletzt abgerufen am 23.02.2023.

Das Land Sachsen-Anhalt hat gemäß den Rahmenvorgaben zum aktuellen Krankenhausplan für die Verbesserung der flächendeckenden Versorgung von Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten die Notwendigkeit hervorgehoben, regionalspezifische Konzepte zu erarbeiten, in die die versorgenden Krankenhäuser mit überregionalen Stroke Units und einer hierfür geeigneten Neurologie kooperativ (telemedizinisch) einbezogen sind. Die Erreichbarkeit einer Stroke Unit sollte gemäß Rahmenvorgaben zum Krankenhausplan innerhalb von 45 Minuten im ganzen Land gewährleistet werden. Dazu ist ein Abgleich mit dem Rettungsdienst notwendig. Die Kapazitäten für eine neurologische Frührehabilitation sind in solche Netzwerke mit einzubeziehen (Abschnitt 4.6.2).³²³ Konzeptionell wäre auch zu eruieren, ob diese Kompetenzen in sogenannten neurovaskulären Zentren gebündelt und der Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden könnten.

Die Behandlung von Schlaganfällen erfolgt in den Krankenhäusern weitestgehend in der neurologischen Abteilung. Gemäß aktuellem Krankenhausplan werden 16 Hauptabteilungen für Neurologie in Sachsen-Anhalt vorgehalten. Die Abbildung 68 visualisiert die Verteilung dieser 16 Standorte innerhalb des Bundeslandes und Abbildung 69 zeigt der Standorte der tatsächlichen Leistungserbringung.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

Alle Standorte die laut aktuellem Krankenhausplan eine Neurologie ausweisen



Erreichbarkeit Versorger 2021:

Alle Standorte, die eine der HD G45.* (ohne G45.4), I61*, I63* und I64 erbrachten

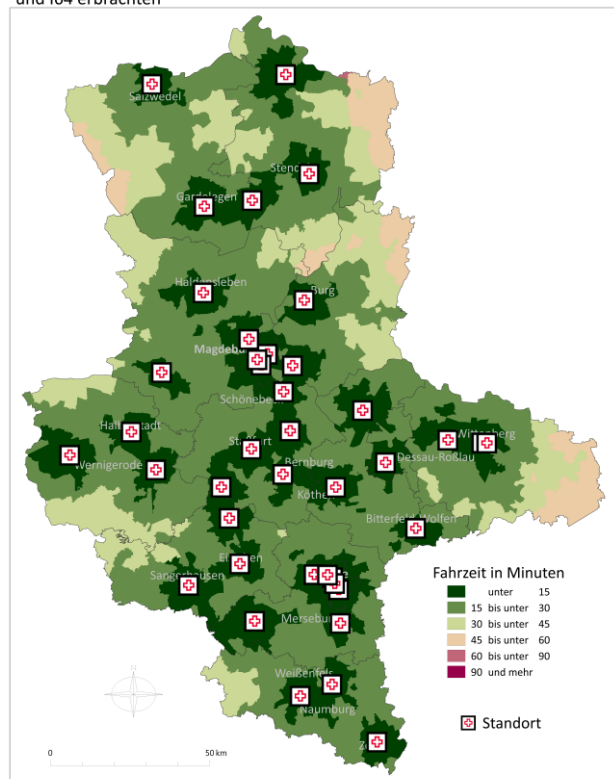


Abbildung 68 Darstellung der Standorte der Hauptabteilungen für Neurologie³²⁴

Abbildung 69 Darstellung der Standorte der tatsächlichen Leistungserbringung³²⁵

³²³ Krankenhausplanungsausschuss (2022): Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt, https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/KHPI_2022/Rahmenvorgaben.pdf, S. 499, zuletzt abgerufen am 22.02.2023.

³²⁴ Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalts ab 1. Oktober 2022, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

³²⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

Die Analyse zeigt, dass im Jahr 2021 eine Anzahl von 10.073 Schlaganfällen (Patientinnen beziehungsweise Patienten mit Entlass-Hauptdiagnose G45.*-ohne G45.4, I61.*, I63.* und I64) an 41 Standorten behandelt wurden. Diese Anzahl lag rund 3 Prozent über den Planzahlen für 2020 der künftigen Fallzahlentwicklung für Schlaganfälle des Landes.³²⁶

Insgesamt zeigt sich in Abbildung 70 eine relativ große Spannweite bei der Anzahl der behandelten Fälle. So wurden mehr als 60 Prozent aller Fälle an neun Standorten versorgt. Diese Standorte erbrachten mindestens 500 Fälle pro Jahr.³²⁷

Der Mittelwert über alle Standorte hingegen liegt im Vergleich nur bei rund 246 stationären Fällen. Auffällig ist, dass 21 Standorte und damit die Hälfte aller Standorte, die Schlaganfälle behandeln, im Jahr 2021 weniger als 100 Fälle versorgten, also durchschnittlich nicht mal alle drei Tage einen Fall. Rund 10 Prozent der Schlaganfallpatienten werden von diesen Standorten versorgt.

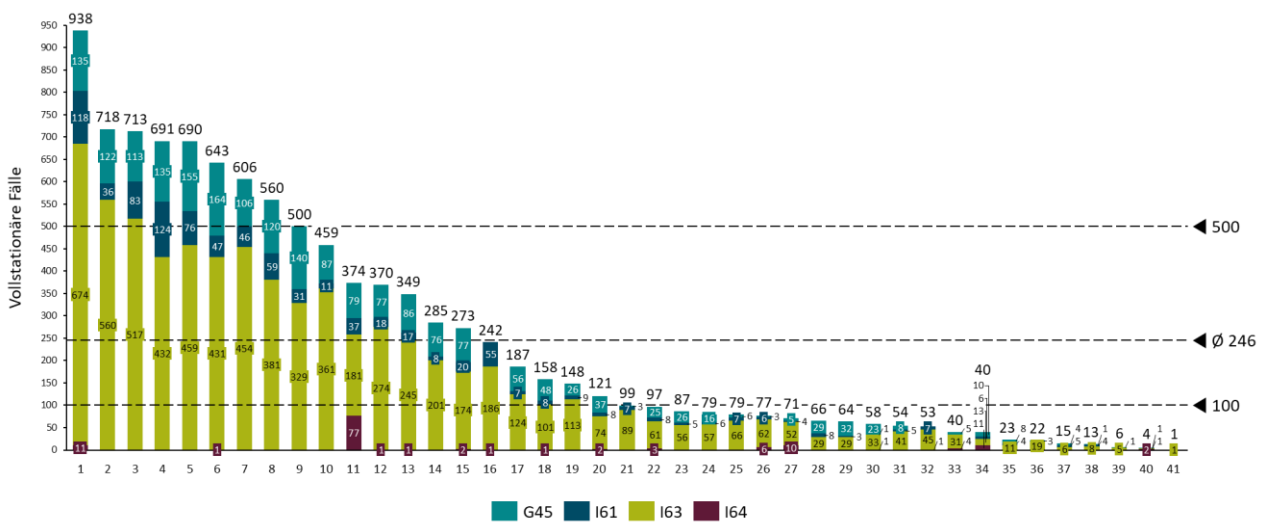


Abbildung 70 Auswertung der Fallzahlen je Krankenhausstandort gemäß Hauptdiagnose (G45.*-ohne G45.4, I61.*, I63.* und I64)³²⁸

5.3.1 Behandlung in Stroke Units

Die Vorhaltung einer Stroke Unit kann über die Abrechnung des OPS-Kodes 8-981 für die „Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ identifiziert werden, da dieser verschiedene Anforderungen und Strukturkriterien voraussetzt, die üblicherweise an Stroke Units gestellt werden. Dazu gehören:

- die notwendige Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team,
- ein mindestens 24-stündiges Monitoring von Vitalparametern,
- die Durchführung einer Computer- oder Magnetresonanztomographie innerhalb von 60 Minuten bei Indikation zur Thrombolyse oder Thrombektomie³²⁹sowie
- die 24-Stunden-Präsenz eines Neurologen oder einer Neurologin.

³²⁶ Krankenhausplanungsausschuss (2022): Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt, https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/KHPI_2022/Rahmenvorgaben.pdf, S. 499; zuletzt abgerufen am 22.02.2023.

³²⁷ Mindestanzahl beziehungsweise Zertifizierungskriterium für zertifizierte überregionale Stroke Units.

³²⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

³²⁹ Ansonsten innerhalb von sechs Stunden nach der Aufnahme.

Auch für die über die OPS-Ziffern kodierte Stroke-Unit-Behandlung wurden positive Effekte auf die Krankenhaussterblichkeit nachgewiesen.^{330/331} Des Weiteren erfordert die Abrechnung des OPS-Kodes 8-981 den Zugang zu neuroradiologischen Notfalleingriffen, wie Thrombektomien, über Kooperationsvereinbarungen³³² oder eine 24 Stunden verfügbare Möglichkeit zur Durchführung intrakranieller Eingriffe am eigenen Standort.

Um Fehlkodierungen aus der Analyse auszuschließen, wurde angenommen, dass nur Standorte mit einer Fallzahl größer als 15 über die für den OPS-Kode 8-981 notwendigen Strukturen einer Stroke Unit verfügen.

Neben dem bereits genannten OPS-Kode 8-981 existiert darüber hinaus der OPS-Kode 8-98b „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“, der weniger hohe Anforderungen an die Behandlung von Schlaganfall-Patientinnen und Schlaganfall-Patienten stellt. So kann die Behandlungsleitung unter anderem auch durch einen Facharzt für Innere Medizin erfolgen und die neurologische Fachexpertise kann entweder durch eine Fachärztin für Neurologie beziehungsweise einen Facharzt für Neurologie, die im Team fest eingebunden ist (ohne Telekonsil), oder über Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurologischen Stroke Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes eingebunden werden (mit Telekonsil). In diesem Gutachten wird hierbei von einer „Stroke Unit light“ gesprochen.

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann – wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind –, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden. Um Fehlkodierungen auszuschließen, wurde angenommen, dass nur Standorte mit einer Fallzahl größer als zehn über die für den OPS-Kode 8-98b notwendigen Strukturen einer hier sogenannten „Stroke Unit light“ verfügen.

Eine Zertifizierung von Stroke Units erfolgt in Deutschland durch die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und die Zertifizierungsorganisation (LGA Intercert) mit Unterstützung der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe. Die derzeitigen Zertifizierungskriterien sehen drei unterschiedliche Stufen von Stroke Units vor. Neben regionalen und überregionalen Stroke Units können beim Vorliegen zusätzlicher Kriterien in Bezug auf die Struktur- und Prozessmerkmale auch „Comprehensive Stroke Units“ mit integriertem Versorgungskonzept zertifiziert werden.

Deutschlandweit sind aktuell 342 Stroke Units durch die DSG zertifiziert. Die Bettenzahl der Stroke Units liegt zwischen 4 und 24 (Mittelwert 8,25). Schätzungen zufolge werden rund 70 bis 80 Prozent aller akuten Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten in Deutschland in zertifizierten Stroke Units behandelt.³³³

³³⁰ Nimptsch, U.; Mansky T. (2016): Stroke unit care and trends of in-hospital mortality for stroke in Germany 2005–2010, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/linkout/10.1055/a-0977-3332/id/R2018-11-0846-0026>, zuletzt abgerufen am 23.02.2023.

³³¹ Bei Krankenhäusern mit jährlich mindestens zehn abgerechneten Stroke Unit-Behandlungen wurde auf ein entsprechendes Versorgungsangebot geschlossen.

³³² und einem Konzept zur Weiterverlegung von Patientinnen und Patienten mit Indikation zur Thrombektomie.

³³³ Neumann-Haefelin, T., et al. (2021): Zertifizierungskriterien für Stroke-Units in Deutschland: Update 2022, erschienen in: DGNeurologie, 4, S. 438-446.

In Sachsen-Anhalt gibt es aktuell insgesamt sechs gemäß DSG zertifizierte Stroke Units:

- zwei regionale Stroke Units,
- vier überregionale Stroke Units, wovon zwei überregionale Comprehensive Stroke Units sind.

Neben diesen gibt es keine telemedizinisch vernetzte Stroke Unit (Stand 1. Januar 2023).³³⁴ Abbildung 71 visualisiert alle Stroke Units in Deutschland.

Liste der zertifizierten Stroke Units in Deutschland

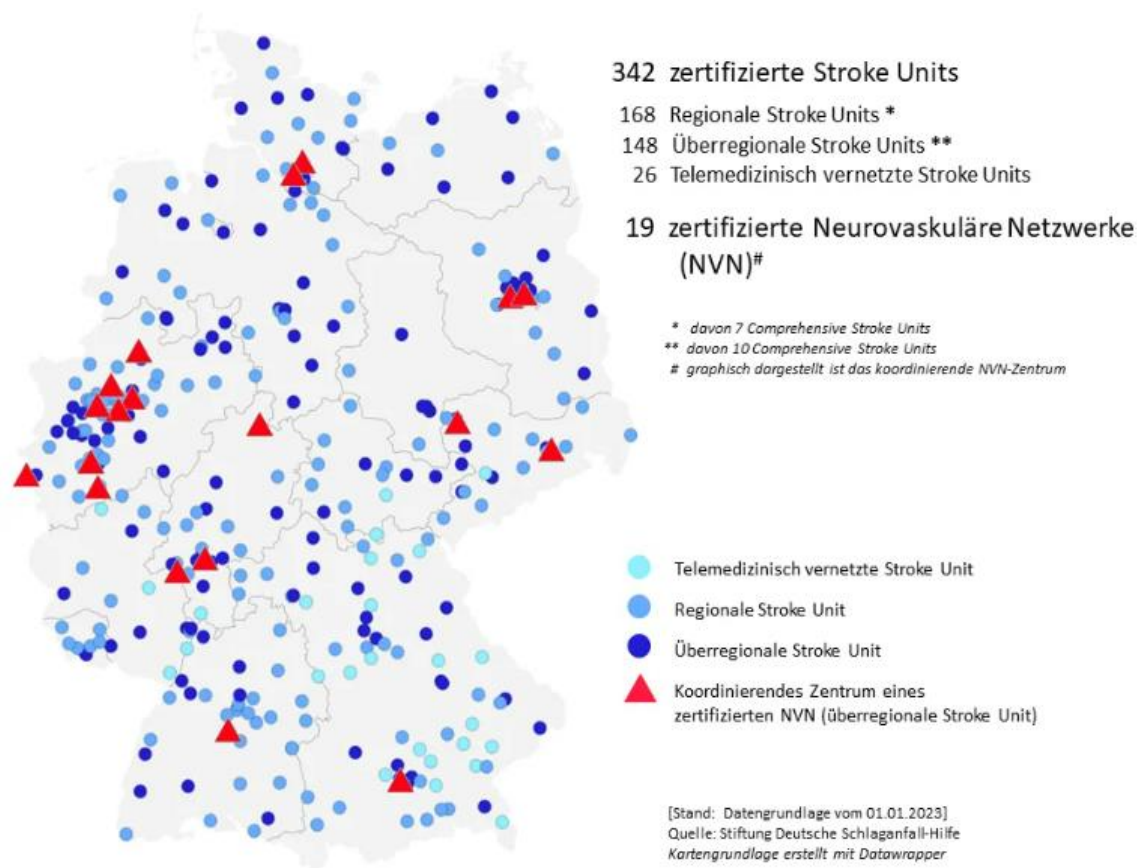


Abbildung 71 Karte der zertifizierten Stroke Units und deren Stufe in Deutschland³³⁵

Die Zertifizierungskriterien sehen verschiedene Anforderungen an die Struktur, die personelle Ausstattung, die Diagnostik und das Monitoring sowie die Prozesse und inhaltlichen Standards vor, die teilweise über die Anforderungen zur Abrechnung des OPS-Kodes 8-981 hinausgehen. So müssen mindestens vier Betten bei den regionalen und telemedizinischen Stroke Units vorgehalten werden. Bei den überregionalen Stroke Units sind es mindestens sechs Betten.

³³⁴ Deutsche Schlaganfallgesellschaft (2022): Stroke Units: Anträge auf SU-Zertifizierung ab 1.1.2022, <https://www.dsg-info.de/stroke-units-neurovaskulaere-netzwerke/>, zuletzt abgerufen am 23.02.2023.

³³⁵ Deutsche Schlaganfallgesellschaft (2023): STROKE UNITS: ANTRÄGE AUF SU-ZERTIFIZIERUNG AB 1.1.2022, <https://www.dsg-info.de/stroke-units-neurovaskulaere-netzwerke/>, zuletzt abgerufen am 09.05.2023.

Derzeit müssen telemedizinisch vernetzte Stroke Units ferner eine Mindestfallzahl von 200, regionale Stroke Units eine Mindestfallzahl von 250 und überregionale Stroke Units eine Mindestfallzahl von 500 erfüllen. Des Weiteren gilt für regionale Stroke Units, dass eine radiologische Abteilung oder assoziierte radiologische Praxis am Haus mit neuroradiologischer Kompetenz über 24 Stunden im Haus beziehungsweise am Krankenhausstandort verfügbar sind.

Das reale Versorgungsangebot an Stroke Units in Sachsen-Anhalt stellt sich wie folgt dar:

- zwölf Stroke Units über die abgerechnete OPS-Komplexpauschale 8-981, davon sechs Stroke Units gemäß DSG-Zertifizierung,
- zusätzlich vier sogenannte „Stroke Units light“-Standorte, die nur die OPS-Komplexpauschale 8-98b abgerechnet haben, davon einer mit Telekonsil, zwei ohne Telekonsil und ein Standort mit und ohne Telekonsil.³³⁶

Tabelle 16 verdeutlicht wie sich die Schlaganfälle des Jahres 2021 in Sachsen-Anhalt mit der Hauptdiagnose Schlaganfall auf 41 Standorte sowie unterschiedlicher Arten von Leistungserbringern verteilten. Davon verfügen insgesamt zwölf Standorte (knapp 30 Prozent) über eine Stroke Unit (Identifikation über OPS-Kode 9-981 und Fallzahl > 15). Sechs dieser zwölf Standorte sind gemäß der DSG zertifizierte Stroke Units (15 Prozent aller Standorte). Diese zwölf Standorte behandelten 7.075 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall, was rund 70 Prozent der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten in Sachsen-Anhalt entspricht. Mit durchschnittlich 590 Fällen behandelten diese Standorte mehr als siebenmal so viele Fälle wie Standorte ohne Stroke Unit (durchschnittlich 79 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall). -Kode 9-981 und Fallzahl > 15). Sechs dieser zwölf Standorte sind gemäß der DSG zertifizierte Stroke Units (15 Prozent aller Standorte). Diese zwölf Standorte behandelten 7.075 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall, was rund 70 Prozent der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten in Sachsen-Anhalt entspricht. Mit durchschnittlich 590 Fällen behandelten diese Standorte mehr als siebenmal so viele Fälle wie Standorte ohne Stroke Unit (durchschnittlich 79 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall).

In zertifizierten Zentren wurden 3.543 Fälle versorgt, was rund 35 Prozent der Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall entspricht. Dabei wurden im Mittelwert 591 Fälle je Standort behandelt. Damit liegt Sachsen-Anhalt deutlich unter der Schätzung der DSG für den deutschen Durchschnitt von rund 70 Prozent bis 80 Prozent der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten, die in zertifizierten Schlaganfall-Zentren behandelt werden.

In „Stroke Units light“ (Identifikation über OPS-Kode 8-98b) wurden zusätzlich 1.029 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall versorgt. Dies entspricht etwa 10 Prozent.

Insgesamt wurden im Jahr 2021 in Sachsen-Anhalt damit 80 Prozent der Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall an einem Standort mit einer Stroke Unit oder einer „Stroke Unit light“ behandelt (Abbildung 72).

³³⁶ Hier sind nur die Standorte berücksichtigt worden, die weder zertifiziert sind, noch den OPS-Kode 8-981 mit einer Fallzahl größer als 15 abgerechnet haben, das heißt die Differenzierung der „Stroke Unit light“.

Tabelle 16 Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall gemäß Art des Leistungserbringers³³⁷

Art des Leistungserbringers	Anzahl KH-Standorte	Fallzahlspannbreite (ICD-Hauptdiagnosen G45.* (ohne G45.4), I61*, I63*, I64)	Ø-Fallzahl (ICD Hauptdiagnosen I60-I64)	Gesamtfallzahl	Anteil an Gesamtfallzahl
Stroke Units (abgerechneter OPS-Komplexcode 8-981)	12	187 bis 938	590	7.075	70 %
(Davon Stroke Units zertifiziert (Stand 2022))	6	459 bis 691	591	3.543	35 %
„Stroke Units light“ (abgerechneter OPS-Komplexcode 8-98b)	4	148 bis 374	257	1.029	10 %
Keine Stroke Units ³³⁸	25	1 bis 285	79	1.969	20 %
Gesamt	41	1 bis 938	246	10.073	100 %

In Abbildung 72 sind die Fallzahlen der Hauptdiagnose Schlaganfall für die Krankenhausstandorte mit und ohne Stroke Unit farblich markiert dargestellt. Die 13 Standorte mit den meisten Fällen haben mindestens eine „Stroke Unit light“. Dagegen sind auch Standorte ohne Stroke Unit gemäß den Vorgaben in großer Anzahl und zum Teil auch mit hohen Fallzahlen vertreten.

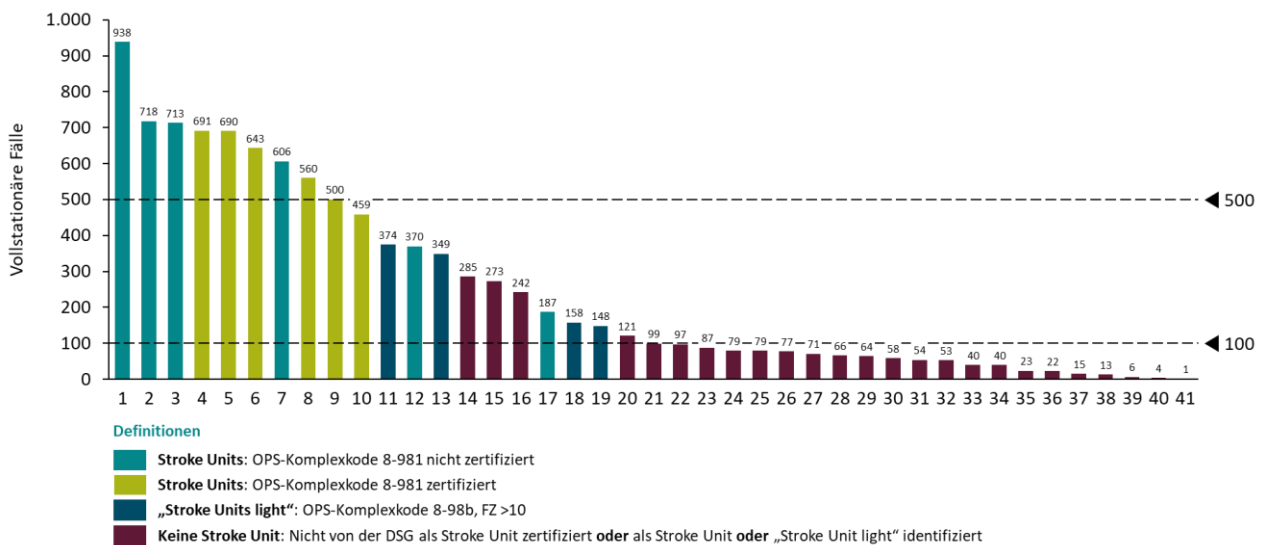


Abbildung 72 Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall gemäß OPS je Krankenhausstandort mit und ohne Stroke Units³³⁹

Grundsätzlich ist bei der Interpretation der Fallzahlen zu beachten, dass Schlaganfall als Hauptdiagnose nicht nur als Akutereignis kodiert wird, sondern auch im Rahmen der Folgebehandlung. Dies betrifft insbesondere Rehabilitationseinrichtungen der Geriatrie oder Frührehabilitation. Daher gibt es Krankenhäuser,

³³⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

³³⁸ Unter „keine Stroke Units“ wurden Krankenhausstandorte gefasst, die weder von der DSG als Stroke Unit zertifiziert sind, noch als Stroke Units (Identifikation über den OPS-Kode 9-89, FZ > 15) oder „Stroke Units light“ (Identifikation über OPS-Kode 8-98b, FZ > 10) identifiziert wurden.

³³⁹ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

die Schlaganfälle nach der Akutphase in größerer Anzahl behandeln, ohne dass sie über eine Stroke Unit verfügen. Aufgrund der rehabilitativen Ausrichtung dieser Krankenhäuser ist das Fehlen einer Stroke Unit aber nicht als Strukturdefizit anzusehen.

Insgesamt wurden 1.969 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (20 Prozent der Schlaganfall-Patientinnen und -patienten in gesamt Sachsen-Anhalt) an Krankenhausstandorten behandelt, die weder über eine Stroke Unit noch über eine „Stroke Unit light“ verfügen. 1.130 dieser Fälle wurden als „Notfall“ aufgenommen. Hier wäre anzunehmen, dass es sich um akute Schlaganfälle gehandelt hat und diese Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund des positiven Outcome-Effekts von Stroke Units nicht in einem geeigneten Krankenhausstandort behandelt wurden.

Für die weiteren 839 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall wurde als Aufnahmegrund „Einweisung durch einen Arzt“, „Verlegung“, „Verlegung innerhalb von 24 Stunden“ oder „Verlegung aus einer Reha-Klinik“ kodiert (Tabelle 17). Hier kann keine genaue Aussage darüber getroffen werden, ob es sich um Notfälle handelt oder diese Patientinnen und Patienten gegebenenfalls im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung aufgenommen und betreut wurden.

Vor dem Hintergrund der geringen Anzahl an Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt mit rehabilitativer Ausrichtung ist jedoch davon auszugehen, dass diese nur eine geringe Anzahl der Patientinnen und Patienten ausmachen und es sich bei dem Großteil der Patientinnen und Patienten ebenfalls um akute Schlaganfälle handelt, die entweder von einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt eingewiesen oder durch einen anderen Krankenhausstandort verlegt wurden.

Tabelle 17 Aufnahmegrund von Fällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall, die nicht an einem Krankenhausstandort mit Stroke Unit behandelt wurden³⁴⁰

Aufnahmegrund	Anzahl der Fälle mit HD Schlaganfall, die nicht in einer Stroke Unit behandelt wurden	Anteil an allen Fällen mit HD Schlaganfall in Sachsen-Anhalt
Notfall	1.130	11 %
Einweisung	563	6 %
Einweisung von einer Ärztin / Arzt	265	3 %
Verlegung mit Behandlungsdauer kleiner als 24 Stunden	10	> 1 %
Verlegung aus einer Reha-Einrichtung	1	> 1 %
Gesamt	1.969	20 %

Wird darüber hinaus der Entlassungsgrund der Fälle betrachtet, die in einem Krankenhausstandort ohne Stroke Unit erstbehandelt wurden, zeigt sich, dass nur 273 dieser 1.969 Fälle verlegt worden sind, was einen geringen Anteil darstellt.

³⁴⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

Auswertung zugehöriger OPS-Kodes

Bei 5.111 der 10.073 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall wurden „neurologische Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalls“ (OPS-Kode 8-981) kodiert. Die sechs zertifizierten Zentren führten 2.642 dieser 5.111 Fälle und damit 51 Prozent der neurologischen Komplexbehandlungen (OPS-Kode 8-981) in ganz Sachsen-Anhalt durch. Es wurden 5.096 Fälle mit der neurologischen Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-981, Fallzahl > 15) an zwölf Krankenhausstandorten versorgt, die über eine Stroke Unit verfügen.

Bei 588 Fällen wurden „andere neurologische Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalls“ (OPS-Kode 8-98b) kodiert. Davon wurde an fünf Krankenhausstandorten bei 235 Fällen die „andere neurologische Komplexbehandlung“ mit Telekonsil und an drei Krankenhausstandorten bei 347 Fällen ohne Telekonsil erbracht. Bei ausschließlicher Betrachtung der Krankenhausstandorte, die mehr als zehn Fälle im Bereich „andere neurologische Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalls“ behandelt haben, reduziert sich die Anzahl auf 581 Fälle und es entfallen zwei Krankenhausstandorte, wobei einer der entfallenden Krankenhausstandorte im Schwerpunkt ohnehin nur die „neurologischen Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalls“ kodiert.

Insgesamt haben rund 57 Prozent der Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall eine „neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ (ca. 51 Prozent, OPS-Kode 8-981) oder eine „andere neurologische Komplexbehandlung“ (rund 6 Prozent, OPS-Kode 8-98b) erhalten.³⁴¹

Zertifizierte Zentren führten im Durchschnitt 440 Fälle neurologischer Komplexbehandlungen durch, die nicht zertifizierten Stroke Units (ohne „Stroke Units light“) betreuten im Schnitt 403 Fälle.

Die nachfolgende Abbildung 73 zeigt die Fallzahlen der durchgeführten neurologischen Komplexbehandlungen in Sachsen-Anhalt gemäß Krankenhausstandort. Dabei wurde differenziert nach:

- Stroke Units, die über eine Zertifizierung der DSG verfügen,
- Stroke Units, die nicht zertifiziert sind, aber mehr als 15 Fälle mit Stroke Unit-Behandlungen (8-981) abgerechnet haben,
- „Stroke Units light“, die mehr als zehn „andere neurologische Komplexbehandlungen“ durchgeführt haben (8-98b).

Die Abbildung 73 visualisiert die Verteilung aller Fälle mit den Hauptdiagnosen ICD10 G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und Komplex-OPS – nur Stroke Unit und „Stroke Unit light“ – auf der Standortebene. Es zeigt sich, dass 10 der 16 Standorte sowohl die Mindestfallzahlen für telemedizinisch vernetzte Stroke Units (200) als auch für regionale Stroke Units (250) erreichen.

Weitere von der DSG definierte Zertifizierungskriterien werden an dieser Stelle nicht tiefergehend analysiert. Fünf Standorte (darunter die zwei als überregional zertifizierten Stroke Units) behandelten mehr als 500 Fälle, was den Anforderungen bezogen auf die Mindestfallzahl an eine überregionale Stroke Unit entspricht.

Hierbei gilt jedoch zu beachten, dass sich die vorgegebene Mindestfallzahl der DSG auf die Anzahl der Fälle mit akutem Schlaganfall auf der jeweiligen Stroke Unit bezieht.

³⁴¹ Gründe dafür, dass auch Patientinnen und Patienten, die an Standorten mit Stroke Units behandelt wurden, keine Komplexbehandlung erhalten haben, könnten beispielsweise sein, dass diese verstorben sind oder nicht mindestens 24 Stunden überwacht wurden, nicht wegen eines akuten Schlaganfalls behandelt wurden, fehlerhaft kodiert wurden, verlegt wurden oder in einer anderen Abteilung als der Stroke Unit behandelt wurden.

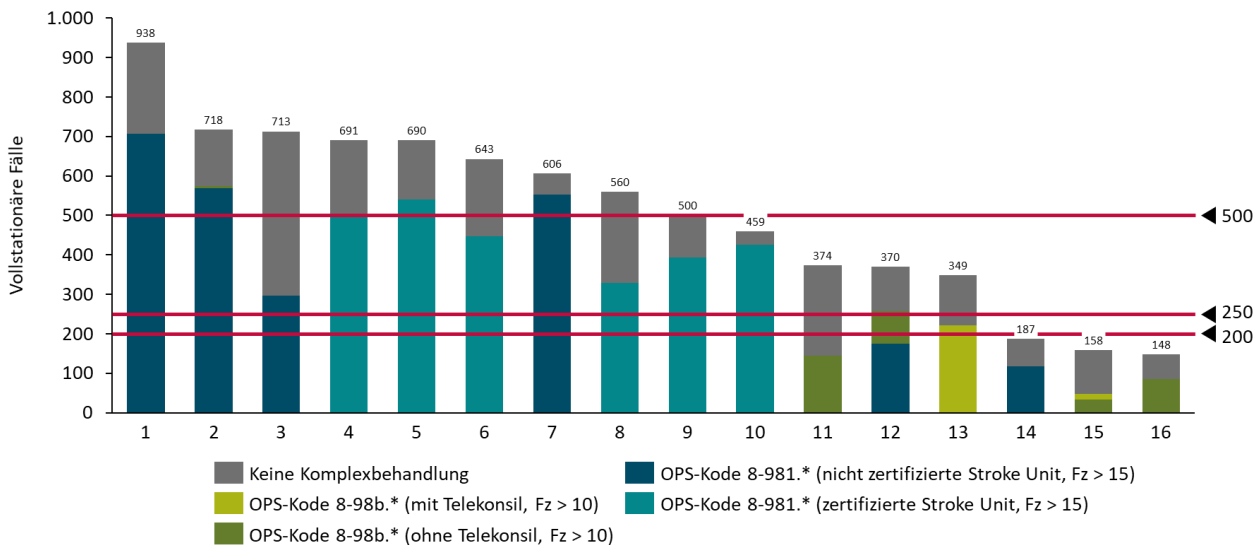


Abbildung 73 Vollstationäre Fälle mit den Hauptdiagnosen ICD10: G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und Komplex-OPS – nur Stroke Unit und „Stroke-Unit-light“-Standorte³⁴²

Vor diesem Hintergrund wurden in dieser Analyse die abgerechneten Komplexpauschalen betrachtet, da für diese Fälle aufgrund der Anforderung an die Kodierung der Komplexpauschalen davon auszugehen ist, dass diese Fälle tatsächlich auf der Stroke Unit und nicht in einer anderen Abteilung des Krankenhauses behandelt wurden.

Da die Fallzahl der Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall für die meisten Standorte jedoch größtenteils höher ist (Abbildung 72), wäre es möglich, dass einige Standorte mehr Fälle auf der Stroke Unit oder „Stroke Unit light“ behandelt haben, als sie mit einem der beiden Komplexcodes abgerechnet haben. Diese Fälle wurden in der vorangegangenen Analyse dementsprechend nicht berücksichtigt. Beispiele wären hier Patienten und Patientinnen, die frühzeitig verstorben sind und/oder Patientinnen und Patienten, die weniger als 24 Stunden auf der Stroke Unit betreut wurden sowie fehlerhafte Kodierungen.

5.3.2 Erreichbarkeit von Stroke Units

Im Folgenden wird die 45-Minuten-Erreichbarkeit von Stroke Units in Sachsen-Anhalt untersucht. Die nachfolgende Tabelle 18 gibt einen Überblick über die tatsächlichen durchschnittliche Fahrzeit vom Wohnort der Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall gemäß Landkreisen zu den Krankenhausstandorten der Erstbehandlung. Dabei zeigen die Spalten den Mittelwert der Fahrzeit zu Standorten ohne Stroke Unit, mit Stroke Unit (Identifikation über den OPS-Kode 8-981, Fallzahl > 15) und zu „Stroke Units light“ (Identifikation über OPS-Kode 8-98b, Fallzahl > 10) nach Landkreisen.

Für einen Großteil der Bevölkerung des Bundeslandes ist zudem eine Stroke Unit oder eine „Stroke Unit light“ innerhalb der vorgesehenen 45 Minuten Fahrzeit erreichbar. Da für die Behandlungsqualität und die Überlebenschancen der Patientinnen und Patienten die Erreichbarkeit einer Stroke Unit innerhalb einer kurzen Zeitspanne von erheblicher Bedeutung ist, zeigt sich, dass insbesondere im Landkreis Stendal Handlungsbedarf besteht. Hier wird sowohl für Standorte mit Stroke Units (durchschnittliche Fahrzeit 65,7 Minuten) als auch für Standorte mit „Stroke Units light“ (48,6 Minuten) die im Krankenhausplan vorgegebene

³⁴² Mindestfallzahlen für telemedizinisch vernetzte Stroke Units = 200, regionale Stroke Units = 250 und überregionale Stroke Units = 500.

45-minütige Fahrzeit im Durchschnitt überschritten. Auch im Altmarkkreis Salzwedel und in Wittenberg werden nur „Stroke Units light“ innerhalb der vorgegebenen Fahrzeit erreicht.

Tabelle 18 Fahrzeit von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall vom Wohnort zu den Krankenhausstandorten³⁴³

Landkreise	Fahrzeit zum Krankenhausstandort ohne Stroke Unit	Fahrzeit zum Krankenhausstandort mit Stroke Unit	Fahrzeit zum Krankenhausstandort mit „Stroke Unit light“
Altmarkkreis Salzwedel	29,6	86,4	26,4
Anhalt-Bitterfeld	23,6	35,4	18,5
Börde	24,3	24,6	37,0
Burgenlandkreis	31,5	28,9	14,8
Dessau-Roßlau, Stadt	18,6	17,3	
Halle (Saale), Stadt	13,9	10,4	41,7
Harz	31,4	31,5	
Jerichower Land	28,1	32,6	
Magdeburg, Landeshauptstadt	15,4	11,4	
Mansfeld-Südharz	28,7	29,0	28,5
Saalekreis	21,0	21,9	19,4
Salzlandkreis	27,2	27,8	
Stendal	28,7	65,7	48,6
Wittenberg	25,9	51,1	24,5
Mittelwert	24,9	24,6	20,4

Die folgende Abbildung visualisiert nochmals die Erreichbarkeit. Insbesondere im Landkreis Stendal und im Landkreis Salzwedel sind die Bewohnerinnen und Bewohner von Fahrzeiten von mehr als 45 Minuten betroffen.

³⁴³ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

Stroke Units

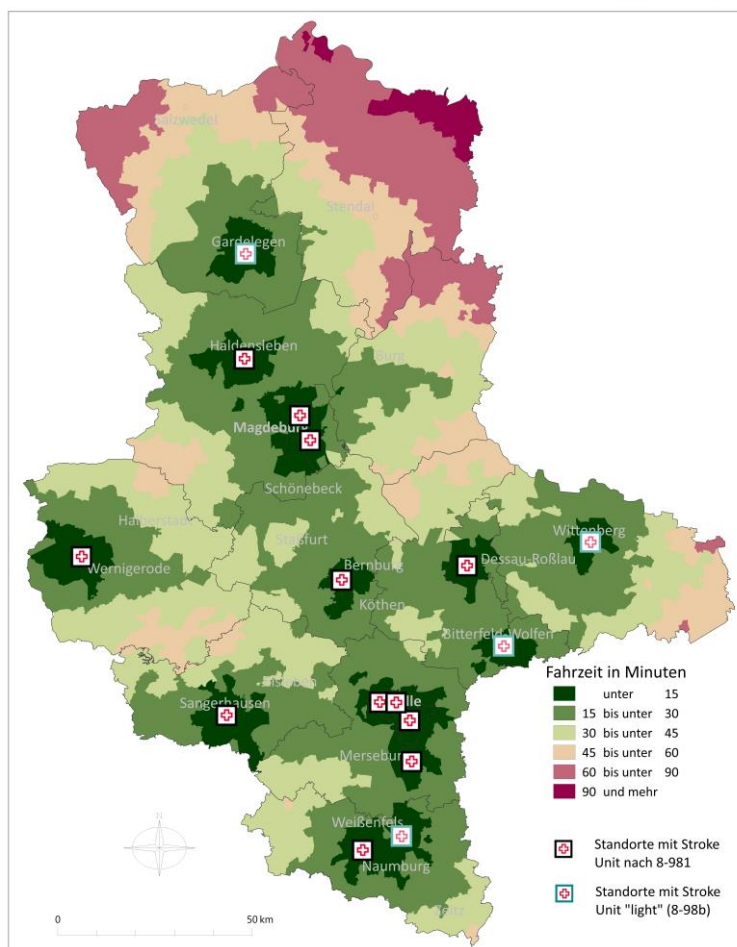


Abbildung 74 Erreichbarkeit der Stroke Units innerhalb Sachsen-Anhalts³⁴⁴

Ergänzend zu dieser Erreichbarkeitsanalyse wurde eine Erreichbarkeitsanalyse mit Blick auf die Standorte durchgeführt, die sowohl eine Stroke Unit vorhalten aber auch die Möglichkeit einer Thrombektomie bei einem Schlaganfall durchführen können (Abbildung 75). Die Thrombektomie findet vermehrt in der Schlaganfallbehandlung Anwendung und wird als „Revolution der Schlaganfalltherapie“³⁴⁵ bezeichnet.

Mittels dieser Methode, können verstopfende Blutgerinnsel aus einer Hirnarterie im Inneren des Schädels entfernt werden wodurch die Durchblutung wiederhergestellt werden kann.³⁴⁶ Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen fordern die Fachgesellschaften, entsprechende Strukturen in der Notfallversorgung unter Beteiligung sämtlicher Akteure, das heißt Rettungsdienste, Krankenhäuser, Notaufnahmen zu schaffen. Zudem sei für die Sicherung und den Ausbau der Qualität der Behandlung die Teilnahme an Schlaganfallnetzwerken mit telemedizinischer Infrastruktur sowie der medizinisch korrekte rettungsdienstliche Transport der Patienten oder gegebenenfalls des intervenierenden Neuroradiologen laut Fachgesellschaften entscheidend.³⁴⁷

³⁴⁴ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

³⁴⁵ Schlaganfall Begleitung (2022): Thrombektomie, <https://schlaganfallbegleitung.de/wissen/thrombektomie#wasist>, zuletzt abgerufen am 26.05.2023.

³⁴⁶ Ebenda.

³⁴⁷ Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (2015): Thrombektomie beim Schlaganfall: Schnellste Transporte und

Die folgende Abbildung visualisiert die Erreichbarkeit der Standorte innerhalb Sachsen-Anhalts die dieses Verfahren anbieten.

Auffällig ist, dass insbesondere im nördlichen, östlichen und westlichen Teil Sachsen-Anhalts die Einwohner von Fahrzeiten von mehr als 60 Minuten betroffen sind. Aus Sicht der Gutachtenden sollten diese Kompetenzen in beispielsweise zwei neurovaskuläre Zentren gebündelt werden.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

Stroke Units, die die Möglichkeit einer kontinuierlichen Thrombektomie haben

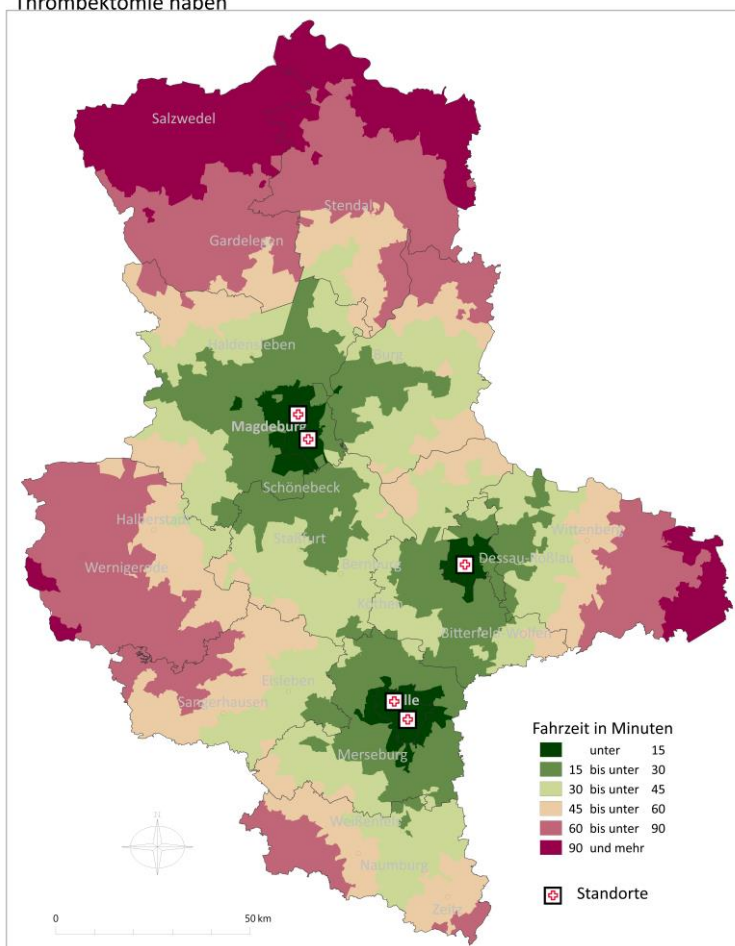


Abbildung 75 Erreichbarkeit Stroke Units, die die Möglichkeit einer kontinuierlichen Thrombektomie haben³⁴⁸

5.3.3 Zusammenfassung

Insgesamt ist eine 45-minütige Erreichbarkeit zu Stroke Units in großen Teilen, aber nicht im gesamten Bundesland, gegeben. Insbesondere im Nordteil Sachsen-Anhalts sind einzelne Regionen unterversorgt, wodurch Teile der Bevölkerung lange Fahrzeiten zu einem Versorger in Sachsen-Anhalt, der eine adäquate Behandlung anbietet, zurücklegen müssen (Fahrzeit > 45 Minuten).

Die Analysen zeigen auch, dass die Hälfte der behandelnden Versorger keine Stroke Unit vorhält und zu viele Standorte zu wenig Fälle behandeln. Vor dem Hintergrund, dass der Outcome der Behandlung davon

Netzwerkbildung erforderlich, <https://www.dgnr.org/de-DE/141/thrombektomie-beim-schlaganfall-schnellste-transporte-und-netzwerkbildung-erforderlich>, zuletzt abgerufen am, 26.05.2023.

³⁴⁸ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

abhängt, ob sie auf einer Stroke Unit versorgt wurden, sollten grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten in Sachsen-Anhalt mit Verdacht auf einen akuten Schlaganfall an Krankenhausstandorten mit Stroke Units behandelt werden. Dem koordinierten Einsatz des Rettungsdienstes, der Diagnostik und der Steuerung der Notfallversorgung kommt daher eine besondere Bedeutung zu.³⁴⁹

Vor dem Hintergrund des Personalbedarfs (zum Beispiel Facharztverfügbarkeit) in Verbindung mit den hohen Vorhaltekosten für Stroke Units ist ein Ausbau von Stroke Units in Sachsen-Anhalt kritisch zu prüfen. Das Einrichten der zusätzlich geplanten Stroke Units zur Reduktion der Fahrzeit für den Landkreis Stendal ist aus Sicht der Gutachtenden zwingend erforderlich, da hier die vorgegebenen Fahrzeiten aus dem Krankenhausplan beziehungsweise Rahmenvorgaben erheblich überschritten werden.

Zudem sollten in Sachsen-Anhalt vor dem Hintergrund der optimalen Ressourcenallokation telemedizinische Unterstützungsangebote durch bestehende Stroke Units erweitert werden. Diese werden bereits erfolgreich deutschlandweit eingesetzt und konnten eine deutliche Verbesserung der Patienten-Outcomes belegen. So wird etwa jeder beziehungsweise jede zehnte Schlaganfall-Patienten beziehungsweise Schlaganfall-Patientinnen in Deutschland telemedizinisch behandelt. Die bestehenden telemedizinischen Schlaganfall-Netzwerke erreichen vergleichbar hohe Lyseraten und Verlegungen zur Thrombektomie wie neurologische Stroke-Units.^{350/351}

Neben diesen Maßnahmen sollte grundsätzlich eine Konzentrierung der Leistungen und Behandlungen auf die vorhandenen Stroke Units erfolgen, um eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung von Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten zu gewährleisten. Hierzu sollte vereinzelt eine Konzentration von Versorgungsangeboten in den Ballungsgebieten erfolgen, einhergehend mit einer Bündelung an ein bis zwei Neurovaskulären Zentren, an denen auch rund um die Uhr Thrombektomien durchgeführt werden können.

Allgemein ist dabei eine Abstufung entsprechend der DSG-Zertifizierung sinnvoll (zum Beispiel wie derzeit in regionale und überregionale Einheiten sowie telemedizinische Netzwerke).

Die Akutbehandlung sollte mindestens in einer regionalen Stroke Unit mit entsprechender Ausstattung und Fachexpertise erfolgen. Patientinnen und Patienten, die eine weiterführende Diagnostik, inklusive Neurochirurgie und Neuroradiologie, benötigen, sollten sofort weiter in eine überregionale Einheit verlegt werden. Dies betrifft unter anderem Patientinnen und Patienten mit einem ischämischen Infarkt und einem Verschluss der proximalen Hirnarterien, die potenziell für eine mechanische Rekanalisation infrage kommen.

Des Weiteren sollten zur Sicherstellung der flächendeckenden Schlaganfallversorgung in (ländlichen) Regionen, in denen keine Stroke Unit innerhalb von 45 Minuten erreichbar ist, telemedizinische Netzwerke gefördert werden.

Darüber hinaus sollte die Schlaganfallversorgung bundeslandübergreifend betrachtet und abgestimmt werden, um einerseits der Bevölkerung in den Grenzregionen eine zeitnahe und qualitativ hochwertige

³⁴⁹ Siehe dazu auch die Ausführungen in den vorangegangenen und weiteren Abschnitten in diesem Kapitel.

³⁵⁰ Barlinn et al. (2021): Telemedizin in der Schlaganfallversorgung – versorgungsrelevant für Deutschland, erschienen in: Der Nervenarzt, 92, S. 593-601.

³⁵¹ Weitere Beispiele für Schlaganfallnetzwerke in Deutschland: TEMPiS war ein telemedizinisches Schlaganfall-Netzwerk. Nach einer positiven Outcome-Studie wurde es 2006 von den Bayerischen Krankenkassen in die Regelversorgung überführt (Völkel et al. 2017). Für TEMPiS konnte gegenüber einer nichtspezialisierten Schlaganfall-Therapie eine deutliche Verbesserung des Patienten-Outcomes belegt werden (Audebert et al. 2006). Ein weiteres Beispiel ist das ANNOTeM-Netzwerk. Das telemedizinische Projekt hat das Ziel, die akutneurologische Versorgung in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern durch eine enge Verzahnung neurologischer Zentren und regionaler Krankenhäuser sowie Rettungsdiensten nachhaltig zu stärken.

Versorgung zu garantieren und andererseits die knappen Ressourcen, insbesondere hinsichtlich des Personals, optimal zu berücksichtigen.

5.4 Traumazentren

Da die Notfallversorgung innerhalb des Landes einen besonderen Schwerpunkt darstellt, wird die Situation der Traumazentren im Folgenden noch einmal spezifischer analysiert.

Gemäß dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“³⁵² der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) soll für jede schwerverletzte Person an jedem Ort in Deutschland zu jeder Zeit in gleicher Qualität das Überleben und die bestmögliche Lebensqualität gesichert werden. Dazu wird im Weißbuch eine dreistufige Einteilung der Zentren nach Aufgaben, Charakteristik, Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität, personelle Ausstattung und räumlichen Anforderungen beschrieben. Diese Voraussetzungen werden über einen Zertifizierungsprozess durch die DGU geprüft.

Die drei Stufen sind:

1. Lokales Traumazentrum (LTZ)
2. Regionales Traumazentrum (RTZ)
3. Überregionales Traumazentrum (ÜTZ)

Die Lokalen Traumazentren sind die erste Anlaufstelle für eine adäquate Erstbehandlung und die zielgerichtete Weiterleitung der Patientinnen und Patienten. Hier erfolgt die Akutbehandlung lebensbedrohlicher Verletzungen und die Sicherung der Transportfähigkeit in das nächste Regionale oder Überregionale Traumazentrum.

Grundvoraussetzungen für die erfolgreiche Erstversorgung schwerverletzter Personen im LTZ sind eine 24-Stunden-Bereitschaft und die Fähigkeiten zur Erkennung und Beherrschung lebensbedrohlicher Blutungen im Abdomen (Notfalllaparotomie), Thorax (Notfallthorakotomie) und Becken (Kompression) sowie schwerer Extremitätenverletzungen (Blutstillung).³⁵³

Bei Schwerstverletzungen ist die Weiterversorgung und Verlegung aus einem LTZ oder aus einer Klinik mit Basisnotfallversorgung in ein Traumazentrum der höheren Stufen mit entsprechenden Transportmöglichkeiten notwendig. Siehe dazu auch die Ausführungen im Abschnitt 5.1.

Über die genannten Aufgaben der LTZ hinaus haben RTZ die Aufgaben einer umfassenden Notfall- und Definitivversorgung von Verletzten unter Vorhaltung ausreichender operativer und intensivmedizinischer Kapazitäten wahrzunehmen. Die personellen Ressourcen umfassen die jederzeitig verfügbare Facharztkompetenz der Speziellen Unfallchirurgie.³⁵⁴

Die ÜTZ sind Krankenhäuser, die spezifische Aufgaben und Verpflichtungen zur umfassenden Behandlung aller Mehrfach- und Schwerverletzten, insbesondere solcher mit außergewöhnlich komplexen oder seltenen Verletzungsmustern, besitzen. Als Standorte für ÜTZ eignen sich Universitätskliniken, Krankenhäuser

³⁵² Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, 2019, https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 01.03.2023.

³⁵³ Ebenda, S. 15.

³⁵⁴ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, 2019, S.16, https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 01.03.2023.

der Berufsgenossenschaften und vergleichbar aufgestellte Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Im ÜTZ muss rund um die Uhr (24 Stunden/ 365 Tage) eine personelle Ausstattung vorgehalten werden, die geeignet ist, alle Arten von Verletzungen sowohl im Sinne der Erstversorgung als auch im weiteren Verlauf definitiv versorgen zu können.³⁵⁵

Die Anforderungen an G-BA-Traumazentren sind in Anlage 3 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) geregelt.³⁵⁶ Krankenhäuser, die diese Anforderungen erfüllen, können als G-BA-Traumazentren- zertifiziert werden. Grundlage sind die Erfüllung der Anforderungen an ein ÜTZ gemäß dem „Weißbuch der Schwerverletztenversorgung“. Darüber hinaus sind Qualitätsanforderungen zu besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung, Forschungstätigkeit und zu mindestens einer Spezialisierung zu erfüllen sowie besondere Aufgaben als Teil der Zentrumsregelungen zu übernehmen.

5.4.1 Standorte und Erreichbarkeit der Traumazentren

In Sachsen-Anhalt sind insgesamt 24 Standorte Traumazentren gemäß DGU. 15 Standorte sind als LTZ, vier als RTZ und fünf als ÜTZ eingestuft, wie in Abbildung 76 zu erkennen ist. In Sachsen-Anhalt gibt es nach Angaben der DGU eine etablierte Aufteilung in die Traumanetzwerke Nord und Süd.³⁵⁷

Die drei der vier G-BA-Traumazentren befinden sich im Süden des Landes. Das vierte befindet sich seit Ende 2022 in Magdeburg.³⁵⁸ Diese sind in der Abbildung 76 mit rotem Kreis umrandet.

³⁵⁵ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, 2019, https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, S. 17, zuletzt abgerufen am 01.03.2023.

³⁵⁶ Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen), S. 18 ff., https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2834/Z-R_2022-03-18_iK-2022-04-01.pdf, zuletzt abgerufen am 01.03.2023.

³⁵⁷ Karte des Traumanetzwerkes der DGU, Auswahl Sachsen-Anhalt, <https://map.traumaportal-dgu.de/>, zuletzt abgerufen am 30.05.2023.

³⁵⁸ Mit Kabinettsbeschluss vom 06.12.2022 wurde das Städtischen Klinikum Magdeburg zum G-BA-Traumazentrum ernannt.

Erreichbarkeit Traumazentren 2021: Zertifizierung nach DGU bzw. G-BA

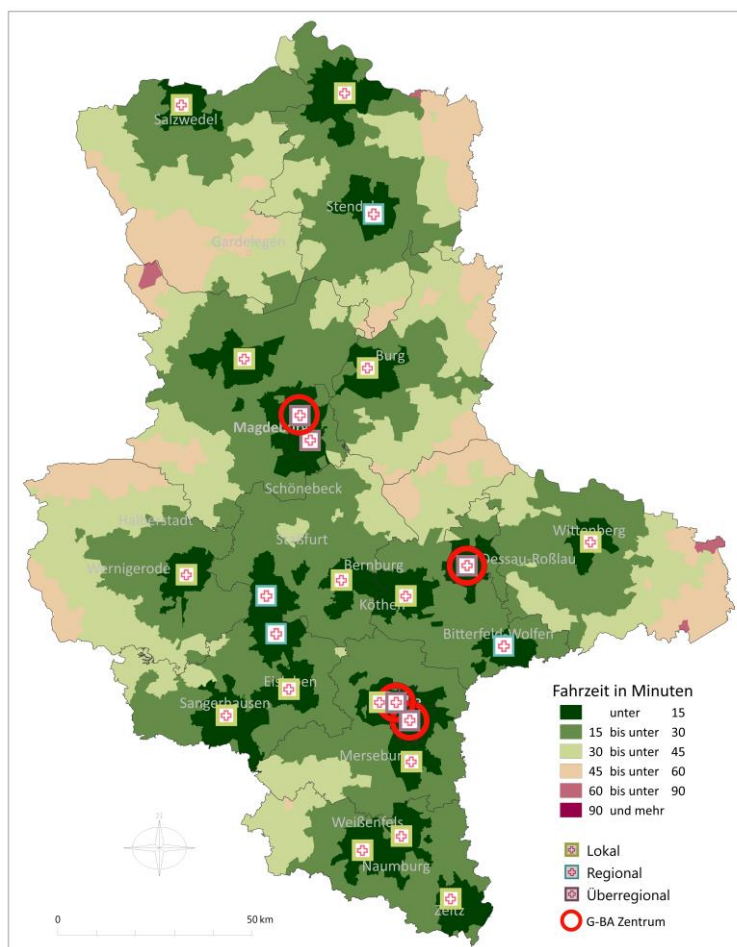


Abbildung 76 Erreichbarkeit der zertifizierten Traumazentren gemäß der Zertifizierungsstufe³⁵⁹

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, sind die Zentren zur Versorgung von traumatischen Verletzungen in Sachsen-Anhalt grundsätzlich gut in der Fläche verteilt. Es kann eine gute Erreichbarkeit in fast allen Teilen des Bundeslandes festgestellt werden. Eine Ausnahme hiervon bilden kleine Bereiche des Nordwestens des Landkreises Börde und des Ostens des Landkreises Wittenberg. Zu beachten ist darüber hinaus jedoch, dass sich bei den Zentren im Norden, das heißt in den Landkreisen Stendal und Altmarkkreis Salzwedel, um zwei LTZ und ein RTZ handelt.

Darüber hinaus wurden zusätzlich die alternativen Fahrzeiten, also die Fahrzeit zum zweitnächsten Versorger, ermittelt und in Abbildung 77 dargestellt. Diese könnten relevant bei zum Beispiel Abmeldungen aus der Traumaversorgung oder sogar Schließung von Standorten sein. Dies wäre auch für den Rettungsdienst grundsätzlich relevant, um eine durchgehende Rettungskette sicherstellen zu können.

³⁵⁹ Eigene Darstellung auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte des Jahres 2021 sowie des Traumanetzwerkes.

Erreichbarkeit eines alternativen Traumazentrums 2021: Zertifizierung nach DGU bzw. G-BA

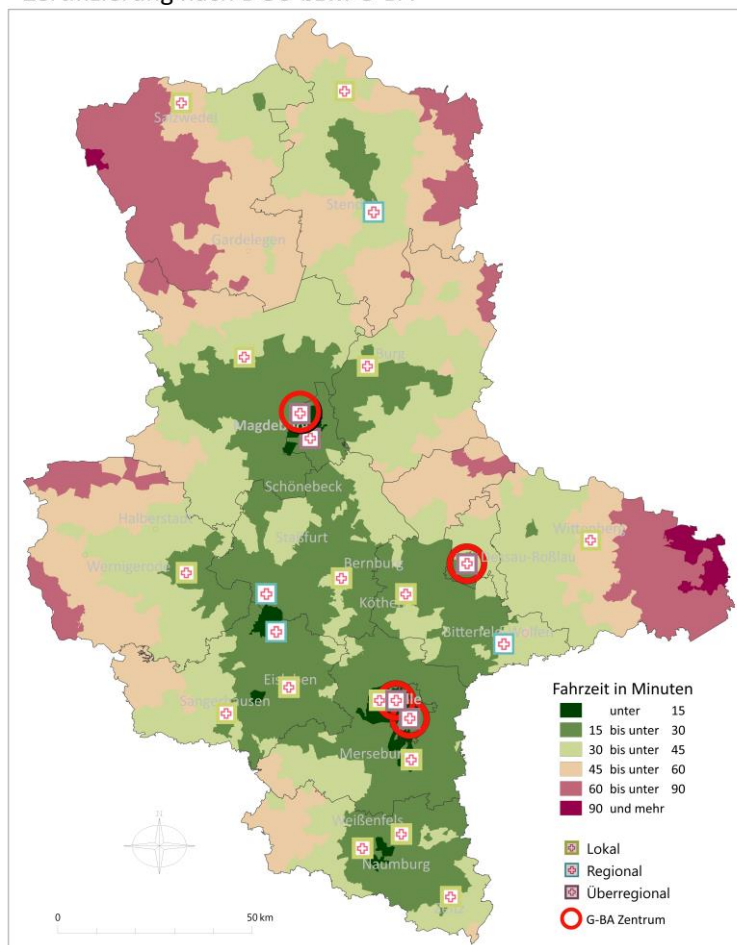


Abbildung 77 Erreichbarkeit eines alternativen zertifizierten Traumazentrums³⁶⁰

Hier sind die Kernbereiche Sachsens-Anhalts gut innerhalb 45 Minuten Fahrzeit für die alternativen Traumazentren erreichbar. Für alle anderen Bereiche müssten größtenteils wesentlich verlängerte Fahrzeiten angenommen werden.

5.4.2 Zusammenfassung

In den Ballungszentren, in der Mitte und im Süden Sachsens-Anhalts stehen zusammenfassend betrachtet, Traumazentren aller Stufen zur Verfügung. Hier kann von einer guten bis sehr guten Erreichbarkeit der Versorgung im traumatologischen Bereich ausgegangen werden.

Mit Blick auf die Ausgestaltung der gestuften Traumazentren innerhalb Sachsens-Anhalts sollte, besonders in den Grenzregionen des Nordens, Ostens und Westens, die auch durch die DGU geforderten zielgerichteten Weiterleitung³⁶¹ durch interhospitalen Transport gemeinsam mit den beteiligten Traumazentren abge-

³⁶⁰ Eigene Darstellung auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte des Jahres 2021 sowie des Traumanetzwerkes.

³⁶¹ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, 2019, https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, S. 15, zuletzt abgerufen am 01.03.2023.

stimmt und koordiniert werden. Dazu sollten die geeigneten (auch Luft-) Transportmittel und das entsprechende Personal zur Verfügung stehen. Um eine flächendeckende traumatologische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, sollte im besten Fall kein Standort aufgegeben werden.

5.5 Mindestmengen

5.5.1 Hintergrund

Im Dezember 2005 wurde mit der ersten Fassung der Regelung des G-BA gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für gemäß § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Mindestmengenregelung in der deutschen Krankenhauslandschaft etabliert.³⁶² Die Mindestmengen (MiMe) stellen ein definiertes Mindestmaß an Leistungen dar und können sich auf die jeweiligen Leistungen je Ärztin/Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Ärztin/Arzt und Standort eines Krankenhauses beziehen.

Zur Definition der Mindestmengen wurde durch den G-BA ein Katalog mit planbaren stationären Leistungen beschlossen, bei denen davon ausgegangen wird, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Dabei wird auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Studien zurückgegriffen, die auf einen positiven Zusammenhang einer höheren Fallzahl auf das Sterblichkeits- sowie das Komplikationsrisiko hinweisen.

Durch die Einführung der festgelegten Mindestmengen sollte kein Instrument zur Qualitätsmessung geschaffen werden, sondern vielmehr einer Gelegenheitsversorgung von hochkomplexen und risikoreichen Eingriffen entgegengewirkt werden. Die Tabelle 19 zeigt die derzeit in Deutschland gültigen Mindestmengen.

Ausschlaggebend für die Beurteilung, ob ein Krankenhaus die Leistung im Zuge der Mindestmengenregelung erbringen darf, sind die vom Krankenhaus übermittelten Fallzahlen des Vorjahres sowie Sachverhalte, die das Krankenhaus zur Begründung für angenommene Fallzahlsteigerungen anführt. Sofern ein Krankenhaus an der Leistungserbringung erstmalig teilnimmt, hat dieses Krankenhaus 24 Monate Zeit, die geforderte Mindestmenge zu erfüllen, wobei es in den ersten zwölf Monaten mindestens 50 Prozent der für die Monate 13 bis 24 geltenden Mindestmenge zu erfüllen hat.

Haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen an der Richtigkeit dieser Prognose begründete sowie erhebliche Zweifel und widerlegen diese, greift gemäß § 136 b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V für diese Leistung ein Erbringungsverbot, wodurch der Vergütungsanspruch entfällt.³⁶³

Die Einführung der Mindestmengen wird jedoch immer wieder kontrovers diskutiert. So bilden die Mindestmengenregelungen laut Fachgesellschaft der Chirurgie beispielsweise nicht die Versorgungsrealität ab und orientieren sich nicht an der praktischen Umsetzbarkeit. Auch werden Fragen hinsichtlich der Gestaltung und möglichen Auswirkungen auf die Einrichtungen bezogen auf die Weiterbildung von Fachärztinnen und Fachärzten außer Acht gelassen.³⁶⁴

³⁶² G-BA (2022): Mindestmengenregelungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>, zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

³⁶³ G-BA (2022): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2834/Z-R_2022-03-18_iK-2022-04-01.pdf, zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

³⁶⁴ Lang, H.; Grimminger, P. P.; Meyer, H.-J. (2022): Mindestmengenregelungen in der Chirurgie aus Sicht der Fachgesellschaft (DGCH), <https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-022-01596-w>, zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

Im Zuge dieser Diskussion stellt sich auch die Frage, ob eine auf den einzelnen Arzt oder auf ein Team abgestellte Mindestmenge nicht besser zu Erhöhung der Patientensicherheit geeignet wäre. Durch die Ausrichtung auf Teams könnte gegebenenfalls eine bessere Expertise aufgebaut und abgebildet werden, im Gegensatz zu der aktuellen Vorgehensweise, die an strukturelle Vorgaben an dem durchführenden Standort ausgerichtet ist.³⁶⁵

Auch die Zählweise durch die Aufnahme zum Beispiel komplexer OPS-Kodes in die Mindestmengenregelung erleichtert auf der einen Seite die Zählweise je Krankenhausstandort, schließt auf der anderen Seite jedoch Krankenhäuser, die zum Beispiel weniger komplexe Prozeduren im Bereich der Grundversorgung anbieten, aus. Zudem zeigt sich im europäischen Vergleich, dass in anderen Ländern oftmals für eine größere Anzahl von Leistungen Mindestmengen definiert und etabliert sind und diese im Vergleich zu den G-BA-Vorgaben deutlich höher liegen.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der inkonsequenten Umsetzung der Mindestmengenregelung. Eine Analyse des Science Media Centers, der Weißen Liste und der Bertelsmann-Stiftung zeigt, dass trotz der definierten Mindestmengen für die in Tabelle 19 genannten sieben Indikationen 459 von 1.157 Krankenhäuser (39,7 Prozent) im Jahr 2017 komplexe Eingriffe vorgenommen haben, obwohl diese die vorgegebenen Fallzahlen unterschritten haben. Dies würde laut der Studie rund 4.300 Operationen betreffen.³⁶⁶

Tabelle 19 Mindestmengenregelung gemäß G-BA-Richtlinie³⁶⁷

Leistungen MiMe G-BA	MiMe gemäß RL ST	Übergangsregelung beziehungsweise Hinweise
Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	20	-
Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25	-
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene (Speiseröhre)	26	Bis 2022 MiMe 10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	10	Bis 2023 MiMe 10 Ab 2024 MiMe 15 Ab 2025 MiMe 20
Stammzelltransplantation	25	Bis 2024 MiMe 25 Ab 2025 MiMe 40
Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	50	-
Koronarchirurgische Eingriffe (derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge)	-	-
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 Gramm	20	Bis 2022 MiMe 14 Ab 2023 MiMe 20 Ab 2024 MiMe 25
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	-	Bis 2023 MiMe 0 Ab 2024 MiMe 50 Ab 2025 MiMe 100

³⁶⁵ Follert, P.; Schuster, H. Malzahn J. (2019): Neustart: Überlegungen im „Jahr eins“ nach Änderung der Mindestmengenregelung, [af8ee5c75017ddce83d9de38399ed9136c81a93c.pdf \(mwv-berlin.de\)](https://www.mwv-berlin.de/af8ee5c75017ddce83d9de38399ed9136c81a93c.pdf), zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

³⁶⁶ Badenberg, C. (2020): Mindestmengen für Operationen werden großflächig ignoriert, <https://link.springer.com/article/10.1007/s15004-020-7989-4>, abgerufen am 02.03.2023.

³⁶⁷ G-BA (2022): Mindestmengenregelungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>, abgerufen am 02.03.2023.

Leistungen MiMe G-BA	MiMe gemäß RL ST	Übergangsregelung beziehungsweise Hinweise
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	-	Bis 2023 MiMe 0 Ab 2024 MiMe 40 Ab 2025 MiMe 75

Für die Mindestmengenregelung im Bereich der Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) sowie für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre) für Erwachsene und komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse) erfolgt im weiteren Verlauf eine Detailanalyse. Die Daten sowie die ermittelten Mittelwerte wurden bereinigt, um das Versorgungsgeschehen möglichst real abzubilden.

Da die Leistungserbringung im Bereich Leber-, Nieren und Stammzellentransplantation ausschließlich an den universitären Einrichtungen erfolgt, wird das Versorgungsgeschehen im Folgenden nicht näher erläutert. Ein ähnliches Bild bezogen auf die teilnehmenden Leistungserbringer zeigt sich bei der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 Gramm. Neben den beiden Unikliniken übernimmt das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara für diese Leistungen ebenfalls den Versorgungsauftrag. In diesem Fall ist die prospektive Ausweitung der geltenden Mindestmengenregelung auf sukzessive 25 Eingriffe je Standort zu berücksichtigen (Tabelle 19). Im Mittel wurde diese Mindestmenge von allen genannten Einrichtungen sowohl im Zeitraum von 2017 bis 2019 als auch von 2020 bis 2021 erreicht.

Ebenfalls wurde auf die Analyse koronarchirurgischer Eingriffe verzichtet, da hier keine konkrete Mindestmenge vorliegt. Da die Mindestmengen für die chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) und die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen erst ab 2024 greifen, wurde auch für diese Bereiche auf eine Analyse verzichtet.

Mit Blick auf die Regelung, dass Krankenhäuser die Möglichkeit haben, über einen Zeitraum von 24 Monaten die Erreichung der Mindestmengen zu erfüllen, beruhen die folgenden Analysen auf den Daten der Jahre 2017 bis 2021 basierend auf den Angaben aus den strukturierten Qualitätsberichten der einzelnen Krankenhäuser Sachsen-Anhalts. Dadurch, dass insbesondere das Jahr 2020 von starken Covid-19-Folgen im elektiven Bereich betroffen war, wird in den folgenden Analysen der Mittelwert 2017 bis 2019 als führender Wert analysiert.

5.5.2 Versorgungsanalyse bei Kniegelenk-Totalendoprothesen

Im Zuge der Untersuchungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu Eingriffen im Bereich der Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) wurde eine positive Korrelation zwischen der Ergebnisqualität und der Fallzahl festgestellt. So zeigt sich, dass bei Eingriffen, die in Einrichtungen mit mehr als 50 Knie-TEPS durchgeführt werden, weniger schwere Komplikationen auftreten. Zudem ist zu erkennen, dass diese Einrichtungen im Vergleich kürzere Krankenhausaufenthalte zu verzeichnen haben und es seltener zu Wiederaufnahmen kommt.³⁶⁸

In den Jahren 2017 bis 2019 wurde die Knie-TEP im Mittel jährlich mehr als 4.400-mal an den Krankenhausstandorten in Sachsen-Anhalt durchgeführt. In den Jahren 2020 bis 2021 waren es im Mittel jährlich 3.800 Eingriffe. Die Abbildung 78 zeigt die Verteilung dieser Fälle auf Standortebene. Die Abbildung macht

³⁶⁸ IQWiG (2022): Mindestmengen bei Knie-TEP: Höhere Fallzahlen bringen mehr Behandlungsqualität, https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_62336.html, zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

deutlich, dass 34 der 54 Krankenhausstandorte, das heißt rund 68 Prozent der Standorte, diese Eingriffe durchführen.

Dabei ist jedoch festzustellen, dass die Anzahl der durchgeführten Eingriffe stark schwankt. Die Analyse zeigt, dass 20 Standorte rund 80 Prozent des Versorgungsgeschehens abbilden. Diese Einrichtungen erbringen im Mittel mehr als 100 Eingriffe im Jahr. Im Vergleich hierzu zeigt sich bezogen auf den Mittelwert der Jahre 2017 bis 2019, dass drei Standorte die geforderte Mindestmenge von 50 nicht erreichten. Bezogen auf den Mittelwert 2020 bis 2021 waren es vier Einrichtungen.

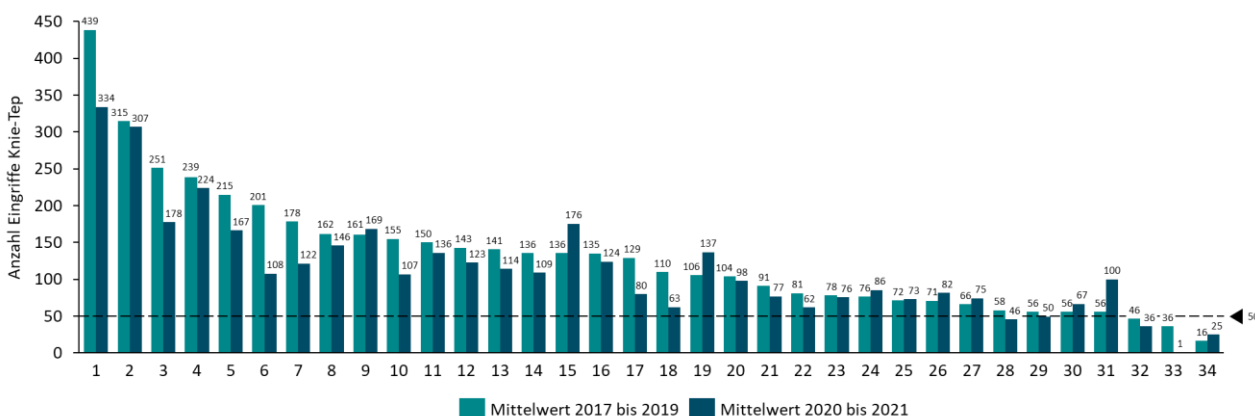


Abbildung 78 Anzahl der Knie-TEP-Eingriffe je Krankenhausstandort gemäß der strukturierten Qualitätsberichte (Datenbasis Mittelwert 2017 bis 2019 sowie 2020 bis 2021)³⁶⁹

Die Erreichbarkeitsanalyse in Abbildung 79 zeigt, dass auf Basis des Leistungsgeschehens in den Jahren 2017 bis 2019 für Knie-TEP-Eingriffe eine gute Erreichbarkeit gewährleistet war und der Großteil der Bevölkerung einen Standort, der die Mindestmengen erfüllt, innerhalb von 45 Minuten erreichen konnte. Insbesondere die Ballungsgebiete Magdeburg und Halle weisen eine hohe Dichte an Versorgern auf.

Lediglich an den Landesgrenzen der Landkreise Stendal, Jerichower Land, Wittenberg, Altmarkkreis-Salzwedel und Harz zeigen sich vereinzelt Fahrzeiten von mehr als 45 Minuten. Eine Mitversorgung durch andere Bundesländer kann vermutet werden.

³⁶⁹ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt der Jahre 2017 bis 2021.

Erreichbarkeit Standorte (Ø 2017 bis 2019): Knie-TEP-Versorgung

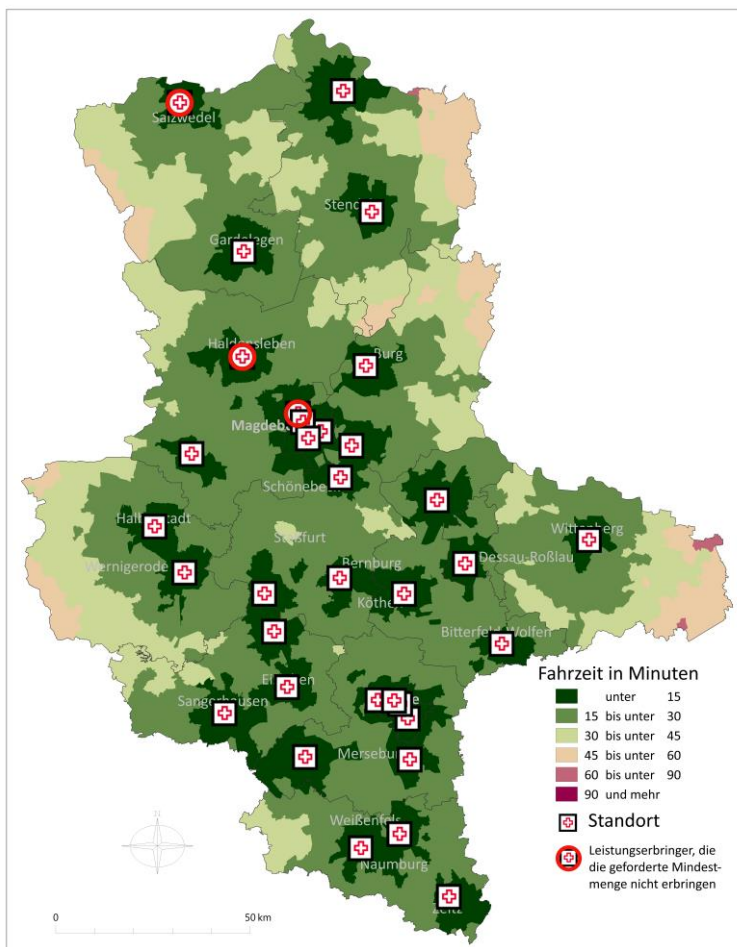


Abbildung 79 Erreichbarkeitsanalyse für alle Versorger mit Knie-TEP-Eingriffen, Datenbasis 2017 bis 2019³⁷⁰

Die Simulation der Auswirkungen (Abbildung 80) auf die Erreichbarkeit bei einer Erhöhung der Mindestmenge auf beispielsweise 100 Eingriffe je Einrichtung zeigt, dass auch in diesem Fall die Erreichbarkeit eines entsprechenden Standortes innerhalb von 45 Minuten sichergestellt wäre. Dieses Szenario hätte jedoch zur Folge, dass die Bevölkerung in den nördlichen Landkreisen teilweise mit längeren Fahrzeiten zu einem Standort zu rechnen hätten.

³⁷⁰ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt der Jahre 2017 bis 2021.

Erreichbarkeit Versorger (Ø 2017 bis 2019):

Knie-TEP-Versorgung Mindestmenge >100

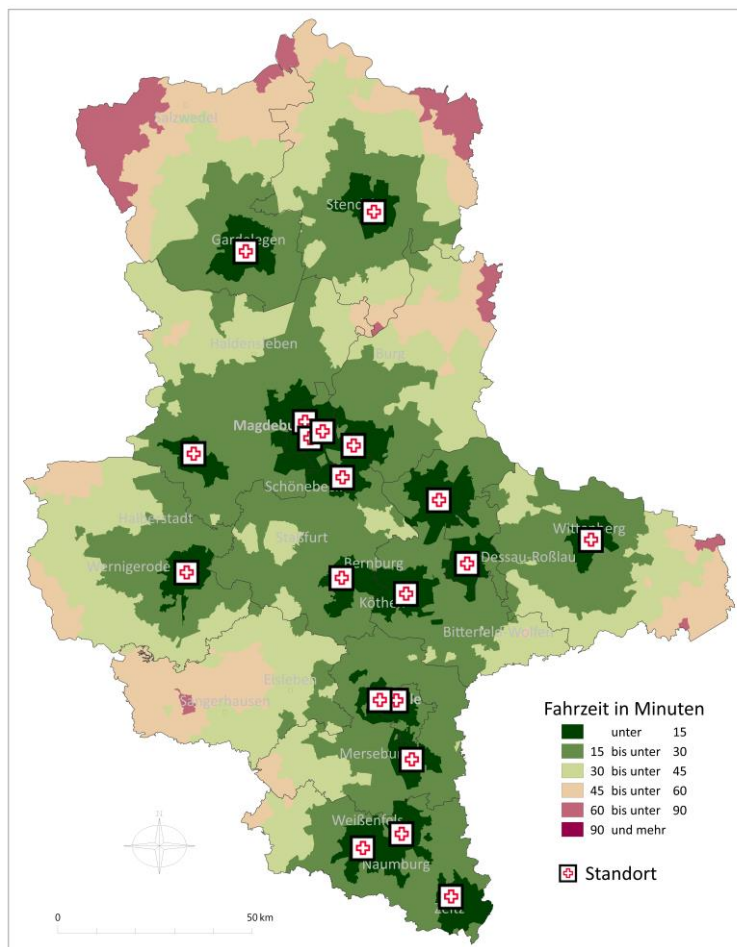


Abbildung 80 Erreichbarkeitsanalyse für alle Versorger mit Knie-TEP-Eingriffen, MiMe > 100, Datenbasis 2017 bis 2019³⁷¹

Insgesamt würden basierend auf dem Mittelwert 2017 bis 2019 20 Standorte eine Mindestmenge von 100 Eingriffen erfüllen. An den anderen 14 Standorten, die die Mindestmenge dann nicht erfüllen würden, wurden auf Basis des Mittelwertes 2017 bis 2019 rund 860 Fälle behandelt, sodass rechnerisch acht weitere Standorte diese Mindestmenge erfüllen könnten, sofern die Fälle entsprechend verteilt würden. Mit Blick auf die Versorgung der Bevölkerung und die Erreichbarkeit wäre eine strategischere Auswahl dieser Leistungserbringer sinnvoll, um zu vermeiden, dass beispielsweise in Ballungsgebieten weitere Versorger etabliert werden.

5.5.3 Versorgungsanalyse bei komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas für Erwachsene (Bauchspeicheldrüse)

Im Bereich der komplexen Eingriffe am Organsystem Pankreas ist eine sukzessive Erhöhung der Mindestmengen von aktuell zehn auf 20 Eingriffe bis zum Jahr 2025 vorgesehen.

³⁷¹ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt der Jahre 2017 bis 2021.

Dass eine niedrigere Komplikationsrate mit einer höheren Anzahl an Eingriffen einhergeht, zeigt unter anderem die Untersuchung durch Krautz et al.³⁷² (2018). Im Zuge dieser Untersuchung wurden über 60.000 Pankreas-Eingriffe in Deutschland ausgewertet, um einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit und den Behandlungsergebnissen zu analysieren. Unter anderem wurde nachgewiesen, dass die Interventionsrate wegen Komplikationen nach Pankreas-Eingriffen in sogenannten Very-high-volume-Krankenhäuser (median 105 Eingriffe pro Jahr) 24,2 Prozent betrug und in den sogenannten Very-low-volume-Krankenhäuser (median 4 Eingriffe pro Jahr) bei 36,8 Prozent lag.³⁷³

Die Versorgungsanalyse komplexer Eingriffe am Organsystem Pankreas für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt (Abbildung 81), dass jährlich im Mittel rund 330 Pankreas-Eingriffe an 18 Krankenhausstandorten durchgeführt wurden.

Auffällig ist die starke Schwankung bei der Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Einrichtung. Weniger als die Hälfte der Krankenhausstandorte erbrachte signifikant mehr Eingriffe als die bis 2022 geforderte Mindestmenge von zehn Eingriffen pro Krankenhausstandort. Es zeigt sich, dass fünf Versorger im Bereich der Pankreas-Versorgung rund 60 Prozent des Leistungsgeschehens abbilden. Mit Blick auf den Mittelwert der Jahre 2017 bis 2019 erreichten fünf der Versorger die Mindestmenge nicht.

Ebenso auffällig ist die deutliche Steigerung der Anzahl der Eingriffe an den Standorten 10 und 18 zwischen 2019 und 2021.

Mit Blick auf die 2025 greifende Mindestmenge von 20 Eingriffen pro Krankenhausstandort zeigt sich, dass nur fünf Einrichtungen signifikant Leistungen oberhalb dieser Mindestmenge im Bereich der komplexen Eingriffe am Organsystem Pankreas erfüllen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei einer Erhöhung der Mindestmengen die Fälle von Einrichtungen mit zu geringen Fallzahlen auf andere Standorte verteilt werden müssten. Basierend auf dem Mittelwert der Jahre 2017 bis 2019 wären dies 145 Fälle.

Ausgehend von einem theoretischen Beispiel auf Basis des genannten Leistungsgeschehens könnten bei einer Gleichverteilung der 330 Eingriffe 16 Versorger die Mindestmenge von 20 Eingriffen erfüllen.

³⁷² Krautz, C.; Nimptsch, U., Weber, G. F.; Mansky, T.; Grützmann, R. (2018): Effect of hospital volume on in-hospital morbidity and mortality following pancreatic surgery in Germany, https://journals.lww.com/annalsurgery/Abstract/2018/03000/Effect_of_Hospital_Volume_on_In_hospital_Morbidity.3.aspx, abgerufen am 02.03.2023.

³⁷³ Ebenda.



Abbildung 81 Anzahl der Pankreas-Eingriffe je Krankenhausstandort gemäß der strukturierten Qualitätsberichte (Datenbasis Mittelwert 2017 bis 2019 sowie 2020 bis 2021)³⁷⁴

Bei Interpretation der Zahlen ist jedoch zu berücksichtigen, dass operative Situationen entstehen können, in denen im Rahmen eines Zufallsbefundes oder einer Notfalloperation die Abwägung zwischen einer direkten Entfernung oder einer erneuten Operation getroffen werden muss und vereinzelt Krankenhäuser diese Eingriffe in geringem Umfang im Jahr ungeplant erbringen müssen.

Für die Analyse der Erreichbarkeit eines Standortes, der die Vorgaben erfüllt, wurden mehrere Annahmen für die Mindestmenge simuliert.

In Abbildung 82 wird die Fahrzeit zu den aktuell teilnehmenden Versorgern auf Basis der Jahre 2017 bis 2019 visualisiert. In Abbildung 83 sind die Erreichbarkeiten bei Erhöhung der Mindestmengen auf 20 Eingriffe ersichtlich.

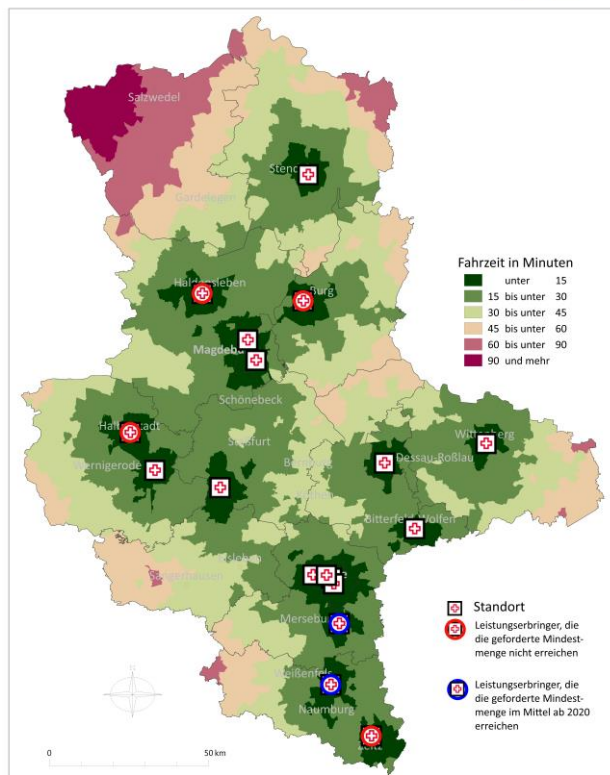
Es zeigt sich, dass bei der aktuell geltenden Mindestmenge von zehn Eingriffen eine gute Erreichbarkeit fast im ganzen Land gegeben ist (Abbildung 82). Vereinzelt sind jedoch Fahrzeiten von mehr als 45 Minuten für die Einwohnerinnen und Einwohner, insbesondere im Altmarkkreis Salzwedel, zu verzeichnen.

Darüber hinaus ist an den Landesgrenzen ein ähnliches Bild hinsichtlich der Fahrzeiten von mehr als 45 Minuten erkennbar, wobei hier von einer Mitversorgung weiterer Krankenhäuser außerhalb Sachsen-Anhalts ausgegangen werden kann.

Bei einer Erhöhung der Mindestmengen auf 20 werden jedoch deutliche Einschränkungen bei der Erreichbarkeit ersichtlich. Die Abbildung 83 visualisiert dieses Szenario. Bezogen auf die in der dargestellten Erreichbarkeitsanalyse der Einrichtungen, die eine Mindestmenge von 20 erfüllen, ist zu beachten, dass hierbei auch die Einrichtungen abgebildet werden, die im Mittel in den Jahren 2020 bis 2021 diese geforderte Mindestmenge erfüllten. Auf Basis dieser Analyse wird deutlich, dass eine adäquate Erreichbarkeit sachsen-anhaltinischer Versorger nur in den Regionen um Halle, Magdeburg, Calbe und Aschersleben gegeben wäre.

³⁷⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt der Jahre 2017 bis 2021.

Erreichbarkeit Standorte (Ø 2017 bis 2019): PD
 Pankreas Versorgung



Erreichbarkeit Versorger (Ø 2017 bis 2021): PD
 Pankreas Versorgung Mindestmenge >20

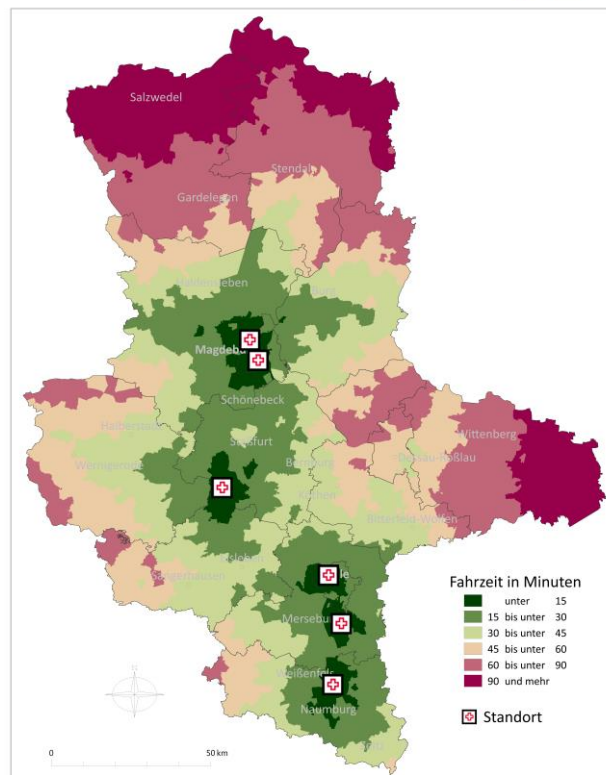


Abbildung 82 Erreichbarkeitsanalyse aller Pankreas-Versorger, Datenbasis 2017 bis 2019, die die geforderte MiMe von zehn Eingriffen erfüllen³⁷⁵

Abbildung 83 Erreichbarkeitsanalyse aller Pankreas-Versorger, MiMe > 20, Datenbasis 2017 bis 2021³⁷⁶

Im Zuge dieser Szenarien-Betrachtung ist die Umverteilung der Eingriffe, die den Standorten durchgeführt werden, die nicht die Mindestmenge erfüllen, zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Simulationen könnte beispielsweise steuernd durch das Land eingegriffen werden, indem beispielsweise ein Leistungserbringer in Stendal anhand der aktuell gegebenen Strukturen weiter ausgebaut wird.

Auf Basis des aktuellen Leistungsgeschehens gäbe es jedoch nicht ausreichend Fälle zu Erreichung der Mindestmenge. Zu eruieren wäre, ob für diese Fälle eine gezielte Steuerung innerhalb Sachsen-Anhalts erfolgen soll. So könnten beispielsweise die vorhandenen Strukturen zur Diagnostik genutzt werden, während die eigentlichen Eingriffe in Zentren, wie beispielsweise Magdeburg, durchgeführt werden würden.

5.5.4 Versorgungsanalyse bei komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene (Speiseröhre)

Mit Jahresbeginn 2023 wurde die Mindestmenge im Bereich der komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus von zehn auf 26 angehoben. Die Analyse der im Mittel erbrachten Leistungen in diesem Bereich der Jahre 2017 bis 2019 zeigt, dass 4 der 8 Einrichtungen die in 2021 geforderte Mindestmenge von 10 erfüllten (Abbildung 84).

³⁷⁵ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt 2017 bis 2021.

³⁷⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt 2017 bis 2021.

Mit Blick auf die ab dem Jahr 2023 geforderte Mindestmenge von 26 ist erkennbar, dass bezogen auf den Mittelwert von 2017 bis 2019 lediglich eine Einrichtung diese bereits erfüllt hätte. Bezogen auf den Mittelwert von 2020 bis 2021 wären es zwei Einrichtungen.



Abbildung 84 Anzahl der Ösophagus-Eingriffe je Krankenhausstandort gemäß der strukturierten Qualitätsberichte (Datenbasis Mittelwert 2017 bis 2019 sowie 2020 bis 2021)³⁷⁷

Abbildung 85 zeigt die Erreichbarkeit aller Einrichtungen, die 2017 bis 2019 Eingriffe am Ösophagus durchführten. Die Versorger sind insbesondere in den Ballungsräumen Magdeburg und Halle vertreten, wo sich entsprechend kurze Fahrzeiten für die Bevölkerung ergeben. Hingegen sind Bewohnerinnen und Bewohner anderer Regionen von Fahrzeiten von mehr als 45 Minuten betroffen. Insbesondere im nördlichen Teil Sachsen-Anhalts treten für Teile der Bevölkerung Fahrzeiten von mehr als 60 Minuten auf.

In Abbildung 86 sind nur die Standorte dargestellt, die anhand ihrer im Jahr 2021 erbrachten Fallzahlen, die für das Jahr 2023 vorgesehene Mindestmenge von 26 Eingriffen erreicht hätten. Wie bereits in Abbildung 40 dargestellt, erfüllten lediglich die Uniklinika die geforderte Mindestmenge von 26 Eingriffen auf Basis der Daten 2017 bis 2021. Da ein weiterer Standort sowohl im Mittel der Jahre 2017 bis 2019 als auch 2020 bis knapp unter der geforderten Mindestmenge lag, wird dieser ebenfalls auf der Karte in Abbildung 86 dargestellt.

Die drei in der Karte dargestellten Standorte erbringen 76 Prozent aller Ösophagus Fälle in Sachsen-Anhalt. Die Abbildung 86 veranschaulicht diese Standorte bezogen auf die Erreichbarkeit für die Einwohnerinnen und Einwohner Sachsen-Anhalts. Außerhalb der genannten Ballungsräume sind durchgehend Fahrzeiten von mehr als 45 Minuten erforderlich. Es bleibt aber noch festzuhalten, dass Eingriffe am Ösophagus typischerweise sehr schwer und komplex sind und elektiv erfolgen. Entsprechend sind hier längere Fahrzeiten hinnehmbar.

³⁷⁷ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

Erreichbarkeit Standorte (Ø 2017 bis 2019): PD
Ösophagus Versorgung

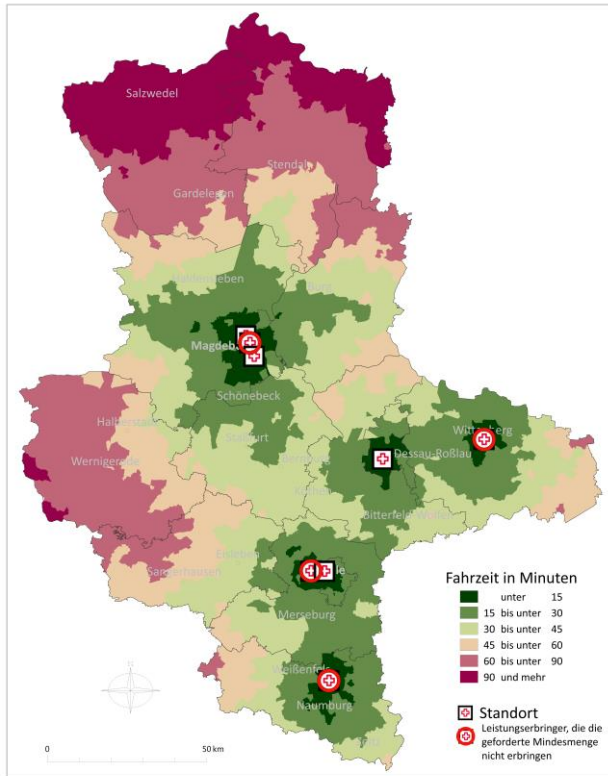


Abbildung 85 Erreichbarkeitsanalyse aller Ösophagus-Versorger, Datenbasis 2017 bis 2019³⁷⁸

Erreichbarkeit Versorger (Ø 2017 bis 2021): PD
Ösophagus Versorgung Mindestmenge >26

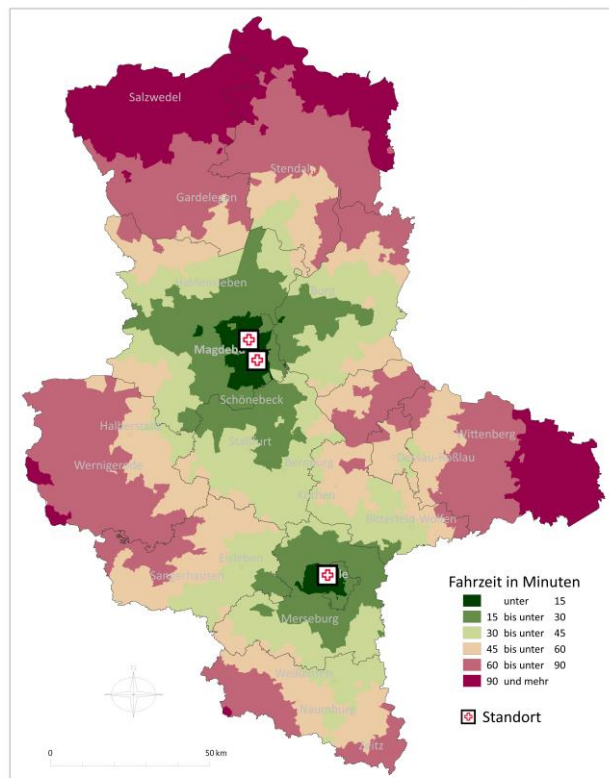


Abbildung 86 Erreichbarkeitsanalyse alle Ösophagus-Versorger, MiMe > 26 Datenbasis 2017 bis 2021³⁷⁹

Aufgrund der geforderten Mindestmenge von 26 Eingriffen sollte aus Sicht der Gutachtenden eine gezielte Konzentration der Versorgung erfolgen. Zudem scheinen vor dem Hintergrund der gegebenen Fallzahlen drei Versorger im Land ausreichend.

5.5.5 Zusammenfassung

Die obigen Analysen zeigen, dass aktuell eine adäquate Erreichbarkeit von Versorgern, die die Leistungen – insbesondere im Bereich der Knie-TEP und der Pankreas Versorgung – erbringen, die den Mindestmengen unterliegen, gegeben ist.

Es ist zudem erkennbar, dass die Mindestmengen im Bereich der Knie-TEP innerhalb Sachsen-Anhalts flächendeckend durch die Standorte erreicht werden. Auffällig ist dabei aber die starke Schwankungsbreite der Fallzahlen zwischen den Standorten.

Im Gegensatz dazu werden die Mindestmengen im Bereich der komplexen Eingriffe am Organsystem Pankreas und Ösophagus nur von wenigen Einrichtungen erreicht. In den meisten Fällen werden die Mindestmengen nur relativ knapp erfüllt. Mit Blick auf die Ausweitung der Regelungen zu den Mindestmengen (Erhöhung der geforderten Mindestmenge) wäre es notwendig, die aktuell erbrachten Eingriffe an wenigen

³⁷⁸ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

³⁷⁹ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

Standorten noch stärker zu konzentrieren und sogenannte Kompetenzzentren aufzubauen. Nur so können die geforderten Mindestmengen zumindest von einigen Versorgern erreicht werden. Zu prüfen wäre, ob diese Kompetenzzentren sich anhand der Nord-Süd-Clusterung orientieren sollten. Hierzu wären jedoch weitere Analysen und Szenarien-Betrachtungen erforderlich.

Es ist zu prüfen, ob die entsprechende Diagnostik, die diese Eingriffe erfordert, außerhalb dieser Zentralisierung beispielsweise durch telemedizinische Netzwerke lokal erfolgen könnte, um der Bevölkerung in ländlichen Regionen einen einfacheren Zugang zur Diagnostik zu ermöglichen. Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch, dass die operative Leistung – beispielsweise durch telemedizinische Diagnostik – nicht substituiert werden kann. Vielmehr sollte nach einer Diagnose eine gezielte Verlegung in die Zentren erfolgen. Dies würde den Ausbau eines Kooperationsnetzwerks erfordern, inklusive definierter Zuweisungs- und Kooperationsstrukturen. So wären auch längere Fahrzeiten zur Behandlung zumutbar.

Im Zuge dessen wäre abzuwägen, ob das Land von seinem Recht Gebrauch macht, die Mindestmengenregelungen an die Voraussetzungen im Land anzupassen. So kann beispielsweise die Etablierung höherer Mindestmengen im Bereich der Knie-TEP-Versorgung sinnvoll sein, um eine höherwertige Infrastruktur auch mit Blick auf das Personal für die Patienten vorzuhalten. Es sollte jedoch grundsätzlich sichergestellt werden, dass Einrichtungen die an der Versorgung teilnehmen, die geforderten Mindestmengen dauerhaft erreichen.

Neben den dargestellten Mindestmengen sollte prospektiv die Entwicklung der ab 2024 gültigen Mindestmengen für Brustkrebs-Operationen und für thoraxchirurgische Behandlungen von Lungenkrebs und deren Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen berücksichtigt werden.

5.6 Zentren

Studien aus anderen europäischen Ländern konnten bereits zeigen, dass eine Konzentration von Leistungen einen positiven Einfluss auf die Behandlungsergebnisse hat. Auch mit Blick auf die Krankenhausplanung innerhalb Sachsen-Anhalts stellt die Zentralisierung von Strukturen und Leistungen aus Sicht der Gutachtenden einen wesentlichen Punkt für die zukünftige Gestaltung dar. Im Folgenden werden daher bestehende Zentrumsstrukturen, insbesondere die G-BA Zentren sowie spezialisierte Zentren näher analysiert.

5.6.1 G-BA Zentren

Im allgemeinen Sprachgebrauch ist ein medizinisches Zentrum leicht zu definieren. So kann sich der Zentrumsbegriff auf eine Einrichtung beziehen, in der eine spezielle und auf eine bestimmte Indikation ausgerichtete Versorgung angeboten wird. Es sind somit Einrichtungen, die sich auf die Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer bestimmten Erkrankung oder einem bestimmten Gesundheitsproblem spezialisiert haben.

In der Krankenhausplanung und Abrechnungslogik gestaltet sich dies jedoch deutlich komplexer. Im engeren Sinne könnte jede Fachabteilung eines Krankenhauses nach der obigen Definition als ein medizinisches Zentrum gelten. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2018 im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes der G-BA beauftragt, bis zum 31. Dezember 2019 Zentren anhand klarer Kriterien zu definieren, um die akutstationäre Versorgung mit Blick auf eine qualitativ hochwertige Versorgung zu verbessern. Hierzu hat der G-BA bundeseinheitlich Zentrumsarten identifiziert und entsprechende spezifische Qualitätsanforderungen sowie besondere Aufgaben festgelegt.

Die genannten Qualitätsanforderungen umfassen in diesem Zusammenhang beispielsweise Vorgaben zu Art und Anzahl von Fachabteilungen, Mindestfallzahlen oder Kooperationen mit anderen Leistungserbringern. Neben der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen sollen gemäß G-BA sogenannte besondere Aufgaben durch die Zentren wahrgenommen werden. Diese besonderen Aufgaben liegen insbesondere in den folgenden Fällen vor:

- Überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung,
- Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen,
- Notwendigkeit zur Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.³⁸⁰

Es handelt sich beispielsweise um Leistungen, die für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser erbracht werden, zum Beispiel in Form von:

- interdisziplinären Fallkonferenzen,
- regelmäßigen, strukturierten, zentrumsbezogenen Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen,
- einer Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich oder
- einer Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen.³⁸¹

Die Finanzierung dieser Zentren erfolgt gemäß § 5 Absatz 3 KHEntgG über die sogenannten Zentrumszuschläge außerhalb des DRG-Systems. Die besonderen Aufgaben erfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen des KHEntgG oder nach Regelungen des SGB V vergütet werden. Zudem sollen mithilfe dieser Zentrumsvergütung übergreifende Aufgaben, wie die Bereitstellung einer Informationsplattform oder die Registerführung und -auswertung-, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, finanziert werden. Die in Abbildung 87 genannten Regelungsebenen sind hierbei zu berücksichtigen.




	Bundesebene	Durch den G-BA werden die besonderen Aufgaben eines „Zentrums“ in einem Fachbereich definiert. Zudem werden die damit verbundenen Qualitätsanforderungen, wie die Art und Anzahl der Fachabteilungen und die Mindestfallzahlen, festgelegt.	Zentrums-Regelungen
	Landesebene	Auf Basis der G-BA-Regelungen weist die Krankenhausplanungsbehörde Zentren aus und weist die konkreten besonderen Aufgaben zu.	Landeskrankenhausplan
	Ortsebene	Zwischen den Zentren und den Krankenkassen wird die Höhe des Zuschlags für eine konkrete besondere Aufgabe, beispielsweise ein Zuschlag für Fallkonferenzen für x Patientinnen und Patienten pro Jahr vereinbart.	Budget-Verhandlung

Abbildung 87 Regelungsebenen der Zentrums-Regelungen des G-BA³⁸²

³⁸⁰ G-BA (2022): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2834/Z-R_2022-03-18_iK-2022-04-01.pdf, zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

³⁸¹ Ebenda.

³⁸² Eigene Darstellung in Anlehnung an G-BA (2023.): Zuschlagsfähige Aufgaben von stationären Zentren, <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/zentrumsregelungen/>, zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

Sofern die Voraussetzungen für die Zuschlagsberechtigung erfüllt sind, kann zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen die Höhe des Zuschlags individuell erweitert werden. Für folgende Zentrumsarten können gemäß aktueller G-BA-Richtlinie Zentrumszuschläge beantragt werden:

- Zentrum für Seltene Erkrankungen
- Onkologische Zentren
- Traumazentren
- Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie
- Herzzentren
- Schlaganfallzentren / Neurovaskuläre Zentren
- Lungenzentren
- Nephrologische Zentren
- Kinderonkologische Zentren
- Sonstige ausgewiesene Zentren

Der G-BA hat im Zuge der Covid-19-Pandemie mit dem Beschluss vom 18. Februar 2021 die Zentrumszuschläge – bezogen auf die besonderen Aufgaben – um Konsiliarleistungen von Spezialkrankenhäusern erweitert, die in einem intensivmedizinischen digitalgestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren)³⁸³ eingebunden sind und bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Ziel der Erweiterung war, dass die in den Spezialkrankenhäusern der Herz- und Lungenmedizin vorhandene Expertise bei der intensivmedizinischen Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten durch digitale Kooperationen von allgemeinen Krankenhäusern genutzt werden konnte. Durch den G-BA Beschluss vom März 2022 wurde dies als dauerhafte Regelung etabliert.³⁸⁴

In Anlage 7 des Krankenhausplans des Landes Sachsen-Anhalt werden folgende der genannten möglichen G-BA-Zentren ausgewiesen (Tabelle 20), wobei die zuschlagsfähigen besonderen Aufgaben der Zentren in dem jeweiligen Feststellungsbescheid des entsprechenden Krankenhauses definiert und zugewiesen werden.

Tabelle 20 Übersicht über Zentren gemäß Zentrums-Regelungen des G-BA innerhalb Sachsen-Anhalts³⁸⁵

Zentren gemäß Zentrums-Regelungen	Anzahl der Zentren in Sachsen-Anhalt
Zentrum für Seltene Erkrankungen	1
Onkologisches Zentrum	6
Traumazentrum ³⁸⁶	4

Von den möglichen zehn G-BA-Zentrumsarten sind drei in Sachsen-Anhalt vertreten. Eines dieser ist ein Zentrum für Seltene Erkrankungen. Dieses wird durch das Universitätsklinikum Magdeburg betrieben.

³⁸³ Spezifische Informationen über IDV-Zentren sind unter folgendem Link einsehbar: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7332/2021-02-18_Zentrums-Regelungen_IDV-Zentren_ZD.pdf

³⁸⁴ G-BA (2022): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2834/Z-R_2022-03-18_iK-2022-04-01.pdf, zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

³⁸⁵ Eigene Darstellung in Anlehnung an Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalts ab 1. Oktober 2022, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

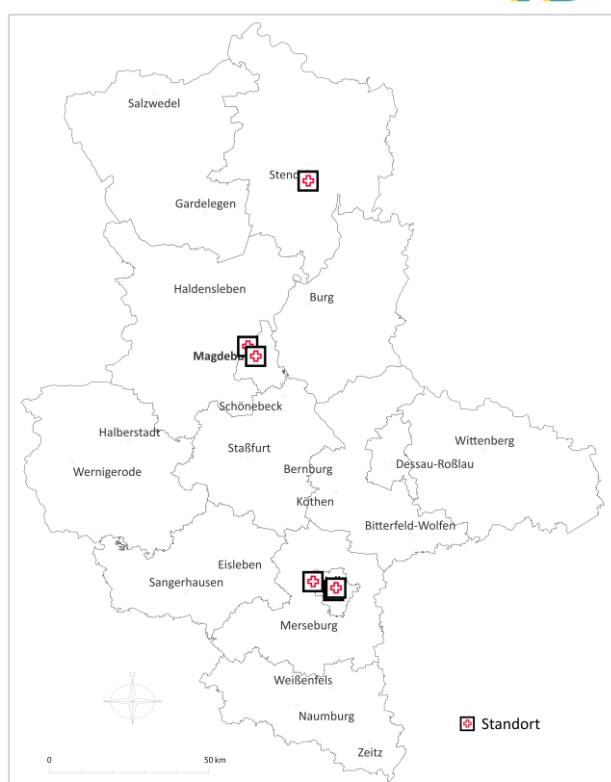
³⁸⁶ Mit Kabinettsbeschluss vom 06.12.2022 werden vier Traumazentren vorgehalten.

Als Seltene Erkrankung definiert die G-BA-Richtlinie eine Krankheit, von der nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen betroffen sind.³⁸⁷ Bezogen auf die knapp 2,2 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner scheint ein Zentrum für Seltene Erkrankungen für ganz Sachsen-Anhalt zur Erfüllung der besonderen Aufgaben ausreichend zu sein.

Neben dem Zentrum für Seltene Erkrankungen sind sechs onkologische Zentren und vier Traumazentren innerhalb Sachsen-Anhalts vertreten, die die durch den G-BA definierten Qualitätsanforderungen erfüllen. Die besonderen Aufgaben dieser Zentren ergeben sich aus dem gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus erlassenen Feststellungsbescheid.

Die geografische Verortung dieser Zentren wird in Abbildung 88 und Abbildung 89 veranschaulicht.

Onkologische Zentren 2021:
gemäß Zentrums-Regelung des G-BA



Traumazentren 2022:
gemäß Zentrums-Regelung des G-BA

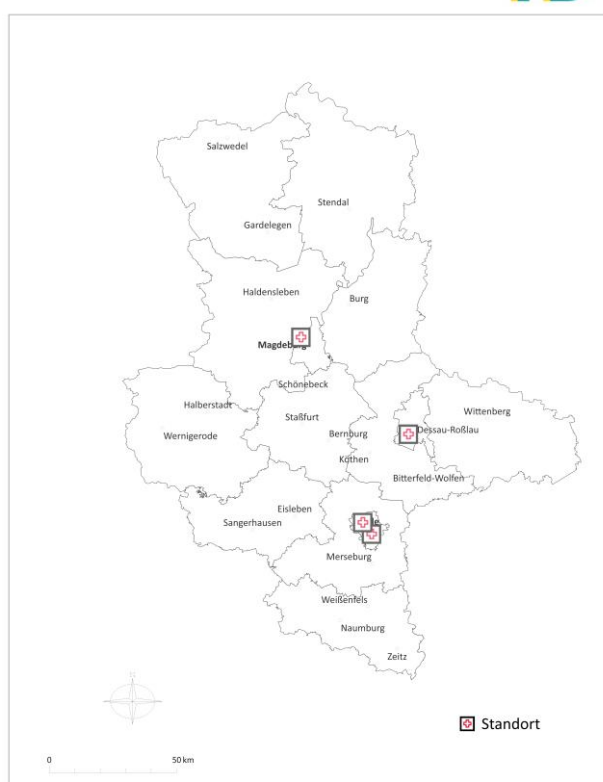


Abbildung 88 Standorte der onkologischen Zentren innerhalb Sachsen-Anhalts^{388/389}

Abbildung 89 Standorte der Traumazentren innerhalb Sachsen-Anhalts^{390/391}

In den beiden Städten Magdeburg und Halle sind mehrere onkologische G-BA-Zentren in unmittelbarer Nähe zueinander verortet, mit entsprechend kürzeren Fahrzeiten für die Patientinnen und Patienten. Die

³⁸⁷ G-BA (2022): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2834/Z-R_2022-03-18_iK-2022-04-01.pdf, zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

³⁸⁸ Eigene Darstellung in Anlehnung Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalts ab 1. Oktober 2022, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

³⁸⁹ Zwei Standorte überlappen sich in der Darstellung der Karte aufgrund der räumlichen Nähe.

³⁹⁰ Eigene Darstellung in Anlehnung an Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalts ab 1. Oktober 2022, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

³⁹¹ Berücksichtigt wird ebenfalls das mit Kabinettsbeschluss vom 6.12.2022 ausgewiesenen Traumazentrum am Städtischen Klinikum Magdeburg.

Einwohnerinnen und Einwohner in den Kreisen Altmarkkreis, Salzwedel, Harz, Mansfeld-Südharz, dem Burgenlandkreis und Wittenberg sind von Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten betroffen, um ein gemäß den G-BA-Richtlinien definiertes Zentrum zu erreichen.

Hinsichtlich der Verortung der Traumazentren gemäß Zentrums-Regelungen des G-BA zeigt sich, dass sich diese im Vergleich zu den onkologischen Zentren zumeist in den dem Süd-Cluster zugeordneten Kreisen Anhalt-Bitterfeld, Halle und Saalekreis befinden. Im Nord-Cluster befindet sich seit 2023 das G-BA-Traumazentrum Magdeburg. Ähnlich wie bei der Verortung der onkologischen Zentren sind auch hier zwei der Traumazentren in unmittelbarer Nähe zueinander zu finden

Aus der Verortung dieser Zentren und der damit verbundenen Erreichbarkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner lässt sich jedoch keine Unterversorgung der Regionen in den genannten Bereichen ableiten. Die G-BA-Zentren mit besonderen Aufgaben beziehen sich viel mehr auf Einrichtungen, die beispielsweise eine zentrale Funktion in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern wahrnehmen und federführend beim Auf- und Ausbau von Kooperationen auftreten. (Abschnitt 5.4).

Es kann auch eine besondere Aufgabe durch die Vorhaltung seltener personeller Fachexpertise gegeben sein, zum Beispiel für Fachexpertise bei Erkrankungen mit einer geringen Häufigkeit.

Zudem kann eine besondere Aufgabe durch die Vorhaltung außergewöhnlicher Voraussetzungen vorliegen, zum Beispiel durch spezielle technische Geräte. Mit Blick auf das Traumazentrum wird beispielsweise die Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“ gefordert. Diese Anforderung bezieht sich auf die Versorgung von schwer- beziehungsweise mehrfachverletzten Patientinnen und Patienten und kommt nur für einen ausgewählten – und im Vergleich geringen – Anteil der Patientinnen und Patienten infrage.

Mit Blick auf die Zentrumsvorhaltung gemäß der Zentrums-Regelung des G-BA verfolgt Sachsen-Anhalt mit dem aktuellen Krankenhausplan grundsätzlich das Ziel, weitere Zentren entsprechend der Zentrums-Regelungen des G-BA aufzubauen. Der Krankenhausplanungsausschuss spricht sich beispielsweise dafür aus, dass im Land Sachsen-Anhalt perspektivisch mindestens ein Herzzentrum gemäß G-BA-Kriterien vorgehalten werden soll.³⁹²

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass vor dem Inkrafttreten der Zentrums-Regelung des G-BA zum 1. Januar 2020 im Rahmen des Krankenhausplans drei sogenannte Landeszentren innerhalb Sachsen-Anhalts bereitgehalten wurden. Eine Voraussetzung für ein Landeszentrum war unter anderem das Vorhandensein eng kooperierender stationärer Hauptabteilungen für Kardiologie und Herzchirurgie.

Durch die zum 1. Januar 2020 in Kraft getretene Zentrums-Regelung des G-BA wurden die Kriterien für ein zuschlagsfähiges Herzzentrum neu definiert und vorgegeben.³⁹³ Wie bereits erläutert, beziehen sich diese Kriterien vielmehr auf eine spezielle Fachexpertise und koordinierende Tätigkeiten, die durch ein Herzzentrum gemäß G-BA zu erfüllen sind.

Mit Blick auf diese geltenden Kriterien erfüllt aktuell keines der seinerzeit ausgewiesenen Landesherzzentren die durch den G-BA geforderten Qualitätsanforderungen sowie die besonderen Aufgaben in Gänze. Beispielsweise sehen die Qualitätskriterien für ein Herzzentrum vor, dass neben mindestens 1.500 Fällen

³⁹² Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (2022): Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt, https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/KHPI_2022/Rahmenvorgaben.pdf, zuletzt abgerufen am 02.03.2023.

³⁹³ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) in der Fassung vom 5. Dezember 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 12.03.2020 B2) in Kraft getreten am 1. Januar 2020 zuletzt geändert am 18. März 2022 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 03.06.2022 B3) in Kraft getreten am 1. April 2022.

mit herzchirurgischen Eingriffen (aortokoronare Bypass-Operationen, Herzklappenoperationen, Chirurgie angeborener Herzfehler, Resektion und Ersatz an der Aorta) entweder eine Kinderherzmedizin oder eine Herztransplantationsmedizin vorgehalten wird. Sofern eine Herztransplantationsmedizin vorgehalten wird, sind mindestens 20 Transplantationen pro Jahr vorzunehmen. Aus Sicht der Gutachtenden stellt dies einen vergleichsweise hohen Wert dar.

Bei Betrachtung der Anzahl aller Patientinnen und Patienten mit einem Wohnort in Sachsen-Anhalt und einer Herz- oder Herz-Lungen-Transplantation in den Jahren 2017 bis 2021 zeigt sich, dass deren Anzahl pro Jahr meist unter der geforderten Mindestanzahl von 20 Transplantationen lag. Einhergehend damit, dass das zweitgrößte Zentrum für Leistungen dieser Art in Deutschland in Leipzig liegt, erscheint ein Aufbau eigener Transplantationskapazitäten für Herzen in Sachsen-Anhalt aus Sicht der Gutachtenden weder notwendig noch Erfolg versprechend.

Wie bereits in diesem Abschnitt beschrieben, lassen sich keine Rückschlüsse auf Versorgungslücken in der Herzmedizin in Sachsen-Anhalt ableiten, wenn kein Herzzentrum gemäß G-BA innerhalb des Bundeslandes vorgehalten wird, da drei herzmedizinische Zentren sowohl die kardiologische als auch die herzchirurgische Versorgung in Sachsen-Anhalt sicherstellen. Darüber hinaus haben die Auswertungen im Kapitel 4 gezeigt, dass eine angemessene Erreichbarkeit für interventionelle Kardiologien im Land besteht.

Mit Blick auf die steigende Qualität bei der Zentralisierung sind Krankenhäuser daher immer mehr dazu angehalten, Leistungen in spezialisierten Zentren zu bündeln. Neben den genannten G-BA-Zentren haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, sonstige ausgewiesene Zentren laut Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Absatz 1 KHG LSA und Zentren gemäß QFR-RL vorzuhalten. Laut Krankenhausplan hält Sachsen-Anhalt beispielsweise Zentren für Perinatalmedizin gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene sowie sonstige ausgewiesene Zentren gemäß der Rahmenvorgabe für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Absatz 1 KHG LSA vor (Tabelle 21).

Die Versorgungsanalyse der Zentren für Perinatalmedizin sowie eine Detailanalyse der Neurologischen Frührehabilitationszentren Phase B befindet sich in den Abschnitten 5.7.2 und 4.6.2.

Tabelle 21 Sonstige im Krankenhausplan Sachsen-Anhalt ausgewiesene Zentren³⁹⁴

Zentren gemäß QFR-RL	Anzahl
Zentrum für Perinatalmedizin	6
— davon Level I	3
— davon Level II	3
Sonstige ausgewiesene Zentren gemäß Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (1) KHG LSA	
Organ- und Stammzelltransplantationszentren	2
Zentrum für Fetalchirurgie	1
Pädiatrische Zentren	3
Neurologische Frührehabilitationszentren Phase B	2
Zentrum für Hyperbarmedizin	1

³⁹⁴ Eigene Darstellung in Anlehnung an Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalts ab 1. Oktober 2022, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

5.6.2 Spezialisierte Zentren

Neben diesen im Krankenhausplan ausgewiesenen Zentren haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, sich entsprechend den Vorgaben einzelner Fachgesellschaften zertifizieren zu lassen. Auf Basis der Qualitätsberichte zeigt sich, dass mehr als 100 zertifizierte Zentren in Sachsen-Anhalt vertreten sind, die sich auf die in Tabelle 22 dargestellten Zentrumsarten verteilen.

Die Gutachtenden weisen darauf hin, dass es sich bei der Darstellung um einen Zwischenstand handelt, der zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens aktuell war. Aufgrund verschiedener Datenquellen, auf die sich die Auswertung bezieht, kann es zu Unschärfen kommen, zum Beispiel aufgrund laufender Rezertifizierungsverfahren. Die Darstellung gibt daher keinen abschließenden und vollständigen Überblick über die Versorgungslage.

Tabelle 22 Auflistung der Zentren inklusive Anzahl der zertifizierten Krankenhäuser Sachsen-Anhalts³⁹⁵

Zentrum	Zertifizierungsstelle	Anzahl der zertifizierten Krankenhäuser
„Ausgezeichnet. FÜR KINDER“	GKinD e. V.	7
„Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ +	GKinD e.V.	1
AltersTraumaZentrum	AltersTraumaZentrum DGU	6
Brustkrebszentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	7
Chest Pain Unit	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie	6
Darmkrebszentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	7
EndoProthetikZentrum	endoCert (mit DGOOC, DGOU und BVOU)	9
EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung	endoCert (mit DGOOC, DGOU und BVOU)	5
Gefäßzentrum	Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin und Deutsche Röntgengesellschaft	4
Geriatrisches Zentrum	Bundesverband Geriatrie e. V.	1
Gynäkologisches Krebszentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	3
Hämophilie Zentrum	Deutsche Hämophiliegesellschaft e. V.	2
Hautkrebszentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	4
Heart Failure Unit	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie	2
Kinderonkologisches Zentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	1
Kinderrheumatologie-Zentrum	Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie	1
Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum	Deutsche Kontinenz Gesellschaft	4
Kopf-Hals-Tumor-Zentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	1

³⁹⁵ Eigene Darstellung auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte des Jahres 2020.

Zentrum	Zertifizierungsstelle	Anzahl der zertifizierten Krankenhäuser
Lokales TraumaZentrum	TraumaNetzwerk DGU	15
Lungenkrebszentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	1
Mukoviszidose Zentrum	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie und Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin	2
Neuromuskuläres Zentrum	Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.	2
Neuroonkologisches Zentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	2
Onkologisches Zentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	5
Pankreaskarzinomzentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	3
Perinataler Schwerpunkt	periZert (unterstützt von DGGG, DGPM und DGPGM)	14
Perinatalzentrum – Level 1	periZert (unterstützt von DGGG, DGPM und DGPGM)	2
Perinatalzentrum – Level 2	periZert (unterstützt von DGGG, DGPM und DGPGM)	3
Prostatakrebszentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	5
Regionales TraumaZentrum	TraumaNetzwerk DGU	4
Stroke Unit	Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft	5
Transkatheter-Aortenklappenimplantationszentrum	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie	1
Überregionales TraumaZentrum	TraumaNetzwerk DGU	5
Viszeralonkologisches Zentrum	Deutsche Krebsgesellschaft	3
Weaningzentrum	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin	1
Wirbelsäulenzentrum	Deutsche Wirbelsäulengesellschaft	2
Wundzentrum	Wundsiegel - QM-Geschäftsstelle (mamedicon GmbH)	1
Zentrum für Hernienchirurgie	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	4

Der überwiegende Teil aller in Sachsen-Anhalt ausgewiesenen Zentren sind Lokale Traumazentren, Zentren mit einem perinatalen Schwerpunkt (Abschnitt 5.7) und Endo-Prothetik-Zentren. Auffällig ist, dass sich der Großteil aller zertifizierten Zentren an nur wenigen Krankenhäusern konzentriert.

5.6.3 Zusammenfassung

Studien zeigen, dass die Behandlungsqualität durch eine Zentralisierung und Spezialisierung von Leistungen signifikant verbessert werden kann (Abschnitt 5.5). Zusätzlich kann das Bundesland Sachsen-Anhalt den bevorstehenden Herausforderungen, wie beispielsweise dem Fachkräftemangel (Abschnitt 2.6), begegnen.

Eine Option wäre der gezielte Aufbau spezialisierter Kompetenzzentren und deren strategische räumliche Anordnung, um unabhängig von den G-BA-Zentren, Zentren für bestimmte Krankheitsbilder zu schaffen. Dies würde es ermöglichen, Überkapazitäten abzubauen und vorhandene Ressourcen durch Leistungsbündelung geeigneter zu nutzen, um so die Versorgung und Behandlungsqualität zu verbessern.

Im Rahmen weiterer Analysen sollte untersucht werden, welche Leistungen sich für diese Zentren eignen und an welcher Stelle diese Zentren strategisch innerhalb Sachsen-Anhalts aufgebaut werden müssten.

Grundsätzlich sollte eine anschließende Festschreibung der ausgewählten Zentren im Krankenhausplan – verknüpft mit einer finanziellen Unterstützung – geprüft werden.

Zudem sollten vor dem Auf- beziehungsweise Ausbau von Zentrumsstrukturen die Potenziale einer Vernetzung von Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgung geprüft und weiterentwickelt werden.

5.7 Geburtshilfe

5.7.1 Geburten

Die Analysen der geburtshilflichen Versorgung in Sachsen-Anhalt, die in diesem Kapitel dargestellt werden, wurden anhand der NRW-Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“ vorgenommen. Eine Geburt wird dabei über den Fall der Mutter und nicht über den Fall des Kindes definiert. Die Zuordnung zur Leistungsgruppe erfolgt anhand des ICD-Sekundärcodes Z37.* (Resultat der Entbindung). Demnach kann anhand der im Folgenden dargestellten Fallzahlen nicht auf die exakte Anzahl der Neugeborenen geschlossen werden. Bei den Analysen wurden alle Fälle miteinbezogen, die in Sachsen-Anhalt behandelt wurden, unabhängig vom Wohnort der Mutter.

In Sachsen-Anhalt wurden im Jahr 2021 an 21 Standorten insgesamt 15.169 Geburten durchgeführt. Im Vergleich zu 2017 hat die Anzahl der versorgten Geburten um rund 12 Prozent abgenommen (Abbildung 90).

Aufgrund des prognostizierten Bevölkerungsrückgangs in Sachsen-Anhalt, auf den im Abschnitt 1.3.2 näher eingegangen wird, kann bis zum Jahr 2035 mit einem weiteren Rückgang der Fälle von bis zu 19 Prozent gerechnet werden (Kapitel 6). Somit würden die Geburten bis zum Jahr 2035, abhängig vom verwendeten Prognoseszenario, auf rund 12.300 Geburten zurückgehen, was gegenüber dem Jahr 2021 einem Rückgang um rund 2.900 Geburten entspricht.

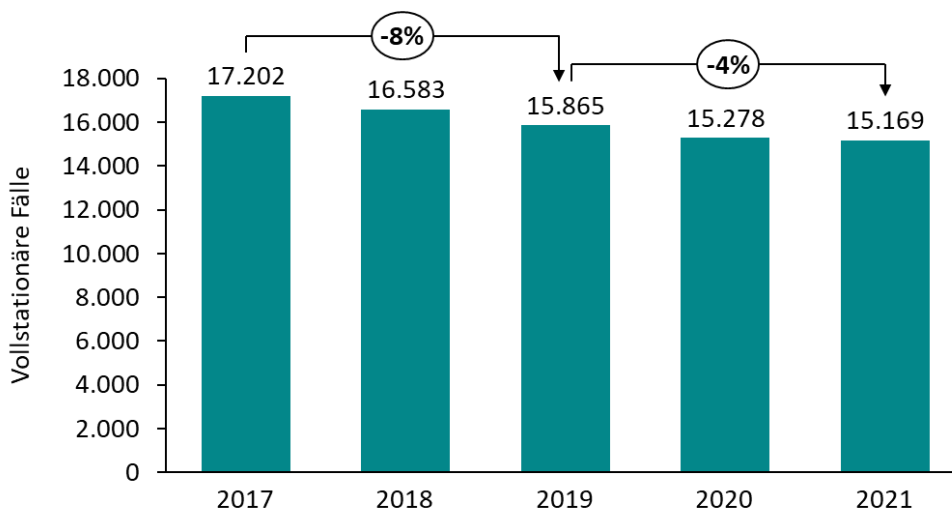


Abbildung 90 Vollstationäre Fälle in der Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“ von 2017 bis 2021³⁹⁶

Die durchschnittliche Verweildauer der Fälle innerhalb der LG „21.4 - Geburten“ ist in Abbildung 91 dargestellt. Zwischen den Jahren 2017 und 2021 hat sich die durchschnittliche Verweildauer von 4,1 Tage auf 3,7 Tage und somit um rund 10 Prozent reduziert. Die Tendenz einer abnehmenden Verweildauer im Bereich der Geburtsmedizin lässt sich bundesweit beobachten.³⁹⁷

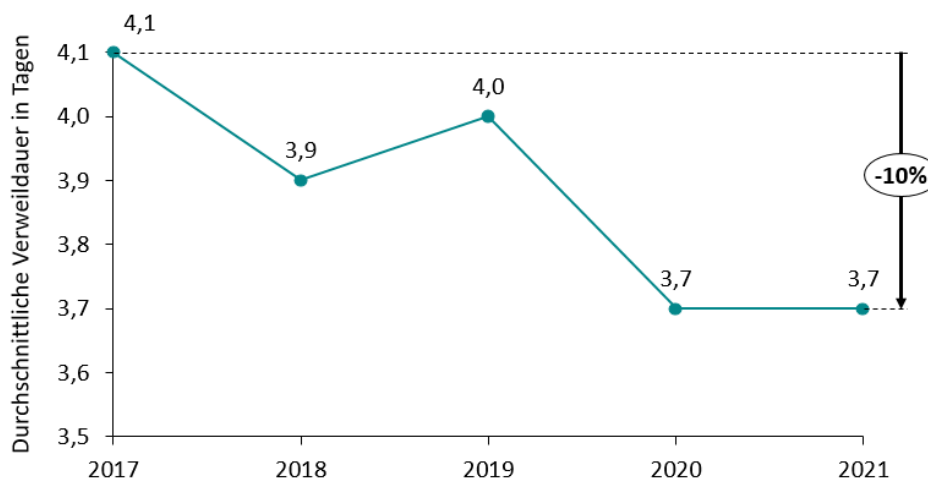


Abbildung 91 Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“ von 2017 bis 2021³⁹⁸

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die Fallzahl- und Verweildauerentwicklung zwischen den Jahren 2017 und 2021 für das gesamte Bundesland dargestellt wurde, wird nun ein Blick auf die Ebene der Krankenhausstandorte geworfen.

Anhand von Abbildung 92 wird deutlich, dass die Anzahl an Geburten pro Standort stark voneinander abweicht. Vier der 21 Versorger erbrachten im Jahr 2021 mehr als 1.000 Fälle aus der LG „21.4 - Geburten“,

³⁹⁶ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

³⁹⁷ Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, mehrere Jahrgänge.

³⁹⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

wohingegen zwei Versorger weniger als die in den Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt vorgesehenen 300 Geburten im Jahr³⁹⁹ betreut haben. Ein weiterer Versorger hat diese Fallzahl mit 321 Geburten nur knapp überschritten. Dabei ist zu beachten, dass bei 300 Fällen pro Jahr durchschnittlich nicht mal jeden Tag eine Geburt durchgeführt wird. Demnach kann die vorgesehene Mindestfallzahl als eher niedrig eingestuft werden.

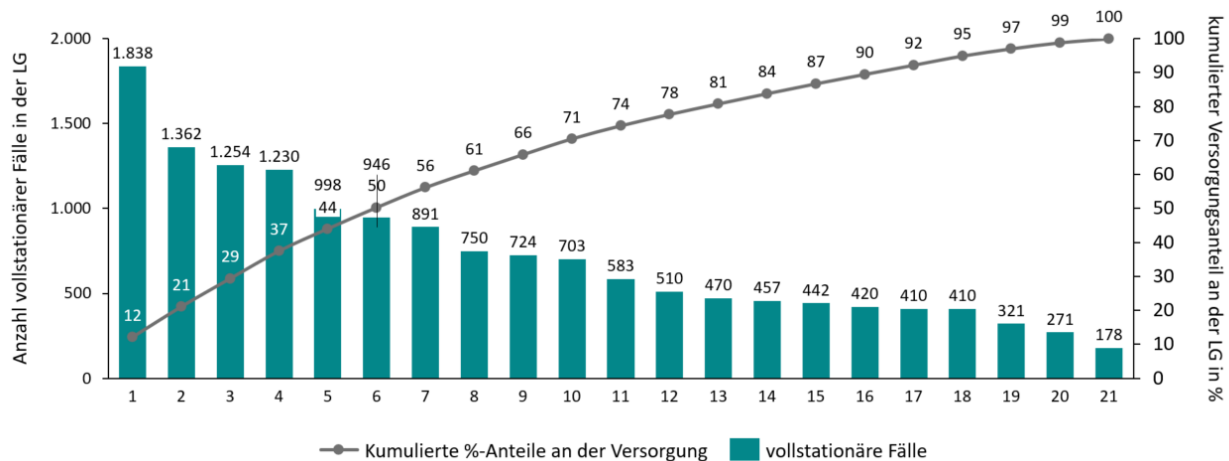


Abbildung 92 Vollstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“⁴⁰⁰

Als wirtschaftliche Untergrenze können 600 Geburten pro Jahr angesehen werden.⁴⁰¹ Wird diese Zahl zugrunde gelegt, lässt sich feststellen, dass circa die Hälfte der Versorger in Sachsen-Anhalt diesen Wert in 2021 nicht erreicht hat (Abbildung 92). Vor dem Hintergrund weiterhin abnehmender Geburtenzahlen kann davon ausgegangen werden, dass zukünftig weitere Versorger in Sachsen-Anhalt die besagte wirtschaftliche Untergrenze von 600 Geburten pro Jahr nicht mehr erreichen und somit möglicherweise Tragfähigkeitsprobleme entwickeln werden. Bereits zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens erhielten fünf Krankenhausstandorte einen Sicherstellungszuschlag⁴⁰² für die Vorhaltung der Fachabteilungen Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe.⁴⁰³

Hinzu kommt, dass bei Kliniken, die weniger als 600 Geburten pro Jahr versorgen, von einer personellen Unterauslastung ausgegangen werden kann. Beispielsweise empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin in ihrer SK2-Leitlinie, dass mindestens eine Hebamme rund um die Uhr in der Klinik anwesend und mindestens eine weitere rufbereit sein sollte, um eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren durch eine Hebamme zu gewährleisten.

³⁹⁹ Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt (2022), https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/KHPL_2022/Rahmenvorgaben.pdf, zuletzt abgerufen am 05.05.2023. Als allgemeine Leistungsanforderung an die geburtshilfliche Grundversorgung wird unter anderem definiert, dass die Versorgung von rund 300 Geburten pro Jahr an einem Standort erbracht werden sollte. Bei Unterschreitung der Mindestfallzahl soll eine Anhörung im Planungsausschuss erfolgen.

⁴⁰⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

⁴⁰¹ Bruns, A. (2014): Das deutsche DRG-System: Die pauschale Geburt, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt, 111(25), S. A1121.

⁴⁰² Mit Sicherstellungszuschlägen werden Krankenhäuser finanziell unterstützt, die für die regionale Basisversorgung der Bevölkerung notwendig sind, die aber aufgrund geringer Fallzahlen die relevanten Fachabteilungen nicht kostendeckend finanzieren können.

⁴⁰³ Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG vom 30.06.2022, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_abschlaege/liste_kh/20220630_Liste_laendliche_KH_2023_Vb_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

Daraus lässt sich ableiten, dass eine Mindestpersonalausstattung von 5,65 Hebammen in Vollzeit erforderlich ist, um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit bis zu 600 Geburten pro Jahr zu gewährleisten.⁴⁰⁴ Bei einer Geburtenzahl von 600 pro Jahr wäre somit eine vollständige Auslastung der Hebammen erreicht. Werden hingegen beispielsweise nur 300 Geburten pro Jahr durchgeführt, liegt die rechnerische Auslastung lediglich bei 50 Prozent.⁴⁰⁵ Es kann davon ausgegangen werden, dass dies auch die Attraktivität des Arbeitsplatzes einschränkt.

Inwiefern die Anzahl der in einer Klinik versorgten „Low-risk“-Geburten auch einen Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat, konnte auf Basis der vorhandenen Studienlage bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden. Insgesamt stellt sich diese uneinheitlich dar. Neben Studien, die keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Geburtenzahl und der Ergebnisqualität finden, gibt es andere, die einen negativen Zusammenhang ermittelt haben, was in diesem Kontext bedeutet, dass mehr Fälle mit weniger Komplikationen beziehungsweise unerwünschten Ereignissen einhergehen. Zudem gibt es Studien, die von einem positiven Zusammenhang berichten.^{406/407}

Für die Versorgung von Frühgeborenen und Neugeborenen mit einem geringen Geburtsgewicht gilt ein Zusammenhang zwischen der Anzahl an durchgeführten Geburten und einer besseren Ergebnisqualität hingegen als nachgewiesen, was 2019 zur Einführung einer Mindestmenge für diese Fälle geführt hat (Abschnitt 5.7.2).

Neben der Qualität der Versorgung spielt für viele Eltern bei der Auswahl einer Geburtsklinik die räumliche Nähe eine Rolle. Eine gute Erreichbarkeit zu dieser wird von werdenden Müttern als zusätzlicher Sicherheitsaspekt empfunden. So gaben im Rahmen einer repräsentativen schriftlichen Befragung von Müttern im Alter von mindestens 18 Jahren etwa zwei Drittel der Befragten an, dass eine gute Erreichbarkeit der entscheidende Grund für die Auswahl ihrer Wunsch-Klinik sei.⁴⁰⁸

Wie bereits erläutert, haben 21 Versorger in Sachsen-Anhalt im Jahr 2021⁴⁰⁹ Leistungen aus dem LG „21.4 - Geburten“ erbracht. Abbildung 93 visualisiert, wo sich die Standorte der Versorger geografisch befinden und stellt zudem dar, wie lange die durchschnittlichen Fahrzeiten in Minuten für die Bevölkerung zum nächstgelegenen Standort sind. Die Fahrzeiten wurden zwischen den Versorgern und den PLZ-8-Regionen ermittelt, also unabhängig davon, ob dort wirklich ein Fall im Jahr 2021 aufgetreten ist.⁴¹⁰

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass in den meisten Regionen ein Versorger der LG „21.4 - Geburten“ in weniger als 30 Minuten erreicht werden kann. Eine hohe Dichte an Versorgern ist erwartungsgemäß in den Ballungszentren Magdeburg und Halle vorzufinden.

⁴⁰⁴ S2k-Leitlinie Nummer 087-001 (2021): Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatalogische-Versorgung-Deutschland_2021-04_01.pdf, zuletzt abgerufen am 13.04.2023.

⁴⁰⁵ IGES (2019): Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf, zuletzt abgerufen am 13.04.2023.

⁴⁰⁶ Ebenda.

⁴⁰⁷ Schmitt, J. et al. (2019): Neue Volume-Outcome-Ergebnisse in der Perinatalmedizin, erschienen in: Versorgungssystem unter Qualitätsaspekten gestalten, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 105-131.

⁴⁰⁸ IGES (2019): Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf, zuletzt abgerufen am 13.04.2023.

⁴⁰⁹ Die Geburtshilfe am SRH Klinikum Zeitz wurde zum 01.05.2023 geschlossen.

⁴¹⁰ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist in Kapitel 3 erläutert.

Allerdings ergeben sich insbesondere in den nördlichen Landkreisen Sachsen-Anhalts längere Fahrzeiten für die Bevölkerung. In den an Brandenburg angrenzenden Gebieten beträgt die Fahrzeit zu einem Versorger teilweise mehr als 45 Minuten, stellenweise sogar mehr als 60 Minuten. Zu beachten ist, dass in diesen Regionen von einer Mitversorgung durch Geburtskliniken in Brandenburg ausgegangen werden kann, wie zum Beispiel durch die Geburtshilfe im Kreiskrankenhaus Prignitz.

Erreichbarkeit Versorger 2021 LG: 21.4 Geburten

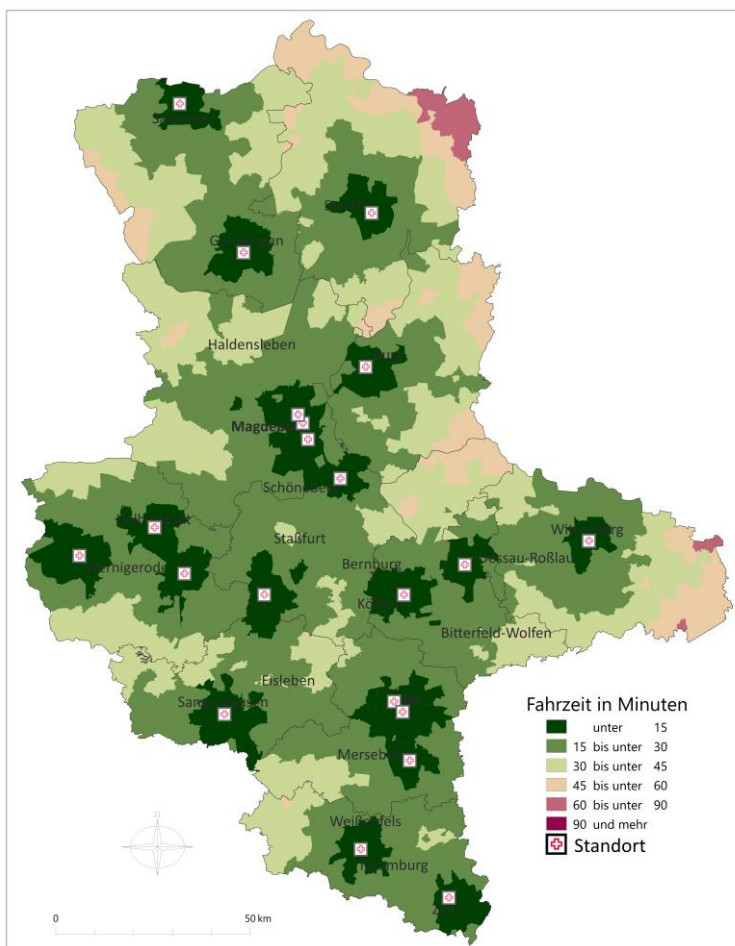


Abbildung 93 Erreichbarkeit von Versorgern für die Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“⁴¹¹

Für die LG „21.4 - Geburten“ wurden zusätzlich die alternativen Fahrzeiten, also die Fahrzeit zum zweitnächsten Versorger, ermittelt und in Abbildung 94 dargestellt. Dies erscheint aufgrund der zu befürchtenden wirtschaftlichen und personellen Schwierigkeiten von Geburtskliniken angebracht, da dadurch ein erster Eindruck davon entsteht, welche Auswirkungen die Schließung des wohnortnächsten Versorgers auf die Erreichbarkeit für die Bevölkerung haben könnte.

Anhand von Abbildung 94 ist ersichtlich, dass sich die durchschnittlichen Fahrzeiten zwar in fast allen Regionen verlängern würden, allerdings ein Großteil der Bevölkerung weiterhin einen Versorger in unter 60 Minuten erreichen könnte. Nur rund um die Städte Magdeburg und Halle würden sich die durchschnittlichen Fahrzeiten aufgrund der höheren Dichte an Versorgern kaum oder gar nicht verändern. In weiten

⁴¹¹ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

Teilen der Landkreise Altmarkkreis Salzwedel, Stendal und Wittenberg würden durch die Schließung des wohnortnächsten Standorts allerdings Fahrzeiten von über 60 Minuten entstehen.

Der G-BA sieht für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen eine flächendeckende Versorgung als gefährdet an, wenn durch die Schließung des Krankenhausstandorts zusätzlich mindestens 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner mehr als 40 Minuten mit dem Pkw zum nächstgelegenen Krankenhaus mit einer Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe fahren müssen.⁴¹² Wird diese Erreichbarkeitsschwelle zugrunde gelegt, kann festgestellt werden, dass ein Großteil der Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt gemäß den Kriterien des G-BA für die Versorgung der Bevölkerung notwendig ist.

Für die Versorgung von potenziell unterversorgten Gebieten in den Grenzregionen scheint eine länderübergreifende Abstimmung und Steuerung vielversprechend zu sein, wie das Beispiel in Prignitz zeigt.

Erreichbarkeit alternativer Versorger 2021 LG: 21.4 Geburten

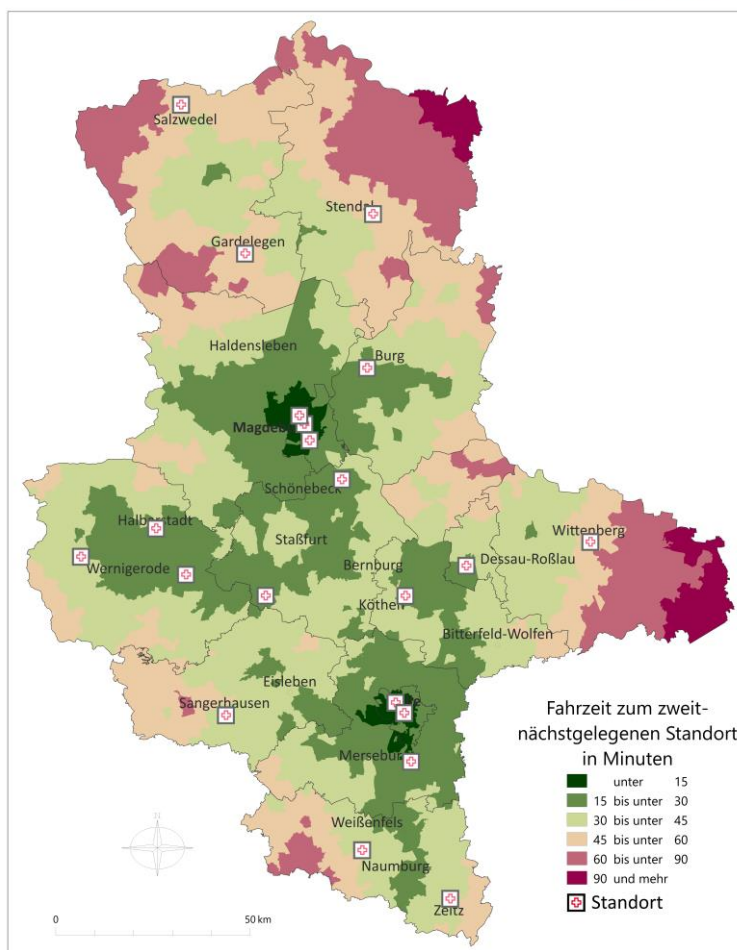


Abbildung 94 Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für die Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“⁴¹³

Nachdem in der Abbildung 93 und der Abbildung 94 die Fahrzeiten zum nächst- beziehungsweise zweitnächstgelegenen Versorger dargestellt wurden, werden in Tabelle 23 die tatsächlichen Fahrzeiten zum Ort

⁴¹² G-BA (2020): Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL_2020-10-01_iK_2020-12-09.pdf, zuletzt abgerufen am 27.04.2023.

⁴¹³ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

der Behandlung aller Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Sachsen-Anhalt dargestellt. Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten wird im Kapitel 3 erläutert. Für den Wohnort der Patientinnen und Patienten wurden die durchschnittlichen Fahrzeiten auf Ebene der Landkreise aggregiert.

Die durchschnittliche Fahrzeit für die LG „21.4 – Geburten“ schwankt zwischen 9 Minuten in Halle und 30 Minuten im Burgenlandkreis. Auch in den Landkreisen Börde und Stendal benötigten die Patientinnen und Patienten durchschnittlich knapp eine halbe Stunde zum Ort ihrer Behandlung.

Tabelle 23 Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der Leistungsgruppe „21.4 - Geburten“⁴¹⁴

Landkreis	Durchschnittliche Fahrzeit in Minuten
Altmarkkreis Salzwedel	24
Anhalt-Bitterfeld	24
Börde	29
Burgenlandkreis	30
Dessau-Roßlau, Stadt	18
Halle (Saale), Stadt	9
Harz	18
Jerichower Land	26
Magdeburg, Landeshauptstadt	11
Mansfeld-Südharz	26
Saalekreis	22
Salzlandkreis	24
Stendal	29
Wittenberg	23
Sachsen-Anhalt	20

5.7.2 Perinatalzentren

Die Versorgung von Schwangeren sowie von Früh- und Reifgeborenen stellt besondere Anforderungen an die Infrastruktur und an das Personal der Krankenhäuser. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA in seiner Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) festgelegt, mit welcher Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in Deutschland gesichert werden soll.⁴¹⁵ Die Vereinbarung legt ein Stufenkonzept der perinatologischen Versorgung dar.

⁴¹⁴ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

⁴¹⁵ G-BA (2023): Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3004/QFR-RL_2022-10-20_iK-2023-01-01.pdf, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

Unterschieden werden dabei vier Versorgungsstufen, die sich anhand der Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Zuweisungs- beziehungsweise Aufnahmekriterien der zu behandelnden Fälle unterscheiden. Ziel dieser Vereinbarung ist die Gewährleistung einer bestmöglichen Versorgung für alle Früh- und Reifgeborenen durch eine flächendeckende Struktur, die nach einem Risikoprofil differenziert ist. Dieses soll zu einer Verringerung der Säuglingssterblichkeit führen.

Die Stufen der perinatalogischen Versorgung stellen sich wie folgt dar:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

In einem Perinatalzentrum des Levels 1 werden Früh- und Reifgeborene mit dem höchsten Risiko versorgt. Das Perinatalzentrum Level 1 verfügt über einen sich im selben Gebäude oder in miteinander verbundenen Gebäuden befindlichen Entbindungsbereich, einen Operationsbereich und eine neonatologische Intensivstation. Die neonatologische Intensivstation muss über mindestens sechs neonatologische Intensivtherapieplätze jeweils mit Intensivpflege-Inkubator, Monitoring bzgl. Elektrokardiogramm (EKG), Blutdruck und Pulsoximeter verfügen. An vier Intensivtherapieplätzen steht jeweils mindestens ein Beatmungsgerät und die Möglichkeit zur transkutanen Messung des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks und des Kohlendioxidpartialdrucks zur Verfügung. Darüber hinaus müssen auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart ein Röntgengerät, Ultraschallgerät (inkl. Echokardiografie), Elektroenzephalografiegerät (Standard-EEG oder Amplituden-integriertes EEG) und ein innerhalb von drei Minuten erreichbares Blutgasanalysegerät verfügbar sein. Eine permanente Arztpräsenz muss gewährleistet sein, zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst.

Für den Bereich der geburtshilflichen Versorgung muss im präpartalen Bereich, Entbindungsbereich und im Sectio-OP eine 24-Stunden-Präsenz eines Arztes oder einer Ärztin sichergestellt sein, zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst.

Die Aufnahme von Schwangeren beziehungsweise ihre Zuweisung aus Einrichtungen einer niedrigeren Versorgungsstufe in die Versorgungsstufe I (Perinatalzentrum Level 1) erfolgt, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegt:

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen, dessen geschätztes Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm beträgt, oder einer Schwangerschaft, die unter der 29. Schwangerschaftswoche liegt
- Schwangere mit Drillingen und mit einer Schwangerschaft, die unter der 33. Schwangerschaftswoche liegt sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen
- Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen. Hierbei ist darauf zu achten, dass in der aufnehmenden Einrichtung die erforderliche spezialisierte Versorgung gewährleistet werden kann.

An ein Perinatalzentrum des Levels 2 werden ähnliche Anforderungen gestellt wie an Level-1-Zentren. Allerdings müssen nur mindestens vier anstatt mindestens sechs neonatologische Intensivtherapieplätze jeweils mit Intensivpflege-Inkubator, Monitoring bezüglich Elektrokardiogramm (EKG), Blutdruck und Pulsoximeter vorgehalten werden. An zwei Intensivtherapieplätzen müssen jeweils mindestens ein Beatmungsgerät für Früh- und Reifgeborene und die Möglichkeit zur transkutanen Messung des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks und des Kohlendioxidpartialdrucks zur Verfügung stehen.

Versorgt werden Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen, dessen geschätztes Geburtsgewicht bei 1.250 bis 1.499 Gramm liegt oder erwarteter Frühgeburt ab der 29. bis zur 31. Schwangerschaftswoche und 6 Tagen, Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen und Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus beziehungsweise Neugeborenes.

Perinatale Schwerpunkte befinden sich in Krankenhäusern, die eine Geburtsklinik mit Kinderklinik im Haus vorhalten oder über eine kooperierende Kinderklinik verfügen. Die ärztliche Versorgung muss mit einer Ärztin oder einem Arzt in 24-Stunden-Präsenz sichergestellt sein. Die Einrichtungen mit Perinatalem Schwerpunkt müssen in der Lage sein, plötzlich auftretende, unerwartete neonatologische Notfälle adäquat zu versorgen. Das bedeutet, dass eine Ärztin oder ein Arzt der Kinderklinik im Notfall innerhalb von zehn Minuten im Kreißsaal und der Neugeborenenstation sein muss. Es muss die Möglichkeit zur notfallmäßigen Beatmung für Früh- und Reifgeborene bestehen, diagnostische Verfahren wie Radiologie, allgemeine Sonografie, Echokardiografie, Elektroenzephalografie (Standard-EEG) und Labor müssen verfügbar sein.

Prinzipiell können hier Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen ab der 32. und bis zur 35. Schwangerschaftswoche und 6 Tagen mit einem Gewicht ab 1.500 Gramm, Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus und Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus beziehungsweise Neugeborenes versorgt werden.

In einer Geburtsklinik sollen nur noch Schwangere ab der 36. Schwangerschaftswoche ohne zu erwartende Komplikationen und ohne eines der für die Versorgungsstufen I bis III genannten Kriterien aufgenommen werden.

Zu beachten ist, dass in Perinatalzentren des Levels 1 Schwangere und Neugeborene aus allen vier Versorgungsstufen behandelt werden können. Level-2-Zentren können Schwangere und Neugeborene der Stufen 2, 3 und 4 versorgen. In einem Standort mit perinatalem Schwerpunkt (Versorgungsstufe 3) können Schwangere und Neugeborene der Versorgungsstufe 3 und 4 behandelt werden.

In Sachsen-Anhalt gibt es jeweils drei Perinatalzentren der Level 1 und 2.⁴¹⁶ Die Abbildung 95 und Abbildung 96 zeigen, wo sich diese befinden und wie lange die durchschnittlichen Fahrzeiten zu den jeweiligen Standorten für die Bevölkerung in Minuten sind.

In Abbildung 95 sind zunächst die Level-1-Perinatalzentren und deren Erreichbarkeiten dargestellt. Ein Zentrum befindet sich in Magdeburg, zwei weitere in Halle. Es zeigt sich, dass sich insbesondere im Norden Sachsens-Anhalts längere Fahrzeiten ergeben. Teilweise muss die Bevölkerung mehr als 90 Minuten zu einem Level-1-Perinatalzentrum zurücklegen. Aber auch in den Landkreisen Wittenberg, Harz und Burgenlandkreis betragen die Fahrzeiten in weiten Teilen über 60 Minuten zu einem Versorger in Sachsen-Anhalt.⁴¹⁷

⁴¹⁶ Liste der Perinatalzentren in Deutschland, <https://perinatalzentren.org/standortliste/>, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

⁴¹⁷ Es ist anzumerken, dass Mitversorgungseffekte durch benachbarte Bundesländer nicht berücksichtigt sind.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

Perinatalzentrum Level 1

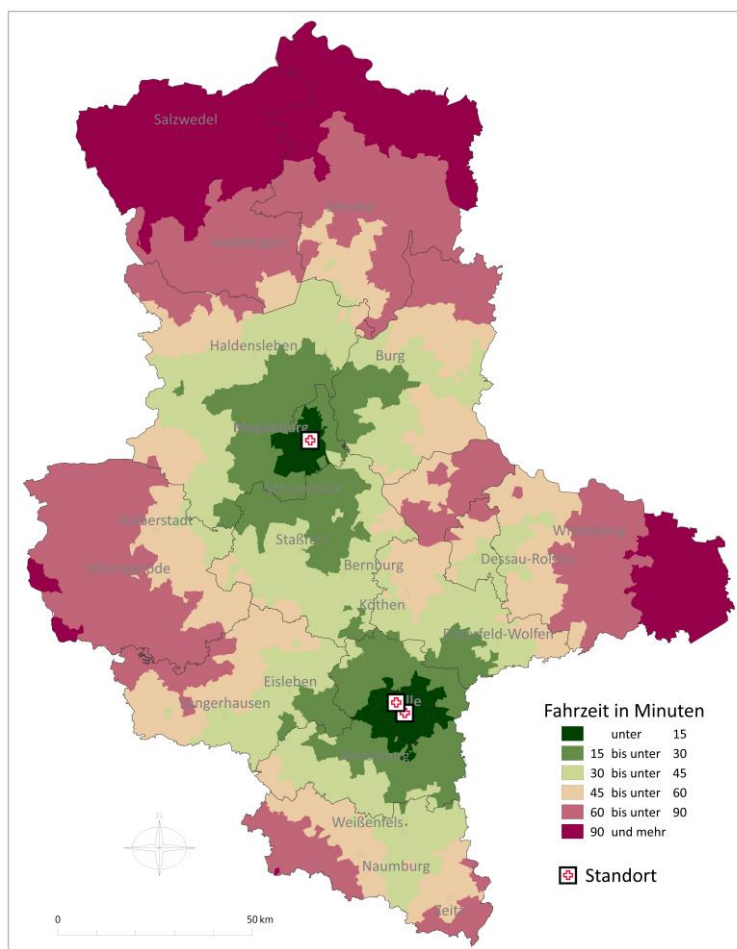


Abbildung 95 Erreichbarkeit von Perinatalzentren des Levels 1⁴¹⁸

Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmege­wicht von unter 1.250 Gramm wurde zudem im Rahmen der Mindestmengenregelung eine Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses von 25 Fällen pro Jahr⁴¹⁹ festgelegt.⁴²⁰ Auf Basis der Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten lässt sich für die Level-1-Perinatalzentren in Sachsen-Anhalt feststellen, dass zwei der drei Standorte im Jahr 2021 die vorgegebene Mindestmenge überschritten haben. Ein Versorger hat sie mit 24 Fällen knapp unterschritten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass im Jahr 2021 übergangsweise noch eine Mindestmenge von 14 als zulässig galt.⁴²¹

Die Perinatalzentren des Levels 2 befinden sich in Wernigerode, Magdeburg und Dessau-Roßlau. Da allerdings, wie bereits erwähnt, auch die Level-1-Perinatalzentren die Versorgung der Schwangere und Neugeborene übernehmen können, sind in Abbildung 96 alle sechs Standorte abgebildet. Die Perinatalzentren des Levels 2 sind dabei farblich markiert. Auch bei dieser Betrachtung ergeben sich teilweise Fahrzeiten von

⁴¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

⁴¹⁹ In den Kalenderjahren 2021 und 2022 galt übergangsweise jeweils eine Mindestmenge von 14 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. Im Jahr 2023 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 20 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

⁴²⁰ G-BA (2023): Mindestmengenregelung, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3099/Mm-R_2023-02-16_ik-2023-01-01.pdf, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

⁴²¹ G-BA (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Änderung der Nummer 8 der Anlage, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4621/2020-12-17_Mm-R_Fruehgeborene_BAnz.pdf, zuletzt abgerufen am 04.05.2023.

über 90 Minuten zu einem sachsen-anhaltinischen Versorger für die Einwohnerinnen und Einwohner der nördlichen Landkreise Sachsen-Anhalts und des Landkreises Wittenberg. Zudem müssen auch in den Landkreisen Mansfeld-Südharz und Burgenlandkreis verhältnismäßig lange Fahrzeiten bewältigt werden.⁴²²

Es ist anzumerken, dass jährlich nur wenige Kinder geboren werden, die einer Versorgung in Perinatalzentren bedürfen. Vor dem Hintergrund einer zu gewährleistenden hohen Behandlungsqualität erscheint eine Zentralisierung, wie sie bereits in Sachsen-Anhalt vorzufinden ist, die mit längeren Fahrzeiten für Teile der Bevölkerung einhergeht, daher angebracht.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

Perinatalzentrum Level 1 und 2

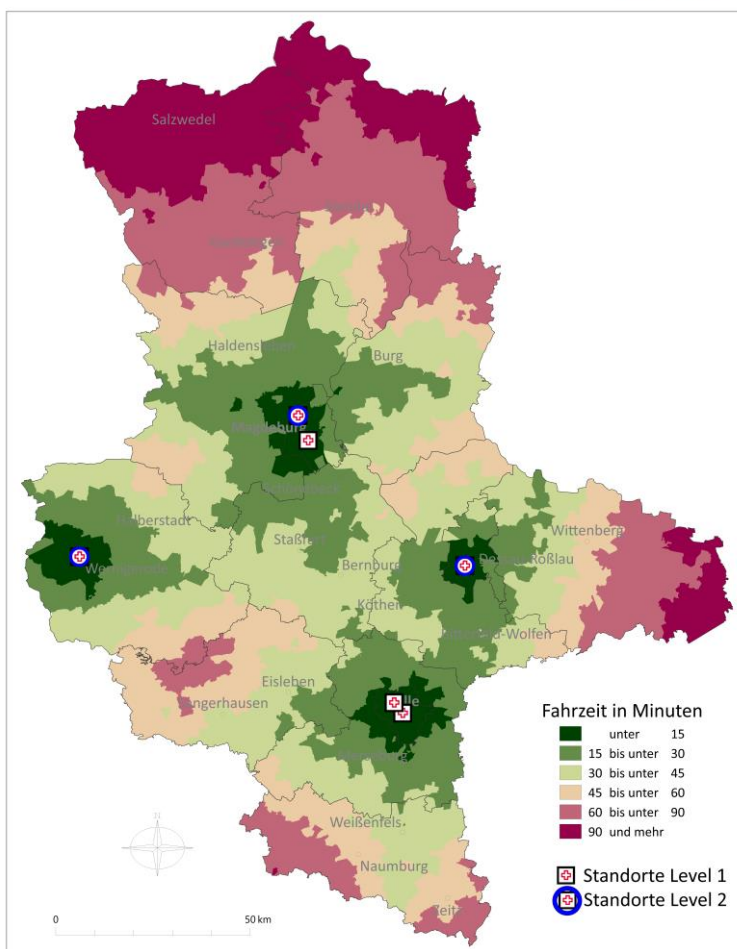


Abbildung 96 Erreichbarkeit von Perinatalzentren der Level 1 und 2⁴²³

⁴²² Es ist anzumerken, dass Mitversorgungseffekte durch benachbarte Bundesländer nicht berücksichtigt sind.

⁴²³ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

5.7.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Erreichbarkeit von Versorgern, die Leistungen aus der LG „21.4- Geburten“ erbringen, für das Jahr 2021 als gut einzustufen ist, wenn als Maßstab die Erreichbarkeitsschwelle von 40 Minuten des G-BA angelegt wird (Abschnitt 1.5).⁴²⁴ Allerdings können Erreichbarkeitsprobleme für werdende Mütter entstehen, sollten einzelne Standorte aufgrund wirtschaftlicher oder personeller Schwierigkeiten in Zukunft schließen müssen.⁴²⁵

Da aufgrund des prognostizierten Bevölkerungsrückgangs davon ausgegangen werden kann, dass die Geburtenzahlen in Sachsen-Anhalt zukünftig weiter sinken werden, wird es in einigen Regionen immer schwieriger werden, Geburtshilfen aufrechtzuerhalten. Bereits im Jahr 2021 gab es elf Versorger in Sachsen-Anhalt, die weniger als 600 Geburten pro Jahr versorgt und somit die wirtschaftliche Mindestfallzahl verfehlt haben.

Erschwerend kommt hinzu, dass viele Krankenhäuser in Deutschland seit einigen Jahren von Problemen bei der Stellenbesetzung berichten. Dies betrifft sowohl die Besetzung von Stellen im ärztlichen Dienst als auch die von festangestellten Hebammen.⁴²⁶

Die Aufrechterhaltung von Geburtshilfen vor dem Hintergrund sinkender Geburtenzahlen stellt somit nicht nur aus wirtschaftlicher Perspektive eine Herausforderung dar. Vielmehr wird es aus personellen und organisatorischen Gründen immer schwieriger werden, alle Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt im Bestand zu halten.

Dem steht jedoch entgegen, dass fast alle existierenden Geburtshilfen für eine angemessene regionale Versorgung der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt benötigt werden. Würden Standorte geschlossen, entstünden teilweise wesentlich längere Fahrzeiten für Teile der Bevölkerung.

Der Rückgang der Fallzahlen muss daher durch eine ausreichende Finanzierung abgedeckt werden. Bei den gemäß den Kriterien des G-BA als bedarfsnotwendig einzustufenden Geburtshilfen kann dies über die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen erfolgen. Allerdings sind die gezahlten Zuschläge unter Umständen nicht ausreichend, um die Tragfähigkeit der Stationen zu erhalten. In diesem Fall muss das Land das bestehende Defizit ausgleichen.

Darüber hinaus wurden den Bundesländern mit dem im Dezember 2022 verabschiedeten Krankenhauspflegeentlastungsgesetz für die Jahre 2023 und 2024 jeweils 120 Millionen Euro für die Unterstützung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern zugesprochen. Das Geld wird nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt. Sachsen-Anhalt erhält somit circa 3,2 Millionen Euro pro Jahr. Die Krankenhausplanungsbehörden der Länder können bestimmen, welche Krankenhäuser von den Bundesmitteln profitieren und legen dafür bis zum 31. März der Jahre 2023 und 2024 jeweils die Höhe eines standortindividuellen Förderbetrages fest.⁴²⁷ Zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens stand bereits fest, welche Standorte in Sachsen-Anhalt Fördermittel erhalten sollen. Weitere langfristige Finanzierungsmaßnahmen durch das Land sind zu prüfen.

⁴²⁴ Der G-BA sieht im Rahmen der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen eine flächendeckende Versorgung für die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe als gefährdet an, wenn durch die Schließung eines Standortes für zusätzlich mindestens 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner mehr als 40-minütige Pkw-Fahrzeiten anfallen, um bis zur nächstgelegenen geeigneten Klinik zu gelangen.

⁴²⁵ Die Geburtshilfe am SRH Klinikum Zeitz wurde zum 01.05.2023 geschlossen.

⁴²⁶ IGES (2019): Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf, zuletzt abgerufen am 13.04.2023.

⁴²⁷ § 5 Absatz 2b KHEntgG.

Eine ausreichende Finanzierung der Geburtskliniken vorausgesetzt, bestehen die Herausforderungen, die der sich verschärfende Fachkräftemangel mit sich bringt, jedoch weiterhin. Die Entwicklung der Geburtenzahlen pro Standort sollte durch das Land daher in regelmäßigen Abständen überprüft werden.

Zudem könnte es sinnvoll sein, Szenario-Analysen durchzuführen, die den Wegfall einzelner Standorte und die Auswirkungen auf die Erreichbarkeiten für die Bevölkerung simulieren. Im Fokus sollten hierbei Standorte stehen, die eine zu definierende Untergrenze an Geburten nicht oder voraussichtlich zukünftig nicht mehr erreichen werden. Für den Einzelfall ist dann durch das Land zu prüfen, welche Möglichkeiten bestehen, um eine Versorgung der Bevölkerung weiterhin zu gewährleisten. Denkbar wäre beispielsweise, Transportmöglichkeiten mit entsprechend qualifiziertem Personal für werdende Mütter zu etablieren, sodass eine medizinische Versorgung bei längeren Anfahrtswegen sichergestellt wäre.

Grundsätzlich sollten Schließungen kleinerer Abteilungen im Rahmen einer strukturierten regionalen Versorgungsplanung vorbereitet und durchgeführt werden, um gegebenenfalls rechtzeitig bauliche und personelle Erweiterungen in benachbarten Krankenhäuser realisieren zu können.⁴²⁸ Insbesondere in Regionen, die an andere Bundesländer angrenzen, sollten zudem die Möglichkeiten einer länderübergreifende Abstimmung und Steuerung hinsichtlich der geburtsmedizinischen Versorgung ausgelotet werden.

5.8 Kinder- und Jugendmedizin

5.8.1 Aktueller Stand der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung

Um die Versorgungssituation der Kinder- und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt zu analysieren, haben sich die Gutachtenden dazu entschieden, dies auf Basis des LB „23 – Kinder- und Jugendmedizin“ zu tun. Dieser Leistungsbereich setzt sich aus den Leistungsgruppen „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“, „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)“ und „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“ zusammen. Die Zuordnung der Fälle zu der entsprechenden LG erfolgt dabei nach unterschiedlichen Kriterien, die der Tabelle 24 zu entnehmen sind.

Zu beachten ist dabei, dass pädiatrische Fälle (das heißt Patientinnen und Patienten, die unter 18 Jahre alt sind) teilweise auch in Bereichen beziehungsweise Fachabteilungen behandelt werden, die nicht speziell auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet sind. Somit sind pädiatrische Fälle auch in anderen LB beziehungsweise LG vorzufinden.

Tabelle 24 NRW-Leistungsbereich- beziehungsweise -gruppenzuordnung für pädiatrische Leistungen⁴²⁹

Leistungsbereich		Leistungsgruppe		Definition
23	Kinder- und Jugendmedizin	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Entlassende Fachabteilung
		23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)	OPS, Alter < 18 Jahre
		23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)	ICD, OPS, Alter < 18 Jahre

⁴²⁸ Osterloh, F. (2023): Geburtshilfe: Zu wenig Geld, zu wenig Ärzte, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt, 120(4), S. A136-A138.

⁴²⁹ MAGS (2020): Definition der Leistungsgruppen, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppendefinitionen.pdf, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

Im Jahr 2021 wurden in Sachsen-Anhalt an 22 Standorten⁴³⁰ insgesamt 25.006 vollstationäre Fälle⁴³¹ in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ behandelt. Im Jahr 2017 waren es noch 35.475 Fälle. Somit ist die Fallzahl zwischen 2017 und 2021 um etwa 31 Prozent gesunken. Besonders hoch war der Fallzahlrückgang dabei zwischen den Jahren 2019 und 2021. In diesem Zeitraum sind die Fallzahlen um ein Viertel zurückgegangen (Abbildung 97). Im Vergleich mit zu den anderen LG (Anhang) sind die Fallzahlen somit überdurchschnittlich stark gefallen.

Es kann aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen-Anhalt davon ausgegangen werden, dass die Fallzahlen zukünftig nicht mehr das Niveau von 2019, also vor der Covid-19-Pandemie, erreichen werden. Zudem existiert im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ein verhältnismäßig hohes Ambulantisierungspotenzial, was sich zusätzlich reduzierend auf die Fallzahlen auswirken kann. Bis zum Jahr 2035 kann daher – abhängig vom verwendeten Prognose-Szenario – mit einem Fallzahlrückgang von bis zu 24 Prozent gerechnet werden. Im Vergleich zum Jahr 2021 würde das bis zu 6.000 weniger Fälle in der betrachteten LG entsprechen. Eine detaillierte Darstellung der unterschiedlichen Prognose-Szenarien befindet sich im Kapitel 6.

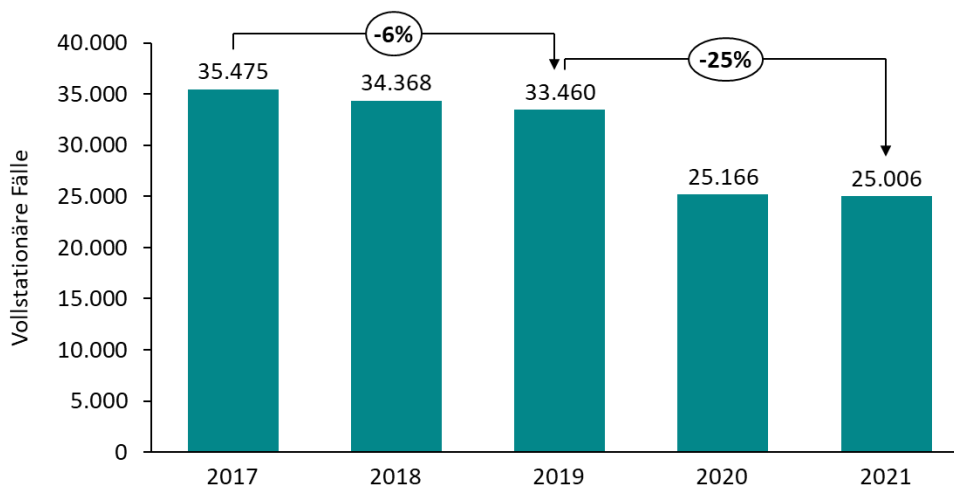


Abbildung 97 Vollstationäre Fälle in der Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ von 2017 bis 2021⁴³²

Abbildung 98 zeigt die Fallzahlentwicklung der Jahre 2017 bis 2021 für die Leistungsgruppen „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)“ und „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“. Für die Stammzelltransplantationen lässt sich feststellen, dass die Fallzahl im Jahr 2021 im Vergleich zum Jahr 2017 um 19 Prozent gestiegen ist. Da in dieser LG allerdings insgesamt nur wenige Fälle in Sachsen-Anhalt behandelt wurden, beträgt der nominelle Anstieg lediglich 13 Fälle. Die Fallzahlen in der LG „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“ bewegen sich seit 2017 auf relativ konstantem und niedrigem Niveau.

⁴³⁰ Es ist zu beachten, dass drei der 22 Versorger zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Gutachtens keine Leistungen mehr aus dem Bereich Kinder- und Jugendheilkunde erbrachten, da die entsprechenden Stationen zwischenzeitlich geschlossen wurden.

⁴³¹ Bei rund 25 Prozent der versorgten Fälle handelt es sich um Neugeborene (jünger als ein Jahr).

⁴³² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

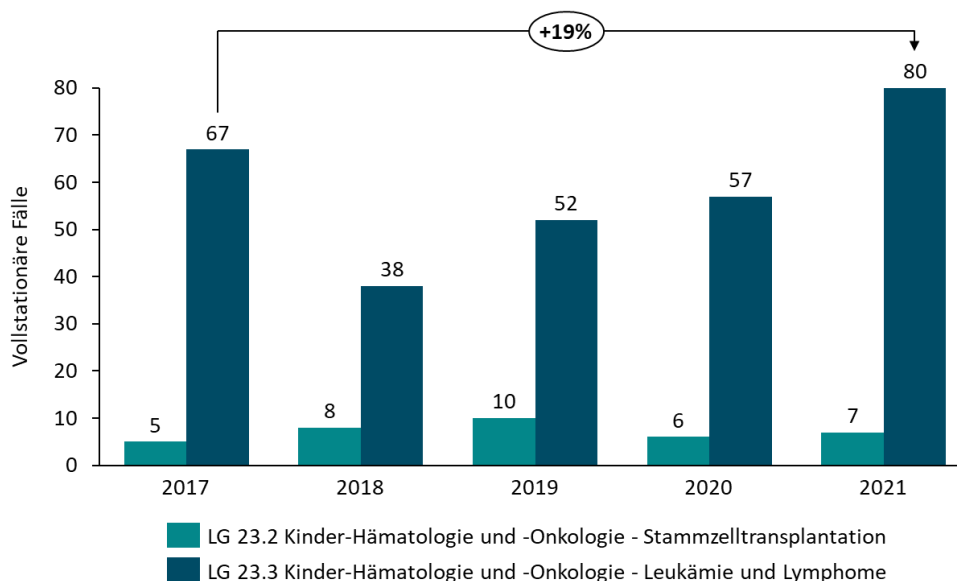


Abbildung 98 Vollstationäre Fälle in den Leistungsgruppen „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)“ und „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“ von 2017 bis 2021⁴³³

Die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauern der einzelnen Leistungsgruppen innerhalb des LB „23 – Kinder- und Jugendmedizin“ sind in Tabelle 24 dargestellt. Für die LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ zeigt sich, dass die durchschnittliche Verweildauer im betrachteten Zeitraum (2017 bis 2021) relativ gleichbleibend geblieben ist. Von 2019 bis 2021 gab es einen leichten Anstieg um 0,2 Tage beziehungsweise 5 Prozent. Bei den Fällen, die der LG „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation“ zugeordnet werden können, lässt sich feststellen, dass die durchschnittliche Verweildauer zwischen 2019 und 2021 von 56,5 Tage auf 46,3 Tage und somit um rund 18 Prozent gesunken ist.

Eine umgekehrte Entwicklung gab es in der LG „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“. Hier ist die durchschnittliche Verweildauer im selben Zeitraum um rund 19 Prozent beziehungsweise 2,0 Tage gestiegen. Diesbezüglich ist allerdings anzumerken, dass die Fallzahl in dieser LG sehr gering ist und somit bereits ein Fall mit einer überdurchschnittlichen Verweildauer die durchschnittliche Verweildauer der gesamten LG stark beeinflussen kann.

Tabelle 25 Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in den Leistungsgruppen des Leistungsbereichs „23 – Kinder- und Jugendmedizin“ von 2017 bis 2021⁴³⁴

Leistungsgruppen	Verweildauer					Veränderung 2019 vs. 2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	Nominal	Prozentual
23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	3,6	3,6	3,6	3,7	3,8	0,2	5 %
23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	57,4	51,8	56,5	56,2	46,3	-10,2	-18 %
23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	13,4	18,1	10,3	13,0	12,2	2,0	19 %

⁴³³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

⁴³⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die Fallzahl- und Verweildauerentwicklung zwischen den Jahren 2017 und 2021 für das gesamte Bundesland dargestellt wurde, wird nun ein Blick auf die Ebene der Krankenhausstandorte geworfen.

Wie bereits erwähnt, haben im Jahr 2021 22 Versorger in Sachsen-Anhalt Leistungen aus der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ erbracht. In Abbildung 99 ist zum einen dargestellt, wie sich die Fälle auf die einzelnen Standorte verteilt haben, und zum anderen, wie hoch der kumulierte Versorgungsanteil an der Leistungsgruppe in Prozent war. Es zeigt sich, dass die je Versorger erbrachten Fälle zwischen 420 und 2.661 schwanken. Sieben Versorger erbrachten bereits knapp die Hälfte aller in Sachsen-Anhalt behandelten Fälle dieser Leistungsgruppe. Elf Versorger haben jeweils weniger als 1.000 Fälle im Jahr 2021 erbracht.

Es ist zu beachten, dass drei der 22 Versorger zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Gutachtens keine Leistungen mehr aus dem Bereich Kinder- und Jugendheilkunde erbrachten, da die entsprechenden Stationen zwischenzeitlich geschlossen wurden.

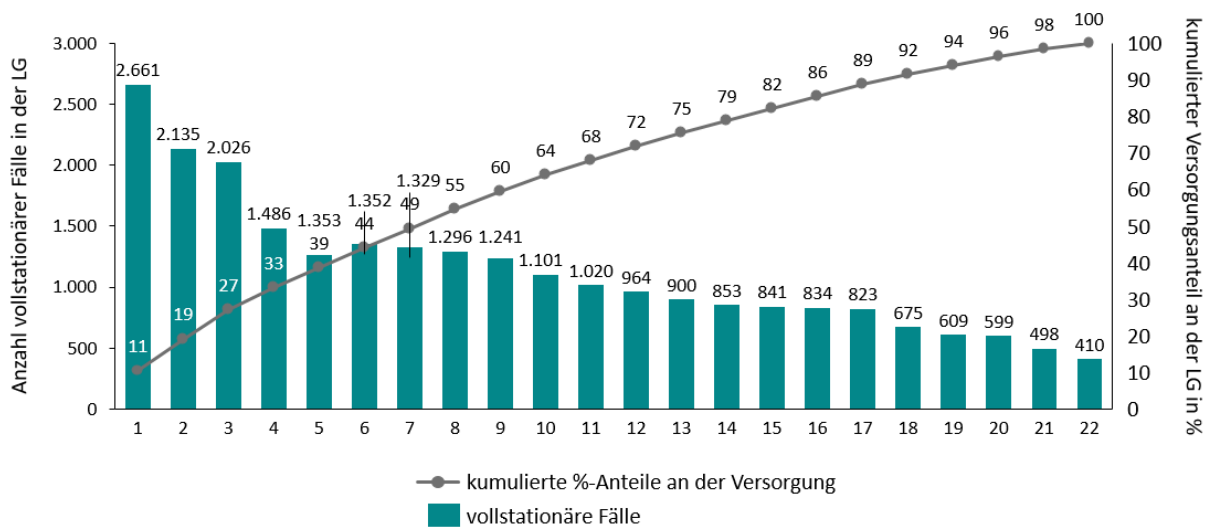


Abbildung 99 Vollstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“⁴³⁵

Fälle, die den Leistungsgruppen „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)“ und „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“ zugeordnet werden können, werden in Sachsen-Anhalt nur an den Universitätskliniken behandelt, sodass auf eine gesonderte Darstellung der Fallzahlen je Standort verzichtet wird.

Auf der kartografischen Abbildung 100 ist zum einen dargestellt, wo die 22 Standorte, die im Jahr 2021 Fälle aus der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ erbracht haben, verortet sind, und zum anderen, wie lange die durchschnittlichen Fahrzeiten in Minuten für die Bevölkerung zum nächstgelegenen Standort sind. Anzumerken ist, dass die Fahrzeiten zwischen den Versorgern und der PLZ8-Region ermittelt wurden, also unabhängig davon, ob dort wirklich ein Fall im Jahr 2021 aufgetreten ist.⁴³⁶

Es lässt sich feststellen, dass im Jahr 2021 in den meisten Regionen ein Versorger in weniger als 30 Minuten erreicht werden konnte. Längere Fahrzeiten ergeben sich für Teile der Bevölkerung insbesondere in den

⁴³⁵ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

⁴³⁶ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 erläutert.

nördlichen und dünn besiedelten Landkreisen an den Grenzen zu Niedersachsen und Brandenburg. In den an Brandenburg angrenzenden Gebieten beträgt die Fahrzeit zu einem Versorger in Sachsen-Anhalt teilweise mehr als 45 Minuten. Stellenweise sogar mehr als 60 Minuten. Zu beachten ist allerdings, dass mögliche Mitversorgungseffekte durch Versorger angrenzender Bundesländer bei der Fahrzeitanalyse nicht berücksichtigt wurden.

Zudem ist - wie oben bereits erwähnt - zu berücksichtigen, dass drei der in Abbildung 100 dargestellten Versorger zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Gutachtens keine Leistungen mehr aus dem Bereich Kinder- und Jugendheilkunde erbrachten, da die entsprechenden Stationen zwischenzeitlich geschlossen wurden.^{437/438/439} Folglich haben sich die Fahrzeiten für Teile der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt entsprechend verlängert.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

LG: 23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin

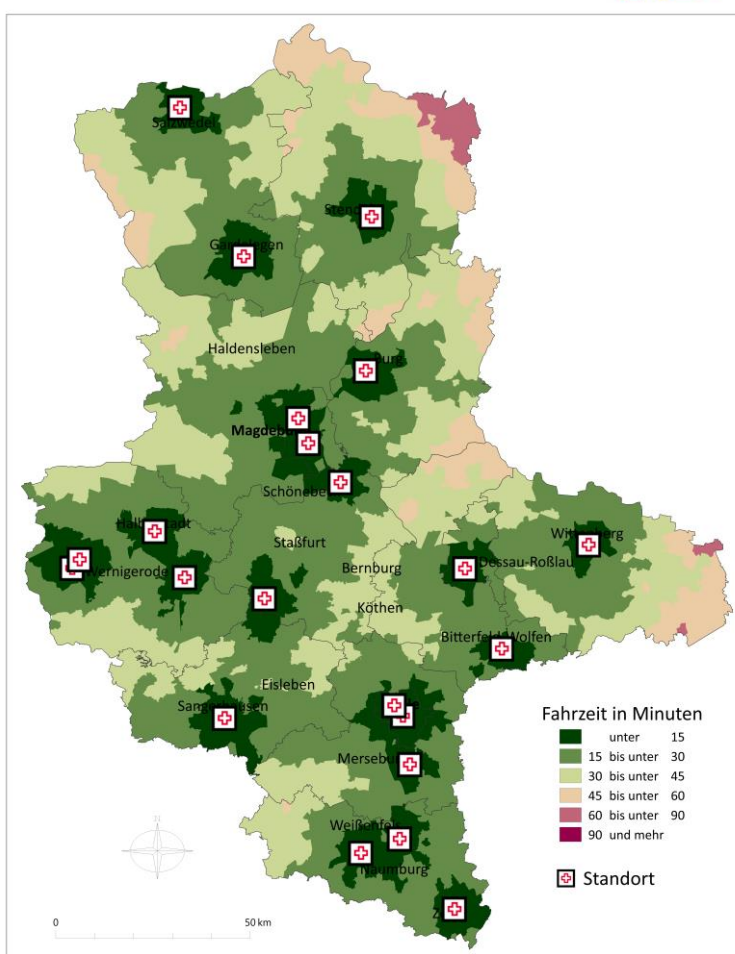


Abbildung 100 Erreichbarkeit von Versorgern für die Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“⁴⁴⁰

⁴³⁷ Volksstimme (2021): Schönebeck: Aneos macht Geburtshilfe und Klinik für Kinder dicht, <https://www.volksstimme.de/lokal/schoenebeck/schoenebeck-ameos-macht-geburtshilfe-und-klinik-fuer-kinder-dicht-3287191>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴³⁸ Volksstimme (2021): Kinderklinik in Gardelegen ab 1. Januar geschlossen, <https://www.volksstimme.de/lokal/gardelegen/kinderklinik-in-gardelegen-ab-1-januar-geschlossen-3291056>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴³⁹ MDR (2023): Kinderklinik in Zeitz wird zum 1. Mai geschlossen, <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/halle/burgenland/kinderklinik-zeitz-schliesst-100.html>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁴⁰ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

Für die LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ wurden zusätzlich die Fahrzeiten zum zweitnächsten Versorger – das heißt zu einem alternativen Versorger – ermittelt und in Abbildung 101 dargestellt. Durch diese Simulation ist es möglich, einen ersten Eindruck davon zu gewinnen, welche Auswirkungen der potenzielle Wegfall eines Standortes beziehungsweise einer Fachabteilung auf die Fahrzeiten für die Bevölkerung in den entsprechenden Regionen hätte. Bei der Interpretation der Abbildung ist zu beachten, dass Standortschließungen in der Regel partiell erfolgen. Sollte also beispielsweise ein Standort im Norden Sachsen-Anhalts schließen müssen, hätte das keine Auswirkungen auf die theoretischen Fahrzeiten zum wohnortnächsten Versorger für die Bevölkerung in den südlichen Regionen Sachsen-Anhalts und vice versa.

Anhand von Abbildung 101 wird deutlich, dass sich die Fahrzeiten in fast allen Regionen verlängern würden. Nur rund um die Städte Magdeburg, Halle und Wernigerode, in denen sich mehrere Standorte in geografischer Nähe zueinander befinden, wäre ein Versorger weiterhin in weniger als 15 Minuten erreichbar. In einigen Regionen der Landkreise Altmarkkreis-Salzwedel, Stendal und Wittenberg würden bei Schließung des wohnortnächsten Standortes Fahrzeiten von über 60 Minuten entstehen. Nur noch in wenigen Gebieten wäre ein Versorger in weniger als 45 Minuten für die dort wohnhafte Bevölkerung erreichbar.

Erreichbarkeit alternative Versorger 2021:

LG: 23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin

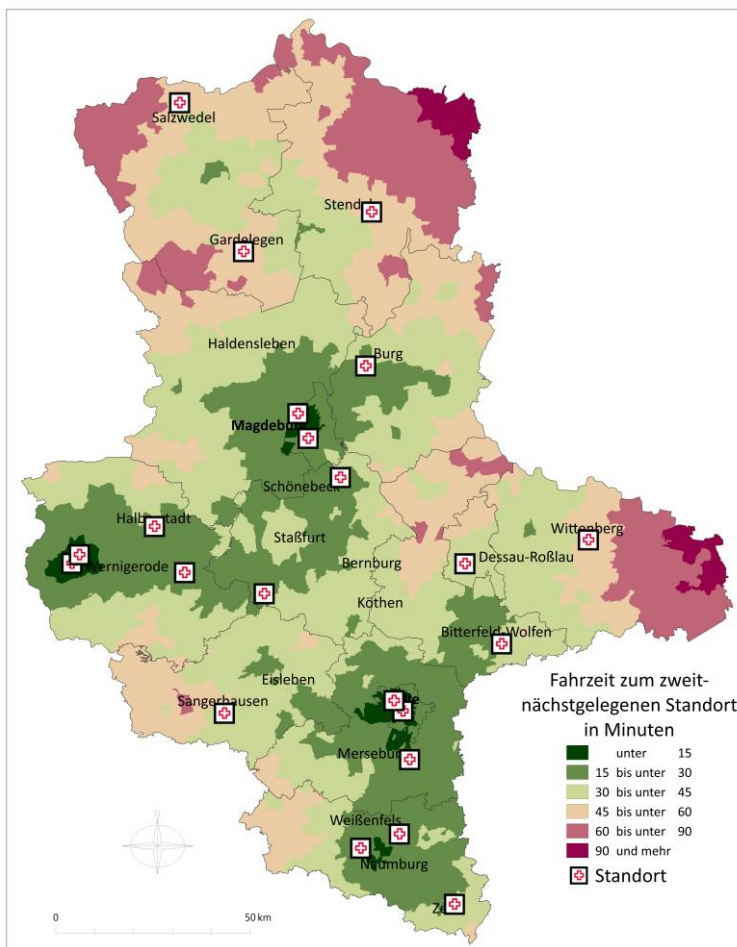


Abbildung 101 Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für die Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“⁴⁴¹

Nachdem in der Abbildung 100 und der Abbildung 101 die Fahrzeiten zum nächstgelegenen beziehungsweise zweitnächsten Versorger dargestellt wurden, werden in Tabelle 26 nun die tatsächlichen Fahrzeiten zum Ort der Behandlung aller Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Sachsen-Anhalt dargestellt. Die Vorgehensweise zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 erläutert. Für den Wohnort der Patientinnen und Patienten wurden die durchschnittlichen Fahrzeiten auf der Ebene der Landkreise aggregiert.

Im Durchschnitt erreichten die Patientinnen und Patienten einen sachsen-anhaltinischen Versorger innerhalb von 23 Minuten. Es zeigt sich jedoch, dass sich die Fahrzeiten zwischen den Landkreisen teils deutlich unterscheiden. So benötigten die Patientinnen und Patienten in Halle und Magdeburg lediglich neun beziehungsweise 12 Minuten zum Behandlungsort. In den Landkreisen Altmarkkreis-Salzwedel und Börde betragen die durchschnittlichen Fahrzeiten hingegen 31 Minuten.

⁴⁴¹ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

Tabelle 26 Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“⁴⁴²

Landkreis	Durchschnittliche Fahrzeit in Minuten
Altmarkkreis Salzwedel	31
Anhalt-Bitterfeld	26
Börde	31
Burgenlandkreis	27
Dessau-Roßlau, Stadt	20
Halle (Saale), Stadt	9
Harz	22
Jerichower Land	26
Magdeburg, Landeshauptstadt	12
Mansfeld-Südharz	28
Saalekreis	22
Salzlandkreis	25
Stendal	30
Wittenberg	29
Sachsen-Anhalt	23

5.8.2 Zusammenfassung

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Erreichbarkeit von Versorgern, die Leistungen aus der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ erbringen, für das Jahr 2021 als gut eingestuft werden kann, wenn als Maßstab die Erreichbarkeitsschwelle von 40 Minuten des G-BA angelegt wird.⁴⁴³ Die durchschnittliche Fahrzeit zu einem Versorger betrug in Sachsen-Anhalt je nach Wohnort der Patientinnen und Patienten zwischen neun und 31 Minuten.

Allerdings zeigt die in Abbildung 101 dargestellte Szenario-Analyse, dass sich die Schließung von einzelnen Standorten beziehungsweise Fachabteilungen in vielen Regionen Sachsens-Anhalts negativ auf die durchschnittliche Länge der Fahrzeiten auswirken würde.

⁴⁴² Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

⁴⁴³ Der G-BA sieht im Rahmen der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen eine flächendeckende Versorgung für die Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin als gefährdet an, wenn durch die Schließung eines Standortes für zusätzlich 800 Einwohnerinnen und Einwohner unter 18 Jahren mehr als 40-minütige Pkw-Fahrzeiten anfallen, um bis zur nächstgelegenen geeigneten Klinik zu gelangen.

Bereits zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens⁴⁴⁴ erhielten neun Krankenhausstandorte in Sachsen-Anhalt Sicherstellungszuschläge⁴⁴⁵ für die Vorhaltung einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin (Abschnitt 1.5).⁴⁴⁶ Das spricht dafür, dass die entsprechenden Fachabteilungen aufgrund geringer Fallzahlen nicht mehr kostendeckend hätten finanziert werden können.

Bereits seit einigen Jahren wird die unzureichende Finanzierung von Kinderkliniken durch verschiedene Fachvertreterinnen und Fachvertreter moniert. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sei sehr personalintensiv und zudem mit hohen Vorhaltekosten verbunden, die über das DRG-System nicht ausreichend abgebildet würden. Auch käme es über das Jahr verteilt zu Belegungsschwankungen, zum Beispiel durch Infektionswellen. Außerdem gäbe es weniger planbare Krankenhausaufenthalte und eine höhere Notfallquote im Vergleich zur Erwachsenenmedizin. In belegungschwachen Zeiten könnten die Krankenhäuser somit nicht wirtschaftlich arbeiten, wohingegen während der belegungsstarken Zeiten das Personal häufig nicht ausreichen würde, um die Patientinnen und Patienten angemessen zu versorgen.^{447/448/449}

Im aktuellen Koalitionsvertrag auf Bundesebene wurde das Thema der unzureichenden Finanzierung im Bereich der pädiatrischen Versorgung aufgegriffen. Hierzu heißt es: „Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“⁴⁵⁰

Zudem haben sich die Koalitionspartner darauf verständigt, eine Regierungskommission einzurichten, die Vorschläge für Reformen im Krankenhausbereich erarbeiten soll.⁴⁵¹ Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Kommission wurde im Mai 2022 eingerichtet. In ihrer ersten Stellungnahme vom 11. Juli 2022 hat sie dann ihre Empfehlungen für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe veröffentlicht.⁴⁵²

Im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes wurde für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen geregelt, dass das vor der Pandemie im Jahr 2019 erbrachte Erlösvolumen weitgehend unabhängig von den tatsächlich erbrachten Leistungen zu garantieren ist. Dafür soll es in die Gegenwart fortgeschrieben und jeweils für die Jahre 2023 und 2024 zusätzlich um 300 Millionen Euro aufgestockt werden.⁴⁵³ Zur Umsetzung wurde dazu im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) der Paragraf 4a eingefügt.

⁴⁴⁴ Jahr 2022

⁴⁴⁵ Mit Sicherstellungszuschlägen werden Krankenhäuser finanziell unterstützt, die für die regionale Basisversorgung der Bevölkerung notwendig sind, die aber aufgrund geringer Fallzahlen die relevanten Fachabteilungen nicht kostendeckend finanzieren können.

⁴⁴⁶ Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntG vom 30.06.2022.

⁴⁴⁷ Regierungskommission (2022): Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/erste-stellungnahme-der-regierungskommission.html>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁴⁸ DGKJ: Kinderkrankenhäuser vernünftig finanzieren, <https://www.dgkj.de/unsere-arbeit/politik/faqs-finanzierung-kinderkrankenhäuser>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁴⁹ Weyersberg, A. et al. (2019): Pädiatrie: Gefangen zwischen Ethik und Ökonomie, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt, 116(37), S. A1586-A1591.

⁴⁵⁰ Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁵¹ Ebenda.

⁴⁵² Regierungskommission (2022): Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/erste-stellungnahme-der-regierungskommission.html>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁵³ Bundesministerium für Gesundheit (2022): Mehr Zeit für Patienten im Krankenhaus, Unterstützung für Geburtshilfe, Pädiatrie und Hebammen. Bundestag beschließt Krankenhauspflegeentlastungsgesetz, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhauspflegeentlastungsgesetz.html>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

Allerdings stehen Kinderkliniken nicht nur vor finanziellen Herausforderungen. Vielmehr bereitet der Fachkräftemangel den Krankenhäusern zunehmend Probleme. Seit 2021 (Ende des Analysezeitraumes des Gutachtens) wurden bereits an einigen Standorten in Sachsen-Anhalt kinder- und jugendmedizinische Versorgungsangebote (vorübergehend) eingestellt. Als Grund für die Schließungen wurde in allen Fällen fehlendes Fachpersonal angegeben.^{454/455/456}

Vor dem Hintergrund der zuvor genannten Herausforderungen, mit denen sich Kinderkliniken konfrontiert sehen, wird es zukünftig nicht mehr möglich sein, viele pädiatrischen Spezialisierungen (zum Beispiel Neurologie, Nephrologie, Kardiologie und Onkologie) in der Fläche vorzuhalten. Viele Leistungsangebote müssen daher auch im Sinne der Behandlungsqualität an ausgewählten Standorten zentralisiert werden. Dieser Ansatz wird bereits im aktuellen Krankenhausplan Sachsen-Anhalts verfolgt und sollte auch in Zukunft weitergeführt werden. Auch eine Abstimmung krankenhauplanerischer Aktivitäten mit den Nachbarbundesländern scheint dabei angezeigt.

Insgesamt sollten Kooperationen zwischen den Krankenhäusern zur Abstimmung des Leistungsportfolios ausgebaut werden. Auf Erfahrung aus bereits bestehenden Kooperationen oder Netzwerken, beispielsweise zwischen dem Universitätsklinikum Halle und dem Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, die zusammen das „Pädiatrische Zentrum Südliches Sachsen-Anhalt“ initiiert haben, sollte dabei zurückgegriffen werden.

Um eine wohnortnahe Basisversorgung von Kindern und Jugendlichen sowie eine Versorgung im Notfall weiterhin gewährleisten zu können, sollte zudem die Entwicklung telemedizinischer Konzepte weiter vorangetrieben und gegebenenfalls durch das Land finanziell gefördert werden. Somit können Ärztinnen und Ärzte in weniger spezialisierten Krankenhäusern bei der Diagnosestellung vor Ort unterstützt werden.

Im Jahr 2022 haben die zwei Universitätskliniken des Landes bereits Fördermittel vom Land erhalten, um unter anderem neue digitale Plattformen für Telemedizin zu schaffen. Diese sollen den ländlichen Regionen Sachsen-Anhalts einen besseren Zugang zur medizinischen Expertise der Universitätskliniken bieten.^{457/458}

Da ein eingeschränktes Behandlungsspektrum die Attraktivität des Arbeitsplatzes für medizinisches Personal jedoch gegebenenfalls einschränkt, ist zusätzlich zu überprüfen, inwiefern Rotationsmodelle zwischen kooperierenden Krankenhäusern etabliert werden können.

Darüber hinaus sollten in Regionen, in denen die stationäre Versorgung nicht mehr flächendeckend gewährleistet werden kann, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle geprüft werden. Hierzu ist eine enge Abstimmung zwischen den Stakeholdern im Land notwendig.⁴⁵⁹

⁴⁵⁴ Volksstimme (2021): Schönebeck: Aneos macht Geburtshilfe und Klinik für Kinder dicht, <https://www.volksstimme.de/lokal/schoenebeck/schoenebeck-ameos-macht-geburtshilfe-und-klinik-fuer-kinder-dicht-3287191>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁵⁵ Volksstimme (2021): Kinderklinik in Gardelegen ab 1. Januar geschlossen, <https://www.volksstimme.de/lokal/gardelegen/kinderklinik-in-gardelegen-ab-1-januar-geschlossen-3291056>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁵⁶ MDR (2023): Kinderklinik in Zeitz wird zum 1. Mai geschlossen, <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/halle/burgenland/kinderklinik-zeit-z-schliesst-100.html>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁵⁷ Ärzteblatt Sachsen-Anhalt (2022): 434 Millionen Euro für Innovationsoffensive und Infrastruktur, <https://www.aerzteblatt-sachsen-anhalt.de/ausgabe/neues-aus-dem-kammerbereich/755-neues-aus-dem-kammerbereich-2022-05/3862-434-millionen-euro-fuer-innovationsoffensive-und-infrastruktur.html>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁵⁸ MDR (2022): Ärzte aus Magdeburg sollen Ferndiagnosen in der Altmark stellen, <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/magdeburg/magdeburg/uniklinikum-telemedizin-arztemangel-altmark-gardelegen-100.html#Land>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁵⁹ Gemeinsame Empfehlungen können beispielsweise im Rahmen des Gemeinsamen Landesgremiums gemäß § 90a SGB V abgegeben werden.

5.9 Psychiatrische und psychosomatische Versorgung

5.9.1 Bedeutung und Versorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen

Etwa 28 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland sind jährlich von einer psychischen Erkrankung betroffen. Dabei können psychische Erkrankungen über die gesamte Lebensspanne auftreten, jedoch nimmt die Prävalenz mit zunehmendem Alter ab. Hinsichtlich des Geschlechts unterscheidet sich die Prävalenz stark. So konnten Jacobi et al. (2014) im Rahmen einer Studie feststellen, dass bei etwa einem Drittel der Frauen und gut einem Fünftel der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren „in den vergangenen 12 Monaten zumindest zeitweise mindestens eine psychische Störung [vorlag]“.⁴⁶⁰

Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und muskuloskelettalen Erkrankungen gehören psychische Erkrankungen in Deutschland zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust an gesunden Lebensjahren.⁴⁶¹ Aufgrund der Prävalenz und der hohen Krankheitslast, die psychische Störungen erzeugen, erscheint es angebracht, diesen Leistungsbereich hier gesondert zu beschreiben und zu analysieren.

Das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland basiert auf einem komplexen Zusammenspiel ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementärer Angebote. Letztere werden auch als gemeindepsychiatrische Dienste bezeichnet. Bei ihnen handelt es sich in der Regel um gemeinnützige Vereine und Wohlfahrtsunternehmen, teilweise aber auch um gewerbliche Anbieter, die ihre Leistungen speziell für eine Versorgungsregion anbieten.

Die Organisation der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung liegt im Verantwortungsbereich der KV. Sichergestellt wird die ambulante Versorgung sowohl durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Psychosomatik als auch durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Diese betreiben in der Regel eigene Praxen und arbeiten im Sprechstundenbetrieb. Aber auch Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten sind häufig eine erste Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen.⁴⁶²

Die stationäre Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt in Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, darunter zahlreiche Universitätskliniken. Daneben gibt es auch psychosomatische Krankenhäuser, die ebenfalls an der stationären Versorgung beteiligt sind.⁴⁶³ Eine Krankenhausbehandlung kann dabei nicht nur vollstationär erfolgen, sondern auch teilstationär in Tageskliniken. Eine tagesklinische Behandlung kann sowohl eine Alternative zur stationären Behandlung darstellen, als auch im Sinne einer Übergangsbildung an diese anschließen oder eine gegebenenfalls nicht ausreichende ambulante Behandlung intensivieren.⁴⁶⁴

Darüber hinaus wurde im Jahr 2018 mit der Einführung des § 115d SGB V zur stationsäquivalenten Behandlung (StäB) die Möglichkeit geschaffen, Krankenhausbehandlungen im häuslichen Umfeld der Patientinnen

⁴⁶⁰ Jacobi, F. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), erschienen in: Der Nervenarzt, 85, S. 77-87.

⁴⁶¹ DGPPN (2023): Basisdaten. Psychische Erkrankungen, https://www.dgppn.de/Resources/Persis-tent/93a818859031c45661aa7f6d298d6fecc6de45e9/20230104_Factsheet_Kennzahlen.pdf, zuletzt abgerufen am 02.05.2023.

⁴⁶² Greve, N. et al. (2021): Versorgungsnetze für Menschen mit psychischen Störungen, erschienen in: Krankenhausreport 2021, S. 149-171.

⁴⁶³ DGPPN: Neue Lösungen für wachsenden Hilfebedarf, <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung.html>, zuletzt abgerufen am 02.05.2023.

⁴⁶⁴ DGPPN (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Springer, Berlin.

und Patienten durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams durchzuführen. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.⁴⁶⁵

Neben der stationären Behandlung und der Behandlung in Tageskliniken können Krankenhäuser Patientinnen und Patienten auch ambulant in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) gemäß § 118 SGB V versorgen. Dieses krankenhaushnahe Versorgungsangebot soll sich an kranke Menschen richten, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung von anderen Versorgungsangeboten unzureichend erreicht werden.⁴⁶⁶ Für Universitätskliniken besteht zudem gemäß § 117 SGB V die Möglichkeit, Patienten und Patientinnen mit psychischen Störungen in ihren Hochschulambulanzen (HSA) zu behandeln.

Die Vergütung von voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Leistungen erfolgt über die sogenannten PEPP-Entgelte⁴⁶⁷. Seit dem 1. Januar 2018 ist für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten gemäß § 17d KHG verbindlich⁴⁶⁸ anzuwenden. Die Abkürzung PEPP wird sowohl für die einzelnen Fallgruppen als auch für das Entgeltsystem im Allgemeinen (PEPP-System) verwendet. Die PEPP-Entgelte werden analog zu den DRG-Entgelten jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert.

Die nachfolgenden Analysen untersuchen die Versorgung von psychisch kranken Menschen in Krankenhäusern und deren Standorten. Betrachtet werden sowohl voll- als auch teilstationäre Fälle.

5.9.2 Versorgungsstruktur psychiatrischer und psychosomatischer Fächer in Sachsen-Anhalt

5.9.2.1 Aktuelle Planung der psychiatrischen und psychosomatischen Fächer in Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan von Sachsen-Anhalt werden die Krankenhäuser mit Standorten und Fachgebieten ausgewiesen. Eine konkrete Zuweisung von Planbetten erfolgt dabei nicht. Eine Ausnahme hiervon bilden jedoch die psychiatrischen Fachbereiche. Für diese findet eine Ausweisung von Planbetten gemäß § 3 KHG LSA Absatz 4 getrennt nach den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie (PSY), Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM) statt. Neben den Planbetten werden auch die Tagesklinikplätze den drei zuvor genannten Bereichen zugewiesen.⁴⁶⁹

Für die Berechnung der als bedarfsgerecht festzustellenden Kapazitäten (Planbetten und Tagesklinikplätze) werden die tatsächliche Bettennutzung und eine Soll-Auslastung von 90 Prozent angewendet. Bei der Bewertung von Veränderungen der bedarfsgerechten Kapazitäten ist ein entsprechend aussagefähiger Zeitraum zu berücksichtigen, der länger als ein Jahr beträgt.⁴⁷⁰

⁴⁶⁵ Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d Absatz 2 SGB V, https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf, zuletzt abgerufen am 02.05.2023.

⁴⁶⁶ Günhe, U. et al. (2014): Ein kleiner Wegweiser durch das Behandlungs- und Versorgungssystem, erschienen in: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige, Springer, S. 39-47.

⁴⁶⁷ Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen – PEPP.

⁴⁶⁸ Von 2013 bis 2017 wurde das Entgeltsystem noch auf freiwilliger Basis unter budgetneutralen Bedingungen angewendet.

⁴⁶⁹ Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Absatz 1 KHG LSA.

⁴⁷⁰ Ebenda.

In der aktuellen Fassung des Krankenhausplans Sachsen-Anhalt vom 1. Oktober 2022 werden den Krankenhäuser insgesamt 2.194 Planbetten und 1.132 Tagesklinikplätze zugewiesen. Tabelle 27 gibt einen Überblick darüber, wie sich die Planbetten und Tagesklinikplätze auf die einzelnen Bereiche verteilen.

Tabelle 27 Im Krankenhausplan von Sachsen-Anhalt ausgewiesene Planbetten und Tagesklinikplätze für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie⁴⁷¹

Fachgebiet	Planbetten	Tagesklinikplätze
Psychiatrie und Psychotherapie	1.559	769
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	295	152
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	340	211
Gesamt	2.194	1.132

Das Ziel der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt ist eine möglichst gemeindenahere Versorgung der Bevölkerung. Das bedeutet, dass eine dezentrale Vorhaltung der psychiatrischen Kapazitäten angestrebt wird, wobei psychiatrische Abteilungen an Krankenhäusern die Versorgung für eine Region übernehmen.⁴⁷²

5.9.2.2 Versorgungsstruktur psychiatrischer und psychosomatischer Fächer im Bundesvergleich

Um einen Vergleich der stationären Versorgungsstrukturen psychiatrischer und psychosomatischer Fächer auf der Bundesländerebene vornehmen zu können, wurde zum einen auf die Grunddaten der Krankenhäuser⁴⁷³ und zum anderen auf die PEPP-Statistik zurückgegriffen. Die PEPP-Statistik wurde im Jahr 2018 zusätzlich zur DRG-Statistik eingeführt und erfasst alle Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 1 KHG.

Die Analysen in diesem Abschnitt beziehen sich dabei nur auf vollstationäre Kennzahlen. Eine Analyse der teilstationären Kennzahlen im Bundesländervergleich ist aufgrund der unzureichenden beziehungsweise heterogenen Datenlage im Rahmen des Gutachtens nicht möglich gewesen.

Im Jahr 2021 wurden in Sachsen-Anhalt 22.397 vollstationäre Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus entlassen, bei denen ein PEPP-Entgelt kodiert wurde. Bezogen auf 1.000 EW entspricht dies rund 10,4 Fällen. Somit sind in Sachsen-Anhalt mehr psychiatrische und psychosomatische Fälle aufgetreten als im Bundesdurchschnitt. Hier betrug der Wert etwa 9,6 Fälle je 1.000 EW.

Tabelle 28 ist zu entnehmen, dass es jedoch einige Bundesländer gibt, die höhere Fallzahlen aufweisen als Sachsen-Anhalt. Die meisten Fälle je 1.000 EW gab es in Schleswig-Holstein (11,3) gefolgt von Bremen (11,0). Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass sich die Versorgungsstrukturen in den Bundesländern stark voneinander unterscheiden. Daher ist es beispielsweise möglich, dass Bundesländer, die eine höhere Dichte an ambulanten Versorgern (zum Beispiel niedergelassene Praxen, MVZ, PIA, HSA) haben, geringere stationäre Fallzahlen aufweisen.

In Tabelle 28 ist zudem dargestellt, wie sich die Fallzahlen im Vergleich zum Jahr 2019 (vor der Covid-19-Pandemie) verändert haben. Es wird deutlich, dass alle Bundesländer einen Rückgang bei den PEPP-Fällen

⁴⁷¹ Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalts ab 1. Oktober 2022, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505>, zuletzt abgerufen am 05.05.2023.

⁴⁷² Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Absatz 1 KHG LSA.

⁴⁷³ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

zu verzeichnen haben. In Sachsen-Anhalt sind die Fallzahlen um 11 Prozent gesunken und somit stärker als im Bundesdurchschnitt (9 Prozent). Allerdings weisen beispielsweise Thüringen (12 Prozent), das Saarland (14 Prozent) und Brandenburg (17 Prozent) noch höhere Fallzahlrückgänge auf.

Beim Vergleich der Zahlen in Tabelle 28 mit denen, die im Abschnitt 4.2 ausgewiesen sind, fällt auf, dass die Fallzahlen im PEPP-Bereich weniger stark gesunken sind als die DRG-Fälle.

Tabelle 28 Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Fälle nach PEPP nach Bundesländern in 2021^{474/475}

Bundesland	Fallzahlen in 2019	Fallzahlen in 2021	Δ Fallzahl 2019 und 2021	Fallzahl je 1.000 EW in 2021
Baden-Württemberg	98.472	91.070	-8 %	8,3
Bayern	128.307	116.385	-10 %	8,8
Berlin	39.463	35.559	-11 %	9,3
Brandenburg	28.532	24.390	-17 %	9,7
Bremen	8.400	7.594	-11 %	11,0
Hamburg	21.453	20.239	-6 %	10,8
Hessen	62.283	58.537	-6 %	9,3
Mecklenburg-Vorpommern	19.037	17.598	-8 %	10,9
Niedersachsen	80.844	73.123	-11 %	9,1
Nordrhein-Westfalen	200.773	185.716	-8 %	10,3
Rheinland-Pfalz	45.999	41.327	-11 %	10,5
Saarland	11.865	10.441	-14 %	10,6
Sachsen	43.315	39.268	-10 %	9,6
Sachsen-Anhalt	24.923	22.397	-11 %	10,4
Schleswig-Holstein	35.000	32.919	-6 %	11,3
Thüringen	25.418	22.608	-12 %	10,7
Deutschland	874.084	799.171	-9 %	9,6

Hinsichtlich der vollstationären Kapazitäten in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen, die in Tabelle 29 dargestellt sind, zeigt sich, dass Sachsen-Anhalt neben Bremen, Hamburg, Thüringen, Bayern und Schleswig-Holstein die meisten Betten je 100.000 EW in der Psychiatrie und Psychosomatik im Jahr 2021 aufweist. Mit 86,1 Betten je 100.000 EW liegt Sachsen-Anhalt über dem Bundesdurchschnitt von 83,7 Betten.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es bezogen auf das gesamte Bundesgebiet 8,1 Betten je 100.000 EW. Mit 16,7 Betten je 100.000 EW werden in Sachsen-Anhalt damit mehr als doppelt so viele

⁴⁷⁴ PEPP-Statistik.

⁴⁷⁵ Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsstand, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit.html>, zuletzt abgerufen am 15.03.2023.

vollstationäre Kapazitäten vorgehalten wie im Bundesdurchschnitt. Es gibt zudem kein Bundesland, das mehr Betten für diese Fachabteilung vorhält.⁴⁷⁶ Wie im nachfolgenden Abschnitt 5.9.2.3 noch gezeigt wird, verteilen sich diese Betten jedoch nicht gleichmäßig über die Fläche von Sachsen-Anhalt.

Tabelle 29 Vollstationäre Betten der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie- nach Bundesländern in 2021^{477/478}

Bundesland	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
	Betten	Betten je 100.000 EW	Betten	Betten je 100.000 EW
Baden-Württemberg	8.849	80,4	657	6,0
Bayern	12.517	95,0	778	5,9
Berlin	2.542	66,6	273	7,2
Brandenburg	2.070	82,3	249	9,9
Bremen	602	87,6	50	7,3
Hamburg	1.645	87,9	224	12,0
Hessen	5.293	83,7	584	9,2
Mecklenburg-Vorpommern	1.312	81,5	215	13,3
Niedersachsen	6.474	80,7	742	9,3
Nordrhein-Westfalen	14.501	80,6	1.242	6,9
Rheinland-Pfalz	2.974	75,2	276	7,0
Saarland	834	85,0	30	3,1
Sachsen	3.260	80,0	454	11,1
Sachsen-Anhalt	1.863	86,1	362	16,7
Schleswig-Holstein	2.939	100,9	269	9,2
Thüringen	1.957	92,6	297	14,0
Deutschland	69.632	83,7	6.702	8,1

Abbildung 102 führt die zuvor betrachteten Kennzahlen (Betten je 100.000 EW und Fälle je 1.000 EW) zusammen. Dabei wird deutlich, dass die Höhe der Fallzahlen nicht unbedingt im Zusammenhang mit der Bettendichte steht. Beispielsweise wurden im Jahr 2021 in Rheinland-Pfalz fast genauso viele Fälle je 1.000

⁴⁷⁶ Anzumerken ist, dass die in den durch das Statistische Bundesamt erfassten Grunddaten der Krankenhäuser angegebenen Bettenzahlen von denen in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesenen Betten abweichen.

⁴⁷⁷ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

⁴⁷⁸ Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsstand, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit.html>, zuletzt abgerufen am 15.03.2023.

EW erbracht wie in Sachsen-Anhalt. Allerdings wurden zur Erbringung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen weniger vollstationäre Kapazitäten vorgehalten. Die Aussagekraft dieser Beobachtung ist jedoch begrenzt, da beispielsweise keine Rückschlüsse auf die schwere der Erkrankungen der behandelten Patientinnen und Patienten gezogen werden können, die wiederum Einfluss auf die Verweildauer hat.

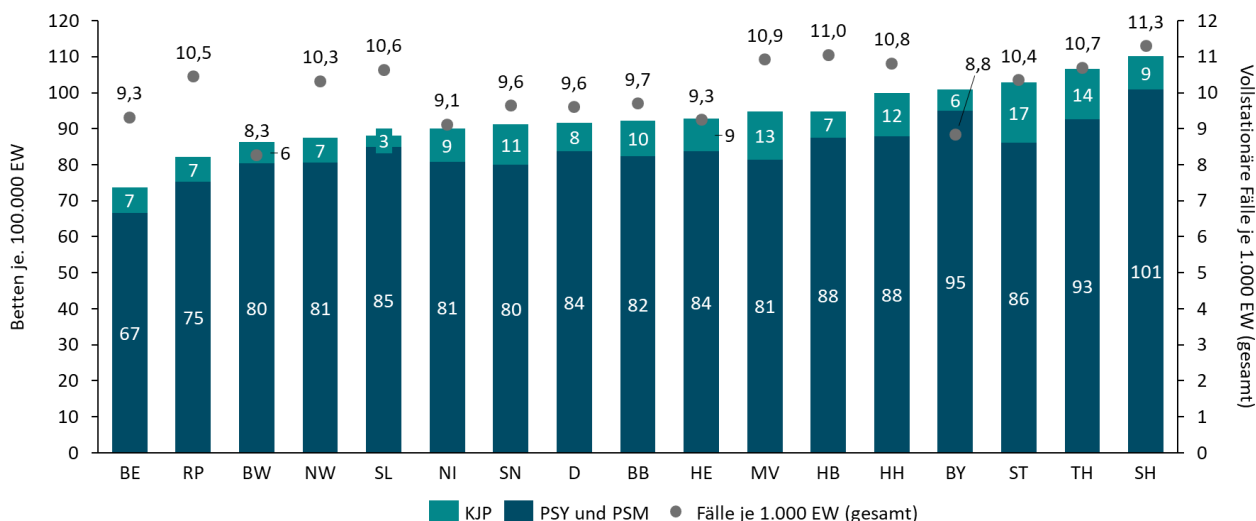


Abbildung 102 Stationäre Betten der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie je 100.000 EW und Fälle je 1.000 EW nach Bundesländern in 2021⁴⁷⁹

Wie im Abschnitt 5.9.1 bereits erwähnt, können Patienten und Patientinnen mit psychiatrischen oder psychosomatischen Störungen auch durch psychiatrische Institutsambulanzen ambulant behandelt werden. Deutschlandweit traten im Jahr 2021 rund 2,734 Millionen PIA-Fälle auf. Die Verteilung der Fälle innerhalb Deutschlands ist jedoch sehr heterogen, wie Abbildung 103 zu entnehmen ist. Die höchste Anzahl gab es in Bremen mit 48 Fällen je 1.000 EW, wohingegen in Baden-Württemberg nur 22 Fälle je 1.000 EW behandelt wurden. Durchschnittlich wurden in Deutschland rund 33 Fälle je 1.000 EW durch PIA versorgt. In Sachsen-Anhalt lag die Fallzahl mit 28 Fällen je 1.000 EW somit unter dem Bundesdurchschnitt.

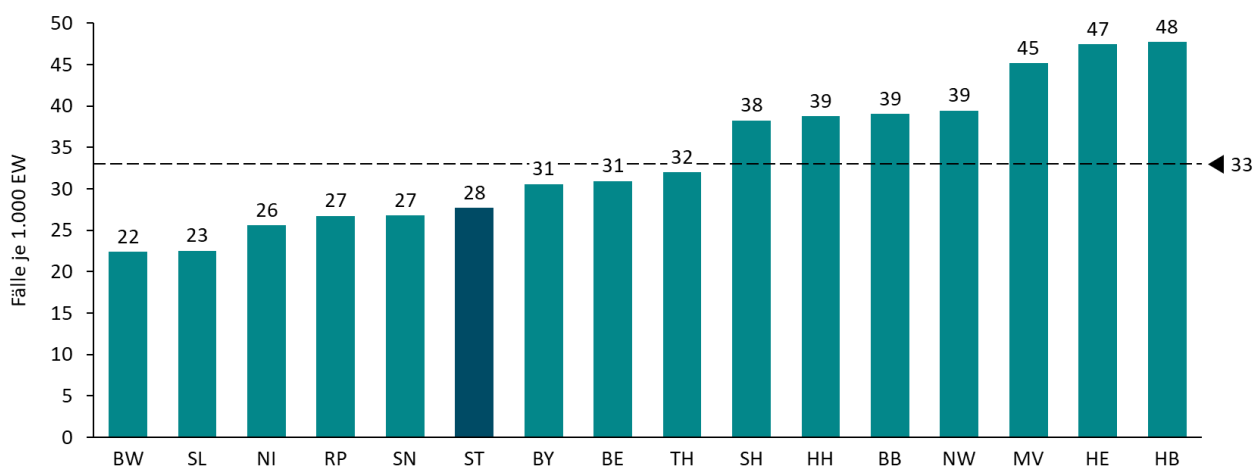


Abbildung 103 Fallzahlen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Bundesländern in 2021⁴⁸⁰

⁴⁷⁹ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

⁴⁸⁰ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

Für die durch Hochschulambulanzen versorgten psychiatrischen und psychosomatischen Fälle können im Rahmen des Gutachtens keine Angaben gemacht werden, da den Gutachtenden die dafür notwendigen Daten nicht vorliegen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Sachsen-Anhalt sowohl hinsichtlich der stationären Fallzahlen je 1.000 EW als auch hinsichtlich der Ausstattung mit stationären Betten über dem Bundesdurchschnitt liegt. Insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Ausstattungsniveau bemerkenswert. Kein Bundesland hält mehr stationäre Kapazitäten vor als Sachsen-Anhalt. Diesbezüglich ist jedoch anzumerken, dass teilweise ambulante Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in Sachsen-Anhalt fehlen, sodass die Kinder- und Jugendpsychiatrie wohl häufig kompensatorisch genutzt wird, wie im Rahmen eines Gutachtens, das 2018 veröffentlicht und vom MS beauftragt wurde, bereits herausgestellt wurde.⁴⁸¹

Bezüglich der in den psychiatrischen Institutsambulanzen behandelten Fälle zeigt sich, dass im Vergleich zu den restlichen Bundesländern in Sachsen-Anhalt noch Ausbaupotenzial besteht.

In den folgenden Abschnitten wird das Ausstattungsniveau Sachsens-Anhalts noch näher quantifiziert. Vor allem im Hinblick auf die regionale Verteilung von voll- und teilstationären Kapazitäten und Fällen.

5.9.2.3 Aktuelle Versorgung in Sachsen-Anhalt

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt ein bundesländerübergreifender Vergleich hinsichtlich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Patientinnen und Patienten an den Krankenhäusern vorgenommen wurde, erfolgt in diesem Abschnitt eine detailliertere Analyse des Versorgungsgeschehens in Sachsen-Anhalt. Einbezogen werden dabei ausschließlich Fälle, für die ein PEPP-Entgelt kodiert wurde. Betrachtet werden die Entwicklungen der voll- und teilstationären Fälle zwischen 2017 und 2021, die Entwicklung der Verweildauern, die Fallzahlen je Versorger und deren Anteile an der Versorgung in 2021, die Betendichte nach Cluster sowie die regionale Verteilung der Standorte und deren Erreichbarkeiten.

Die Analysen erfolgen dabei auf Ebene der NRW-Leistungsbereiche beziehungsweise -gruppen. Wie bereits im Abschnitt 4.5 erläutert, differenziert die damit verbundene Leistungsgruppensystematik die stationären sowie teilstationären Fälle in die Bereiche Somatik und Psychiatrie. Für die Psychiatrie gibt es zwei Leistungsbereiche und vier untergeordnete Leistungsgruppen. Die Zuordnung wird anhand der Entlassabteilung⁴⁸² vorgenommen und danach, ob es sich um einen voll- oder teilstationären Fall⁴⁸³ handelt. Die Aufteilung ist im Folgenden tabellarisch dargestellt (Tabelle 30).

⁴⁸¹ FOGS (2018), Bestandsanalyse, Prognose und Handlungsempfehlungen zur Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen im Land Sachsen-Anhalt unter Berücksichtigung demografischer und regionaler Entwicklungen, https://www.fogs-gmbh.de/wp-content/uploads/2021/02/Bestandsanalyse_Versorgung_psychisch_kranker_und_seelisch_behinderter_Menschen_im_LSA_Abschlussbericht_17_12_2018.pdf, zuletzt abgerufen am 20.04.2023.

⁴⁸² Eine Über-/Unterschreitung der Altersgrenze ist im Rahmen der Transition in einem begrenzten Umfang zulässig.

⁴⁸³ Eine Abgrenzung nach teilstationären und vollstationären Fällen erfolgt gemäß dem Schlüssel 1 (Aufnahmegrund) für die Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V.

Tabelle 30 NRW-Leistungsbereich- beziehungsweise -gruppenzuordnung für psychiatrische Leistungen⁴⁸⁴

Leistungsbereich		Leistungsgruppe	
31	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	31.1	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – vollstationär
		31.2	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – teilstationär
32	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	32.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapien und Psychosomatik – vollstationär
		32.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik – teilstationär

Fallzahlentwicklung von 2017 bis 2021

Im Abschnitt 4.3 wurden bereits alle vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt, die nach PEPP oder DRG abgerechnet wurden, für die Jahre 2017 bis 2021 auf Basis des §21-KHEntgG-Datensatzes miteinander verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Fallzahlen im betrachteten Zeitraum kontinuierlich zurückgegangen sind, wobei der größte Fallzahlrückgang mit rund 17 Prozent zwischen den Jahren 2019 und 2021 stattfand. Zurückführen lässt sich dies zu großen Teilen auf die Covid-19-Pandemie. Um Behandlungskapazitäten für Covid-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten und die Ausbreitung des Virus einzudämmen, wurden insbesondere zu Beginn der Pandemie Maßnahmen ergriffen, die sich auf die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen und somit auf die Bettenauslastung ausgewirkt haben (Abschnitt 2.7).

Im folgenden Abschnitt werden nun lediglich die PEPP-Fälle betrachtet, allerdings inklusive der teilstationären Fälle. Abbildung 104 stellt die Fallzahlentwicklung für den LB „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ dar und Abbildung 105 für den LB „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“.⁴⁸⁵

Wie Abbildung 105 zeigt, gab es im Jahr 2021 23.466 voll- und teilstationäre PEPP-Fälle in Sachsen-Anhalt, die dem LB 31 zugeordnet werden können. Im Jahr 2017 waren es noch 29.502 Fälle. Somit sind die Fallzahlen im Zeitraum von 2017 bis 2021 um rund 21 Prozent zurückgegangen.

Besonders stark war der Fallzahlrückgang zwischen den Jahren 2019 und 2021. Hier sind die Fallzahlen um rund 14 Prozent gesunken und damit etwas weniger stark als bei gemeinsamer Betrachtung von DRG- und PEPP-Fällen. Besonders hoch war der Rückgang bei den teilstationären Fällen. Im Jahr 2021 gab es in Sachsen-Anhalt etwa 28 Prozent weniger teilstationäre Fälle als noch im Jahr 2019. Aber auch bereits in den Jahren davor war die Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen rückläufig.

Im Betrachtungszeitraum ist die Einwohnerzahl Sachsen-Anhalts um rund 2,5 Prozent gesunken,⁴⁸⁶ dementsprechend ist der beobachtete Rückgang nur zum kleinen Teil auf die Bevölkerungsentwicklung zurückzuführen. Weitere Untersuchungen zur Identifikation der Einflussparameter auf die Fallzahlentwicklung in Sachsen-Anhalt sind notwendig.

⁴⁸⁴ MAGS (2020): Definition der Leistungsgruppen, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppenelemente.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2023.

⁴⁸⁵ Die vollstationären Fälle weichen von denen im Abschnitt 4.3 ab, da lediglich die PEPP-Fälle betrachtet wurden, die in den Leistungsbereichen 31 und 32 erbracht wurden.

⁴⁸⁶ Statistisches Bundesamt

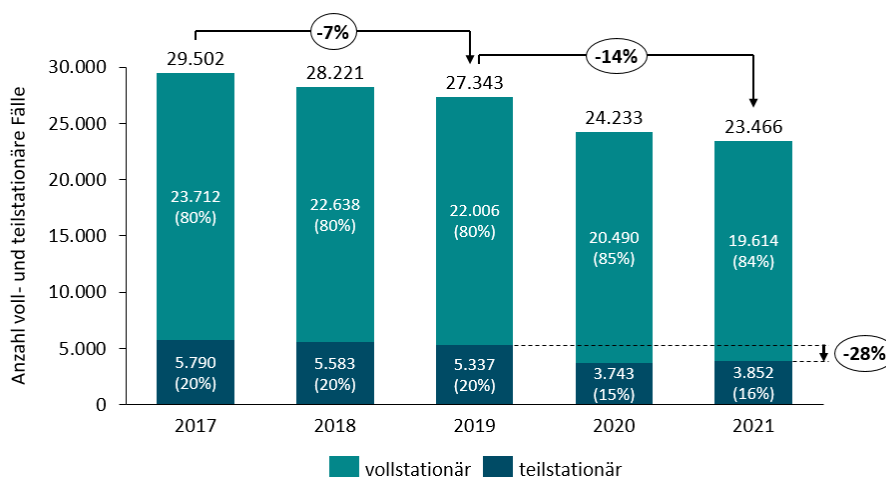


Abbildung 104 Voll- und teilstationäre Fälle im Leistungsbereich „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ von 2017 bis 2021⁴⁸⁷

Nicht nur in Sachsen-Anhalt war die Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungsangebots während der Covid-19-Pandemie rückläufig. Eine auf Grundlage von AOK-Versichertendaten durchgeführte Sekundäranalyse kommt für das gesamte Bundesgebiet zu ähnlichen Ergebnissen. Im Jahr 2020 zeigte sich bundesweit ein Rückgang der vollstationären Fallzahlen um 14,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Veränderungen in den Tageskliniken waren noch deutlich gravierender. Hier sanken die Fallzahlen um 29,7 Prozent. Die Analyse konnte aber auch zeigen, dass sich die vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt im Bundesvergleich am wenigsten verringerten.⁴⁸⁸

Bei den Kindern und Jugendlichen zeigt sich ein etwas anderes Bild, wie Abbildung 105 verdeutlicht. Hier ist die Anzahl der voll- und teilstationären Fälle im LB 32 zwischen den Jahren 2017 und 2019 von 3.213 auf

⁴⁸⁷ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

⁴⁸⁸ Engels, A. et al. (2022): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychiatrische Versorgung – eine Sekundärdatenanalyse auf der Grundlage von AOK-Versichertendaten, erschienen in: Krankenhausreport 2022. Patientenversorgung während der Pandemie, Springer, S. 129-146.

3.044 gesunken und somit nur um rund 5 Prozent. Anders als bei den Erwachsenen sind die Fallzahlen zwischen 2019 und 2021 sogar um rund 3 Prozent gestiegen, nachdem sie im Jahr 2020 zunächst rückläufig waren. Somit betrug der Fallzahlrückgang zwischen 2017 und 2021 insgesamt rund 2 Prozent.

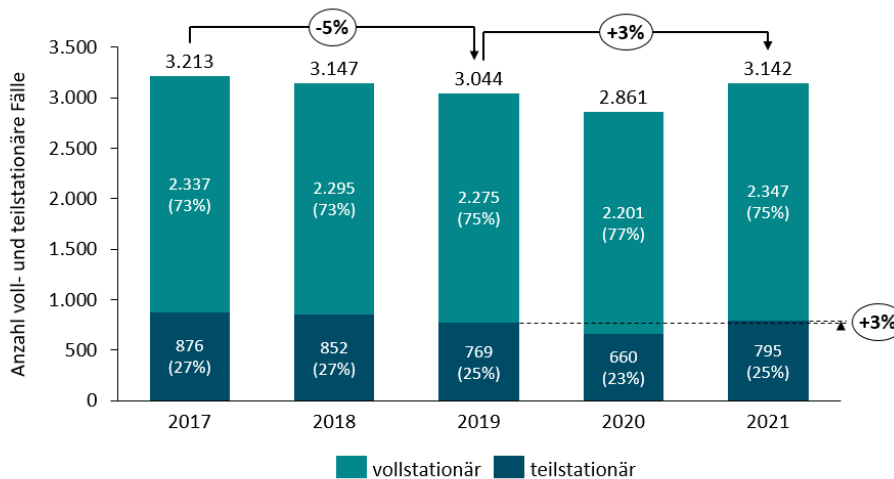


Abbildung 105 Voll- und teilstationäre Fälle im Leistungsbereich „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ von 2017 bis 2021⁴⁸⁹

Verweildauer

Im vorangegangenen Abschnitt wurde dargestellt, dass sowohl die vollstationären als auch die teilstationären Fälle im LB 31 - Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ zwischen 2017 und 2021 rückläufig waren. Bei ausschließlicher Betrachtung der vollstationären Fälle gab es einen Rückgang von rund 17 Prozent. Im selben Zeitraum ist deren durchschnittliche Verweildauer hingegen um rund 4,8 Tage beziehungsweise um 16 Prozent gestiegen, wie Abbildung 106 deutlich macht.

Auch die durchschnittliche Verweildauer der teilstationären Fälle ist gestiegen. Mit etwa 6 Prozent allerdings etwas weniger stark. Neben den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie können auch die gestiegenen Verweildauern eine Erklärung für den Rückgang der Fallzahlen sein, da bei längeren durchschnittlichen Verweildauern die Betten entsprechend länger belegt sind und somit weniger neue Fälle aufgenommen werden können.

⁴⁸⁹ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

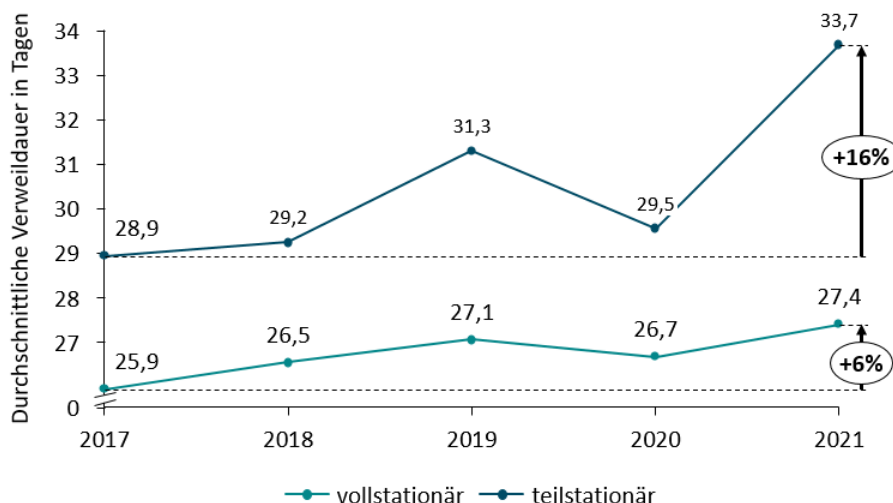


Abbildung 106 Durchschnittliche Verweildauer voll- und teilstationärer Fälle im Leistungsbereich „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ von 2017 bis 2021⁴⁹⁰

Im Gegensatz zum LB 31 sind die Verweildauern im LB 32 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ bei den voll- und teilstationären Fällen zwischen 2017 und 2021 um rund 6,7 Prozent beziehungsweise 2,2 Prozent gesunken. Auffällig ist, dass die Verweildauern zunächst gestiegen sind und es 2020 dann einen Rückgang insbesondere bei den teilstationären Fällen gab.⁴⁹¹ Wie auch bei den Erwachsenen sind sie in 2021 wieder gestiegen, allerdings haben sie das Niveau von 2017 und 2019 nicht erreicht oder überschritten (Abbildung 107).

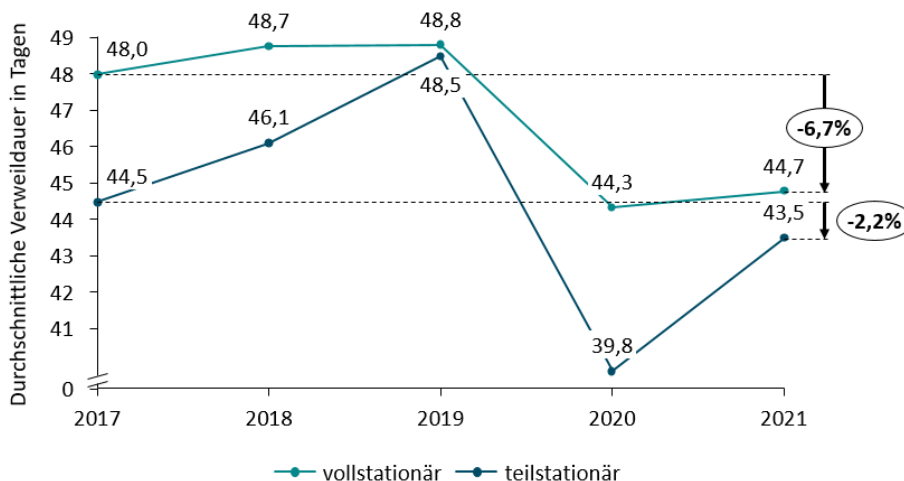


Abbildung 107 Durchschnittliche Verweildauer voll- und teilstationärer Fälle im Leistungsbereich „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ von 2017 bis 2021⁴⁹²

⁴⁹⁰ Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

⁴⁹¹ Möglicherweise ist es im Jahr 2020 zu frühzeitigeren Entlassungen aufgrund der Covid-19-Pandemie gekommen.

⁴⁹² Eigene Darstellung auf Basis der §21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

Krankenhausstandorte und Bettendichte

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die Fallzahlentwicklung zwischen den Jahren 2017 und 2021 für das gesamte Bundesland dargestellt wurde, wird nun ein Blick auf die Ebene der Krankenhausstandorte geworfen. In der Abbildung 108 und der Abbildung 109 ist für den jeweiligen Leistungsbereich dargestellt, wie sich die voll- und teilstationären Fälle im Jahr 2021 auf die einzelnen Standorte verteilt haben. Zudem sind in den Abbildungen die kumulierten prozentualen Versorgungsanteile dargestellt.

Anhand von Abbildung 108 wird ersichtlich, dass 29 Versorger⁴⁹³ im Jahr 2021 voll- und/oder teilstationäre Leistungen aus dem LB „31 - Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ erbracht haben. Dabei weist der Standort mit der höchsten Fallzahl 2.145 voll- und teilstationäre Fälle auf, wohingegen am Standort mit der geringsten Fallzahl 29 teilstationäre Fälle behandelt wurden. Es lässt sich feststellen, dass teilstationäre Fälle an fast allen Standorten versorgt wurden. Nur zwei der Standorte behandeln nur stationär. Elf der 29 Versorger haben ausschließlich teilstationäre Leistungen erbracht.

Zudem kann anhand der Abbildung festgestellt werden, dass 14 der 29 Standorte jeweils mehr als 1.000 Fälle im Jahr 2021 behandelt haben. Kumuliert haben sie etwa 88 Prozent aller in Sachsen-Anhalt behandelten Fälle erbracht.

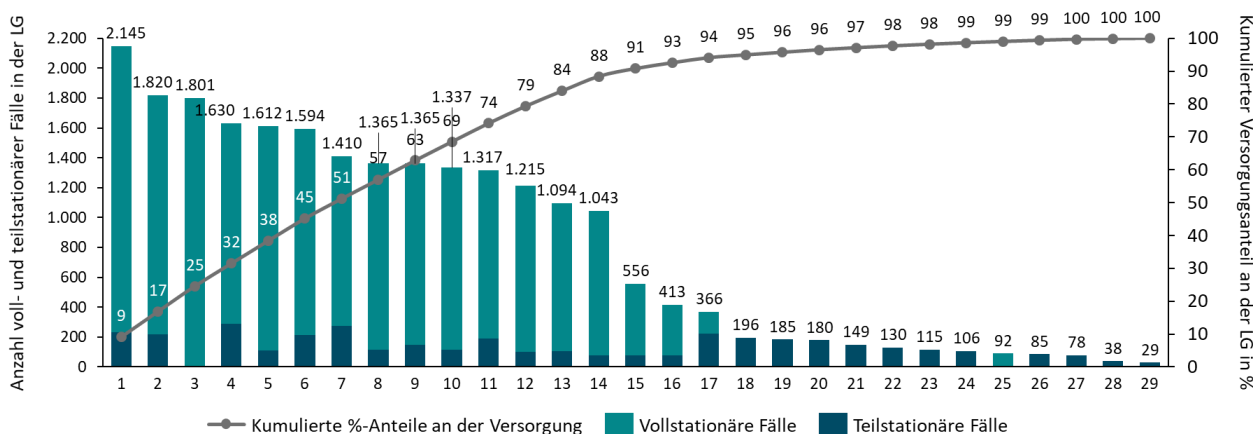


Abbildung 108 Voll- und teilstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb des Leistungsbereichs „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in 2021⁴⁹⁴

Im LB „32 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ haben im Jahr 2021 elf Versorger in Sachsen-Anhalt Patientinnen und Patienten behandelt. Die teilstationären Angebote verteilten sich auf zehn Standorte. Vollstationäre Leistungen wurden an sechs Standorten erbracht (Abbildung 109). Inwiefern diese Konzentration auf verhältnismäßig wenige Standorte einen Einfluss auf die Erreichbarkeiten für die Bevölkerung hat, wird im weiteren Verlauf dieses Abschnitts näher betrachtet (Abbildung 111).

⁴⁹³ Die Fälle der Standorte AWO Tagesklinik Havelberg und der AWO Tagesklinik Burg wurden gemäß dem in Kapitel 3 beschriebenen Vorgehen dem Hauptstandort Jerichow zugewiesen.

⁴⁹⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

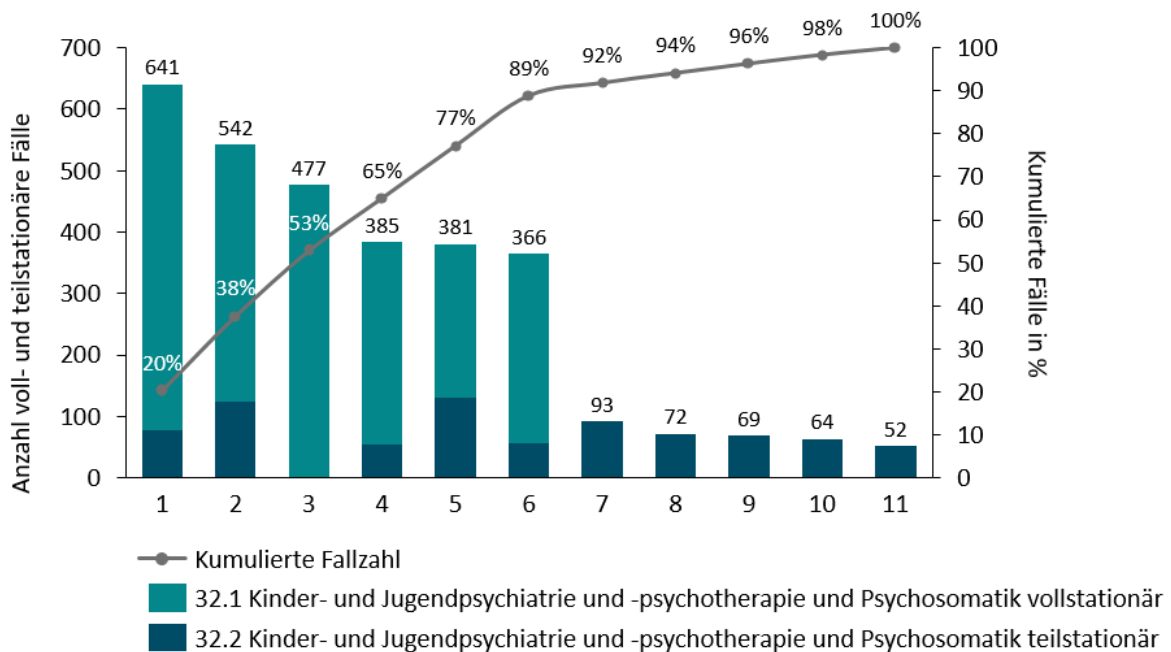


Abbildung 109 Voll- und teilstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb des Leistungsbereichs „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ in 2021⁴⁹⁵

Bei der Interpretation der Abbildungen ist darauf hinzuweisen, dass die Fallzahl je Einrichtung beziehungsweise Arzt oder Ärztin in der Psychiatrie und Psychosomatik nicht unbedingt ein Indikator für die Qualität der Behandlung ist. Der in den Abschnitten 2.2 und 5.4 beschriebene positive Zusammenhang zwischen Volumen (Anzahl der Fälle) und dem Outcome der Behandlung konnte für den psychiatrischen Bereich in Studien nicht nachgewiesen werden.⁴⁹⁶ Zudem sind die krankenhauplanerischen Aktivitäten Sachsen-Anhalts darauf ausgerichtet, eine möglichst gemeindenahere Versorgung physisch kranker Menschen zu ermöglichen, was mit einer Dezentralisierung von Versorgungskapazitäten einhergeht (Abschnitt 5.9.2.1).

Vor diesem Hintergrund ist es vielmehr fraglich, ob die Anzahl und Verteilung der Standorte, an denen psychiatrische Leistungen erbracht werden, dem Anspruch einer dezentralen und gemeindenahen Versorgung gerecht werden. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Insgesamt haben alle 34 Versorger im Jahr 2021 26.608 voll- und teilstationäre PEPP-Fälle erbracht. Davon rund 59 Prozent (15.786 Fälle) an Standorten, die dem Nord-Cluster zugeordnet sind und rund 41 Prozent (10.822 Fälle), die zum Süd-Cluster gehören.

Bei Gegenüberstellung dieser Fallzahlen mit den im Krankenhausplan von Sachsen-Anhalt ausgewiesenen Planbetten und Tagesklinikplätzen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie- sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie fällt auf, dass im Nord-Cluster nicht nur mehr Fälle behandelt, sondern den Standorten auch mehr Planbetten und Tagesklinikplätze zugewiesen wurden (Tabelle 31 und Tabelle 32), was eine Erklärung für die höheren Fallzahlen sein kann.

⁴⁹⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

⁴⁹⁶ Lee, Hsin-Chien; Lin, Heng-Ching (2007), Is the volume-outcome relationship sustained in psychiatric care?, erschienen in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, S. 669-672.

Wird die Anzahl der Tagesklinikplätze und Planbetten in Relation zur Einwohnerzahl der jeweiligen Cluster gesetzt, wird ersichtlich, dass die Planbettendichte im Nord-Cluster wesentlich höher ist als im Süd-Cluster. Bezogen auf 100.000 EW werden im Norden sowohl mehr Planbetten als auch mehr Tagesklinikplätze vorgehalten. Die vorgehaltenen Kapazitäten in den Clustern stehen somit nicht im gleichen Verhältnis zur Einwohnerzahl.

Tabelle 31 Im Krankenhausplan von Sachsen-Anhalt ausgewiesene Betten und Betten je 100.000 EW der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nach Cluster⁴⁹⁷

	Nord-Cluster		Süd-Cluster	
	Anzahl	Je 100.000 EW	Anzahl	Je 100.000 EW
Planbetten	1.132	105	722	67
Tagesklinikplätze	518	48	403	37
Gesamt	1.650	153	1.125	104

Tabelle 32 Im Krankenhausplan von Sachsen-Anhalt ausgewiesene Betten und Betten je 100.000 EW des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nach Cluster⁴⁹⁸

	Nord-Cluster		Süd-Cluster	
	Anzahl	Je 100.000 EW	Anzahl	Je 100.000 EW
Planbetten	250	23	90	8
Tagesklinikplätze	170	16	41	4
Gesamt	420	39	131	12

Zur Bewertung der Versorgungssituation psychisch erkrankter Menschen ist die Bettendichte allein nur bedingt aussagekräftig. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung spielt zudem die regionale Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten eine Rolle. Diese wird im folgenden Abschnitt anhand der Fahrzeiten zum wohnortnächsten und zum tatsächlich in Anspruch genommenen Versorger analysiert.

Erreichbarkeit

Zunächst erfolgt die Betrachtung der theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Versorger. Hierzu wurden alle Krankenhausstandorte ausgewählt, die im Jahr 2021 voll- und teilstationäre Leistungen für die LB 31 und 32 erbracht haben.⁴⁹⁹ In den folgenden kartografischen Abbildungen ist für die jeweiligen LB zum einen dargestellt, wo sich die Krankenhausstandorte geografisch befinden, und zum anderen, wie lange die durchschnittlichen theoretischen Fahrzeiten in Minuten für die Bevölkerung zum nächstgelegenen Standort sind.

Zudem ist ersichtlich, ob es sich um einen Standort handelt, der voll-, teil- oder voll- und teilstationäre Leistungen erbringt. Die Berechnung der Fahrzeiten in den Abbildungen sind zwischen den Versorgern und

⁴⁹⁷ Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalts ab 1. Oktober 2022, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000012505>, zuletzt abgerufen am 02.05.2023.

⁴⁹⁸ Ebenda.

⁴⁹⁹ Das Vorgehen zur Ermittlung der theoretischen Fahrzeiten zum nächstgelegenen Versorger ist im Kapitel 3 beschrieben.

den PLZ8-Regionen ermittelt worden, also unabhängig davon, ob dort wirklich ein Fall im Jahr 2021 aufgetreten ist.

Für den LB „31 - Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ zeigt sich anhand von Abbildung 110, dass sich die Standorte über das gesamte Bundesland verteilen. Insbesondere in den Ballungsgebieten sind die Anbieter von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen in weniger als 15 Minuten und somit gut erreichbar.

Aber auch in den Grenzregionen im Norden Sachsen-Anhalts sind Versorger angesiedelt. Dennoch ergeben sich unter anderen längere Fahrzeiten in den eher dünn besiedelten Regionen der Landkreise Altmarkkreis Salzwedel und Börde, die an Niedersachsen angrenzen, sowie im Landkreis Mansfeld-Südharz und im Osten des Landkreises Wittenberg. Hier benötigt die Bevölkerung durchschnittlich mehr als 30 Minuten zum nächstgelegenen Krankenhausstandort. Teilweise betragen die Fahrzeiten auch mehr als 45 Minuten.

Erreichbarkeit Versorger 2021:

LB 31: Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

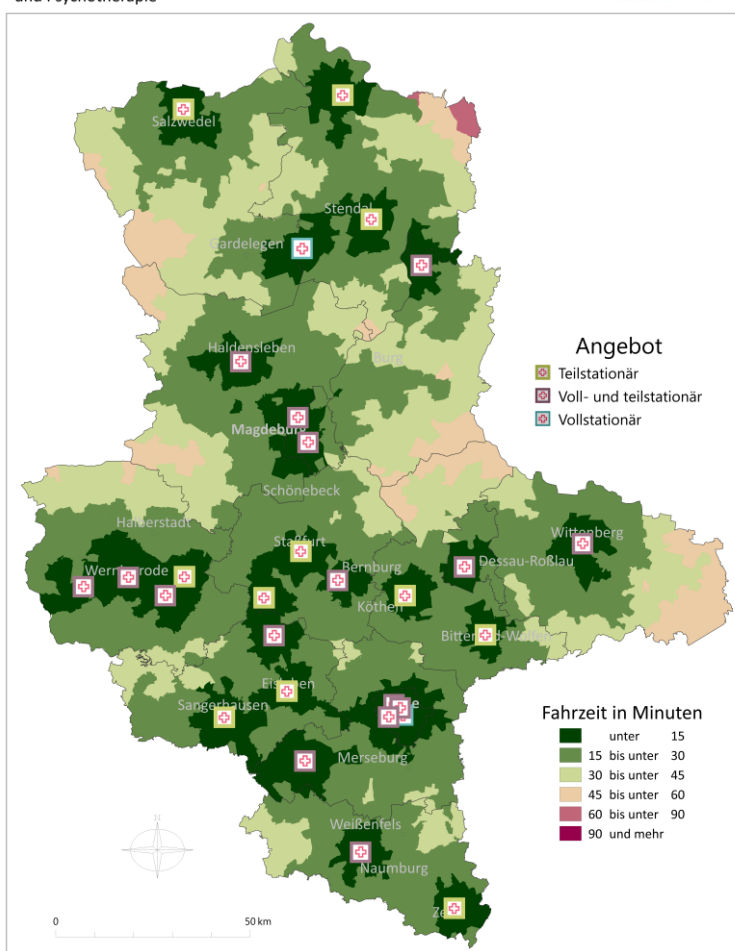


Abbildung 110 Erreichbarkeit von Versorgern für den Leistungsbereich „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in 2021⁵⁰⁰

Werden in die Fahrzeitanalyse nur die Versorger einbezogen, die in 2021 Leistungen erbracht haben, die dem LB „32 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ zugeordnet werden

⁵⁰⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

können, fällt auf, dass sich insbesondere im Westen Sachsen-Anhalts längere Fahrzeiten für die Einwohnerinnen und Einwohner ergeben. In den Landkreisen Harz und Mansfeld-Südharz ist kein voll- oder teilstationärer Versorger angesiedelt, sodass die Fahrzeiten in einigen Regionen mehr als 60 Minuten betragen. Auch in Teilen des Jerichower Lands und im Landkreis Anhalt-Bitterfeld, wo es ebenfalls keinen Standort gibt, sowie im Westen Wittenbergs und im Norden Stendals müssen längere Fahrzeiten bewältigt werden (Abbildung 111).

Erreichbarkeit Versorger 2021:

LB 32: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik

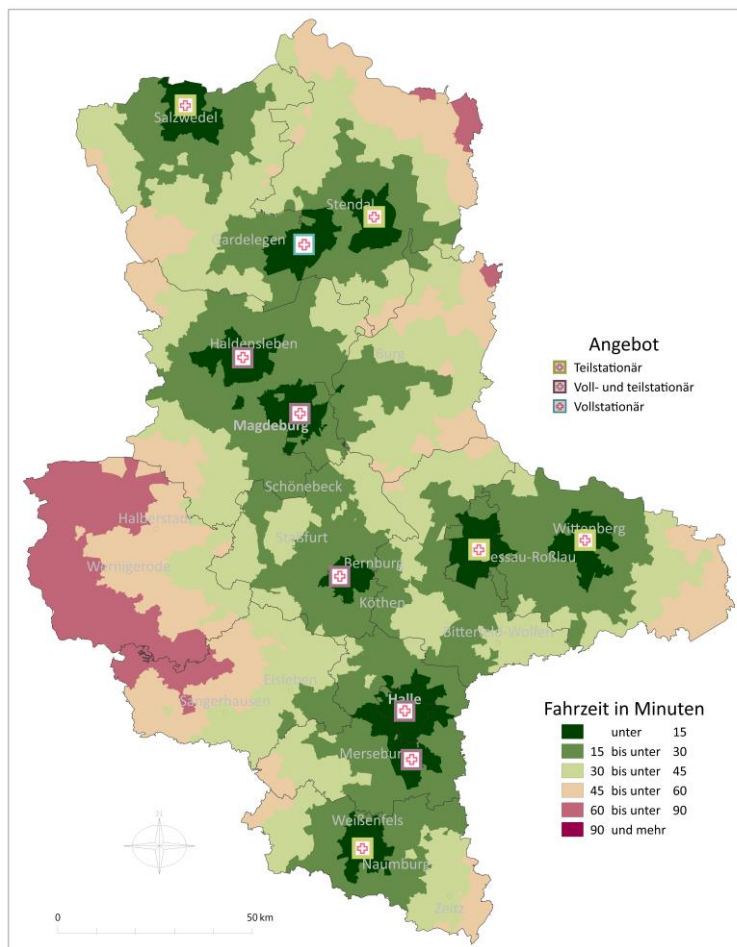


Abbildung 111 Erreichbarkeit von Versorgern für den Leistungsbereich „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ in 2021⁵⁰¹

Nachdem in der Abbildung 110 und der Abbildung 111 die Fahrzeiten zum nächstgelegenen Versorger dargestellt wurden, werden in Tabelle 33 nun die tatsächlichen Fahrzeiten zum Ort der Behandlung aller Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Sachsen-Anhalt dargestellt.⁵⁰² Dabei wird zwischen voll- und teilstationären Fällen unterschieden.

Für den LB 31 betrug die durchschnittliche Fahrzeit für das gesamte Bundesland für vollstationäre Fälle etwa 29 Minuten. Für Patientinnen und Patienten, die teilstationär behandelt wurden, lag sie im Schnitt mit 24 Minuten etwas unter diesem Wert.

⁵⁰¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt für 2021.

⁵⁰² Das Vorgehen zur Ermittlung der tatsächlichen Fahrzeiten zum Versorger ist im Kapitel 3 beschrieben.

Bei Betrachtung der Werte für die einzelnen Landkreise wird deutlich, dass diese stark von den durchschnittlichen Fahrzeiten abweichen. So benötigten die vollstationären Patientinnen und Patienten in Halle und Magdeburg nur rund 15 beziehungsweise 19 Minuten zu ihrem jeweiligen Behandlungsort, wohingegen die Fahrzeit im Landkreis Altmarkkreis Salzwedel 56 Minuten betrug. Hier gibt es allerdings auch nur einen tagesklinischen Standort (Abbildung 110), sodass alle Einwohnerinnen und Einwohner, die eine stationäre Behandlung benötigten, einen Versorger außerhalb des Landkreises aufsuchen mussten. Dennoch waren auch die Fahrzeiten für die teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten mit 41 Minuten verhältnismäßig lang. Auch im Jerichower Land hatten die Patientinnen und Patienten mit knapp einer dreiviertel Stunde vergleichsweise lange Fahrzeiten.

Für den LB 32 sind die tatsächlichen Fahrzeiten im Durchschnitt deutlich länger. Bezogen auf das gesamte Bundesland benötigten die vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten durchschnittlich knapp eine dreiviertel Stunde zu ihrem Behandlungsort.

Besonders lange Fahrzeiten hatten Patientinnen und Patienten mit Wohnort in den Landkreisen Wittenberg und Harz. Im Landkreis Wittenberg betrug die durchschnittliche Fahrzeit etwa eineinhalb Stunden. Im Landkreis Harz lag sie nur knapp unter dieser Zeit.

Auch die Landkreise Anhalt-Bitterfeld, Burgenlandkreis, Dessau-Roßlau, Jerichower Land und Mansfeld-Südharz weisen überdurchschnittliche Fahrzeiten auf. Sie bewegen sich zwischen 46 Minuten und 58 Minuten. Anhand der langen Fahrzeiten ist es fraglich, ob in diesen Regionen eine gemeindenahe Versorgung gegeben ist.

Vergleichsweise kurze Fahrzeiten hatten Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis Halle. Sie fuhren im Mittel nur 13 Minuten zu ihrem Behandlungsort. Die Fahrzeiten für teilstationäre Fälle sind durchschnittlich kürzer. Allerdings sind sie auf Ebene der Landkreise großen Schwankungen unterlegen. So benötigten Patientinnen und Patienten in Halle durchschnittlich lediglich neun Minuten zum Versorger, wohingegen die durchschnittliche Fahrzeit im Landkreis Harz 78 Minuten betrug.

Tabelle 33 Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in den Leistungsreichen „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ von 2017 bis 2021⁵⁰³

Landkreis	LB 31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		LB 32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	
	Vollstationär	Teilstationär ⁵⁰⁴	Vollstationär	Teilstationär
Altmarkkreis Salzwedel	56	41	54	43
Anhalt-Bitterfeld	37	24	47	31
Börde	31	33	35	30
Burgenlandkreis	31	31	46	34
Dessau-Roßlau, Stadt	23	17	58	28

⁵⁰³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt von 2017 bis 2021.

⁵⁰⁴ Zu beachten ist, dass bei der Analyse die Fälle der Standorte AWO Tagesklinik Havelberg und AWO Tagesklinik Burg dem Hauptstandort Jerichow zugewiesen wurden, wodurch die in der Tabelle ausgewiesenen durchschnittlichen Fahrzeiten im Landkreis Stendal etwas höher sein können.

Landkreis	LB 31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		LB 32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	
	Vollstationär	Teilstationär ⁵⁰⁴	Vollstationär	Teilstationär
Halle (Saale), Stadt	15	12	13	9
Harz	27	23	82	78
Jerichower Land	44	43	50	35
Magdeburg	19	14	25	12
Mansfeld-Südharz	33	23	50	43
Saalekreis	29	26	26	23
Salzlandkreis	34	22	36	29
Stendal	36	32	39	32
Wittenberg	25	20	91	41
Sachsen-Anhalt	29	24	43	31

5.9.3 Prognose der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt bis 2035 auf der Wohnortebene

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die aktuelle Versorgungssituation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen in Sachsen-Anhalt anhand der LB „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ dargestellt wurde, erfolgt in diesem Abschnitt eine Darstellung der Ergebnisse der rechnerischen Prognose des zukünftigen Fallaufkommens bis zum Jahr 2035. Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass lediglich die vollstationären Fälle prognostiziert wurden. Zudem werden folgend nur die Fälle mit Wohnort in Sachsen-Anhalt dargestellt. Das Vorgehen zur Ermittlung der Fallzahlen ist im Kapitel 3 beschrieben. Darüber hinaus gibt Kapitel 6 einen Überblick über die prognostizierten Fallzahlentwicklungen in allen Leistungsbereichen.

In Tabelle 34 sind geschätzte Fallzahlen mit und ohne Berücksichtigung möglicher Ambulantisierungstrends dargestellt. Die Prognose wurde einmal auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2019 und einmal auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2021 durchgeführt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens noch nicht abschätzbar war, welchen nachhaltigen Einfluss die Covid-19-Pandemie auf die Fallzahlentwicklung in Sachsen-Anhalt haben wird. Wie an mehreren Stellen dieses Gutachtens dargestellt, sind die Fallzahlen zwischen 2020 und 2021 in den meisten Leistungsbereichen eingebrochen.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass das Ambulantisierungspotenzial in den betrachteten Leistungsbereichen marginal ist und voraussichtlich kaum beziehungsweise gar keinen Einfluss auf die Fallzahlentwicklung haben wird. Zudem ist ersichtlich, dass sich die Fallzahlen im LB „31 - Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ im Vergleich zu 2021 nur geringfügig reduzieren würde, wenn als Basis die Inzidenz des Jahres 2019 gewählt wird. Wird hingegen 2021 als Basisjahr gewählt, ist mit einer Reduktion der Fallzahlen von rund 13 Prozent zu rechnen.

Die Fallzahlen im LB „32 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ sind, wie im Abschnitt 5.9.2.3 gezeigt wurde, seit 2017 relativ konstant geblieben, sodass die Wahl des Basisjahrs kaum einen Einfluss auf die prognostizierten Fallzahlen hat. Anhand der vorgenommenen Schätzungen, kann von einem Fallzahlrückgang bis 2035 zwischen 7,4 Prozent (Basisjahr 2019) und 7,9 Prozent (Basisjahr 2021) im Vergleich zu 2021 ausgegangen werden.

Tabelle 34 Prognose der vollstationären Fälle für das Jahr 2035 für die Leistungsbereiche „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“ (Wohnort Sachsen-Anhalt)⁵⁰⁵

Leistungsbereich	Erwartungswert 2021	Prognose 2035, inkl. Ambulanzisierung – Basisjahr 2019	Prognose 2035, inkl. Ambulanzisierung – Basisjahr 2021	Prognose 2035, ohne Ambulanzisierung – Basisjahr 2019	Prognose 2035, ohne Ambulanzisierung – Basisjahr 2021
31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	19.618	19.236	17.001	19.297	17.005
32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	2.347	2.174	2.162	2.174	2.162
Gesamt	21.965	21.410	19.163	21.471	19.217

5.9.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich anhand des in diesem Kapitel beschriebenen Ist-Zustands der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festhalten, dass es in Sachsen-Anhalt im Bundesvergleich zwar eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte gibt, die Standorte und die Betten allerdings nicht gleichmäßig über das gesamte Bundesland verteilt sind. Dies gilt insbesondere für den LB „32 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“.

Aber auch für den LB „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ zeigt sich, dass die durchschnittlichen Fahrzeiten in den nördlichen Landkreisen größtenteils länger sind als im Landesdurchschnitt. Anhand der Analyse der Fahrzeiten lässt sich zudem ableiten, dass die tagesklinischen Kapazitäten besser in der Fläche verteilt sind als die vollstationären. Dies gilt sowohl für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen als auch für die Versorgung von Erwachsenen.

In einem Gutachten zur Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen im Land Sachsen-Anhalt, das durch das MS in Auftrag gegeben und 2018 veröffentlicht wurde, heißt es diesbezüglich, dass die Disparitäten hinsichtlich der Verteilung klinischer Versorgungskapazitäten im Land historisch bedingt seien. Große ehemalige Landes beziehungsweise Bezirkskrankenhäuser verfügten über sehr hohe Bettenzahlen. Ein „Enthospitalisierungsprogramm“ schaffte zwar kleinere Krankenhäuser, dem stand jedoch entgegen, dass sich Sachsen-Anhalt erst auf Basis der früheren Bezirke der DDR konstituieren musste.

⁵⁰⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Daten der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt der Jahre 2019 und 2021.

Eine sich stetig entwickelnde krankenhauserplanerische Orientierung an gewachsenen Landschaften oder Kreisen sei deshalb kaum möglich gewesen.⁵⁰⁶

Wie auch in fast allen anderen Leistungsbereichen, wird sich die abnehmende Einwohnerzahl Sachsen-Anhalts auf die zukünftige Fallzahlentwicklung in den hier beschriebenen LB auswirken. Es ist davon auszugehen, dass die Fallzahlen insgesamt weiter sinken werden.

In den Landkreisen Harz und Wittenberg ist kein Versorger angesiedelt, der psychiatrische oder psychosomatische Leistungen für Kinder und Jugendliche erbringt, sodass sich für die dort wohnhafte Bevölkerung lange durchschnittliche Fahrzeiten ergeben. Das Land sollte daher prüfen, welche Wege beschritten werden können, um eine gleichmäßigere Verteilung der Angebotsstrukturen zu erreichen. Eine Möglichkeit wäre, das Angebot für Kinder und Jugendliche an den Standorten, die bereits Leistungen aus dem LB „31 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ erbringen, auszubauen. Der Fokus könnte dabei zunächst auf der Schaffung von tagesklinischen Versorgungsangeboten liegen. Bei allen Maßnahmen ist jedoch die zukünftige Bevölkerungs- und die damit verbundene Fallzahlentwicklung zu beachten.

Des Weiteren könnte die Versorgungsform der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) an größeren Standorten etabliert werden, um Patientinnen und Patienten in der Fläche zu erreichen. Wie bereits im Abschnitt 5.9.1 erwähnt, handelt es sich bei der StäB um eine Behandlung im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Somit begibt sich die Institution Krankenhaus bei der StäB aus ihren räumlichen Gegebenheiten in das Lebensumfeld der Menschen. Es ist jedoch anzumerken, dass der Implementierungsaufwand dieser Versorgungsform als hoch einzustufen ist und es vermutlich mehrere Jahre in Anspruch nehmen würde, bis die Umsetzung in der Fläche erfolgt ist. Neben den organisatorischen Hürden stellt zudem der Fachkräftemangel eine Herausforderung bei der Implementierung neuer Versorgungsformen für die Krankenhäuser dar.

⁵⁰⁶ FOGS (2018): Bestandsanalyse, Prognose und Handlungsempfehlungen zur Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen im Land Sachsen-Anhalt unter Berücksichtigung demografischer und regionaler Entwicklungen, https://www.fogs-gmbh.de/wp-content/uploads/2021/02/Bestandsanalyse_Versorgung_psychisch_kranker_und_seelisch_behinderter_Menschen_im_LSA_Abschlussbericht_17_12_2018.pdf, zuletzt abgerufen am 27.04.2023.

6 Prognose

Das Vorgehen zur Ermittlung der vollstationären Fälle für Sachsen-Anhalt bis 2035 ist im Kapitel 3 beschrieben. In einem ersten Schritt wurde der Erwartungswert der vollstationären Fälle mit Wohnort in Sachsen-Anhalt auf der Ebene der Leistungsgruppe bestimmt. Das Ergebnis dieser Berechnung ist in Abbildung 112 dargestellt und berücksichtigt maßgeblich drei Faktoren:

1. die demografische Entwicklung gemäß der 7. Regionalisierten Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt,
2. die potenzielle Ambulantisierung von vollstationären Fällen analog zu den verwendeten Parametern für konservative Leistungsgruppen in der Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen sowie zusätzliche Ambulantisierungsfaktoren, die auf dem Vorgehen aus dem „Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V“⁵⁰⁷ des IGES Instituts basieren, sowie
3. die vollstationären Inzidenzen aus dem Jahr 2019 und 2021.

In den nachfolgenden Abschnitten werden die konkreten Auswirkungen der verwendeten Prognoseparameter auf die Entwicklung der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt bis 2035 auf Wohn- und Behandlungsortebene dargestellt.

6.1 Prognose der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt auf der Wohnortebene bis 2035

In Tabelle 35 sind die auf Basis der zu Beginn des Kapitels beschriebenen Parameter ermittelten Veränderungswerte – einmal auf Basis des Jahres 2019 und einmal auf Basis des Jahres 2021 – auf der Ebene der Leistungsbereiche mit und ohne Berücksichtigung der möglichen Ambulantisierungstrends dargestellt. Gemäß der im Gutachten gewählten, konservativen Herangehensweise wird davon ausgegangen, dass das auf Basis des Datenjahres 2021 ermittelte ambulante Potenzial erst im Jahr 2035 vollständig umgesetzt werden kann. Zudem muss erwähnt werden, dass der Anteil der tatsächlich ambulantisierbaren Fälle auch von der verfügbaren Infrastruktur für ambulante Behandlungen im Krankenhaus sowie der Attraktivität der Vergütung von ambulanten Fällen beeinflusst wird.

Es handelt sich bei der Prognose, wie bereits im Kapitel 3 beschrieben, um eine Prognose auf Wohnortebene, die für Einwohnerinnen und Einwohner Sachsen-Anhalts, die in anderen Bundesländern behandelt wurden, auf statistische Annahmen zurückgreift, da den Gutachtenden keine Behandlungsdaten für in anderen Bundesländern behandelte Fälle aus Sachsen-Anhalt auf Leistungsebene vorliegen.

Wie man in der Tabelle 35 erkennen kann, ergeben sich für den LB „08 – Kardiologie“, abhängig von den betrachteten Parametern, vier mögliche Entwicklungen beziehungsweise Szenarien, die die zu erwartenden vollstationären Fälle zwischen 2021 und 2035 eingrenzen. Unter Berücksichtigung der Fallzahlen aus dem Jahr 2019 und der Annahme einer vollständigen Hebung des ambulanten Potentials bis 2035 ist gegenüber 2021 mit einem Rückgang um 17,9 Prozent zu rechnen.

Sofern die Ambulantisierung berücksichtigt wird, jedoch die Fallzahlen aus dem Jahr 2021 angesetzt werden, ist mit einem Rückgang der vollstationären Fälle um 32,3 Prozent zu rechnen.

⁵⁰⁷ IGES-Institut (2022): Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V, https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf, zuletzt abgerufen am 04.05.2023.

Sofern keine weitere Ambulantisierung angenommen wird, liegt der Veränderungswert bis 2035 zwischen -2,6 Prozent (Inzidenz aus dem Jahr 2021) und 18,2 Prozent (Inzidenz aus dem Jahr 2019).

Die Auswirkungen auf die nominellen, vollstationären Fallzahlen auf Wohn- und Behandlungsortebene sind in Tabelle 36 und Tabelle 37 dargestellt.

Tabelle 35 Prognose der Entwicklung der Leistungsbereiche zwischen 2021 und 2035 (Wohnort Sachsen-Anhalt)⁵⁰⁸

Leistungsbereich	Prognose 2035 ,	Prognose 2035 ,	Prognose 2035 ,	Prognose 2035 ,
	inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2019	inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2021	ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019	ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2021
01 Allgemeine Innere Medizin	0,4 %	-14,9 %	15,6 %	-2,1 %
02 Endokrinologie und Diabetologie	-5,1 %	-18,3 %	9,2 %	-5,9 %
03 Gastroenterologie	-5,0 %	-16,5 %	9,3 %	-3,9 %
04 Nephrologie	-1,7 %	-17,5 %	13,2 %	-5,0 %
05 Pneumologie	-4,0 %	-18,2 %	10,5 %	-5,9 %
06 Rheumatologie	-8,6 %	-25,3 %	5,2 %	-14,0 %
07 Hämatologie und Onkologie	-19,0 %	-19,8 %	-12,3 %	-13,1 %
08 Kardiologie	-17,9 %	-32,3 %	18,2 %	-2,6 %
09 Allgemeine Chirurgie	-15,5 %	-31,1 %	12,2 %	-8,5 %
10 Kinder- und Jugendchirurgie	-20,8 %	-34,5 %	5,1 %	-13,1 %
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	-16,1 %	-27,4 %	-0,4 %	-13,7 %
12 Gefäßchirurgie	18,6 %	-2,9 %	18,6 %	-2,9 %
13 Herzchirurgie	14,6 %	-2,6 %	14,6 %	-2,6 %
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	12,4 %	-6,3 %	12,4 %	-6,3 %
15 Thoraxchirurgie	10,0 %	-7,4 %	10,0 %	-7,4 %
16 Viszeralchirurgie	-4,3 %	-8,6 %	-4,3 %	-8,6 %
17 Augenheilkunde	-0,1 %	-26,3 %	32,5 %	-2,2 %
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	7,5 %	-15,9 %	23,7 %	-3,2 %
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	-22,6 %	-31,3 %	2,7 %	-8,8 %
20 Urologie	-18,6 %	-26,6 %	8,0 %	-2,6 %
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-16,7 %	-22,8 %	-7,3 %	-15,1 %
22 Neonatologie	-10,4 %	-11,9 %	-10,4 %	-11,9 %
23 Kinder- und Jugendmedizin	-1,5 %	-24,2 %	13,4 %	-12,8 %
24 HNO	-5,4 %	-33,2 %	25,1 %	-11,7 %
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	-7,8 %	-21,3 %	6,2 %	-9,4 %
26 Neurologie	0,0 %	-14,7 %	10,5 %	-5,8 %
27 Geriatrie	30,1 %	7,8 %	30,1 %	7,8 %
29 Palliativmedizin	12,4 %	-2,4 %	12,4 %	-2,4 %
30 Transplantation solider Organe	5,1 %	-19,3 %	5,1 %	-19,3 %
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	-1,9 %	-13,3 %	-1,6 %	-13,1 %
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	-7,4 %	-7,9 %	-7,4 %	-7,9 %
40 Rest/Sonstige	-20,7 %	-30,1 %	5,2 %	-7,3 %
Alle Fälle	-6,3 %	-21,1 %	11,5 %	-6,4 %

Es lässt sich heute noch nicht valide abschätzen, welche Prognose mit welchem Basisjahr die zukünftige Entwicklung nach der Covid-19-Pandemie besser beschreiben wird. Die Gutachtenden gehen, ebenso wie die Interviewten im Allgemeinen, davon aus, dass der „reale“ aktuelle Bedarf zwischen den Zahlen aus 2019 und 2021 liegen wird.

Aus diesem Grund wurden die Prognosen anhand der Fallzahlen, beziehungsweise Inzidenzen aus den Jahren 2019 und 2021 durchgeführt, um die Ungewissheit bei der zukünftigen Entwicklung der Fallzahlen auf

⁵⁰⁸ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

Basis der nachhaltigen Fallzahleneinbrüche während der Covid-19-Pandemie zu berücksichtigen. Eine detailliertere Darstellung der Prognosen je Leistungsgruppen kann im Anhang eingesehen werden.

Die sich aus den berücksichtigten Prognoseparametern ergebenden Prognoseszenarien für die Entwicklung der vollstationären Fälle können der Abbildung 112 entnommen werden. In der Abbildung 112 sind die vollstationären Fälle für 2019 und 2021 gemäß Bundesland-Statistik (Wohnort Sachsen-Anhalt) dargestellt. Zentrales Element dieser Betrachtung ist also der Versorgungsbedarf der Bevölkerung von Sachsen-Anhalt ohne Berücksichtigung von versorgungsbedingten Ein- und Auspendlern nach Sachsen-Anhalt oder aus Sachsen-Anhalt heraus. Zudem sind die prognostizierten vollstationären Fälle für das Jahr 2035 auf Basis der Inzidenzen aus 2019 sowie 2021 mit und ohne potenzieller Ambulantisierung enthalten.

Abhängig von der verwendeten Inzidenz sowie dem angenommenen Grad der Ambulantisierung von Fällen ist mit einem Rückgang der Fälle um bis zu 21 Prozent im Vergleich zu 2021 zu rechnen. In Abbildung 112 wird dies durch den Vergleich des ganz rechten Balkens mit dem zweiten Balken von links deutlich. Der Rückgang in diesem Fall von rund 100.000 Fällen (Reduzierung der vollstationären Fälle zwischen 2021 und 2035 um rund 21 Prozent) setzt sich zusammen aus der prognostizierten, demografischen Entwicklung bis 2035, einer Fortschreibung der vollstationären Inzidenzen aus dem Jahr 2021 und einer Verlagerung von rund 75.000 vollstationären Fällen in den ambulanten Bereich.

Im Kontrast zu dem Negativszenario einer Entwicklung der vollstationären Fälle bis 2035 um -21 Prozent könnte auch eine gegenüber dem Jahr 2021 leicht positive Entwicklung um rund 11,5 Prozent beziehungsweise rund 60.000 Fällen eintreten. In der Abbildung 112 erkennt man dies im Vergleich des Balkens mit den Fallzahlen aus dem Jahr 2021 (zweiter von links) und dem dritten Balken mit der Schätzung auf Basis des Jahres 2019 ohne Ambulantisierung (dritter von links). Dieses Szenario berücksichtigt die 7. Regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt und unterstellt eine Rückkehr der stationären Inzidenzen auf das Niveau von 2019 sowie keine weitere Ambulantisierung in Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2035. Auf Basis des im Kapitel 3 beschriebenen Vorgehens zur Ermittlung des ambulanten Potenzials könnten jedoch bis zu 91.000 vollstationäre Fälle der rund 572.000 prognostizierten vollstationären Fälle bis zum Jahr 2035 ambulant behandelt werden. Diese mögliche Ambulantisierung wird jedoch, wie beschrieben, nicht in dem Szenario berücksichtigt.

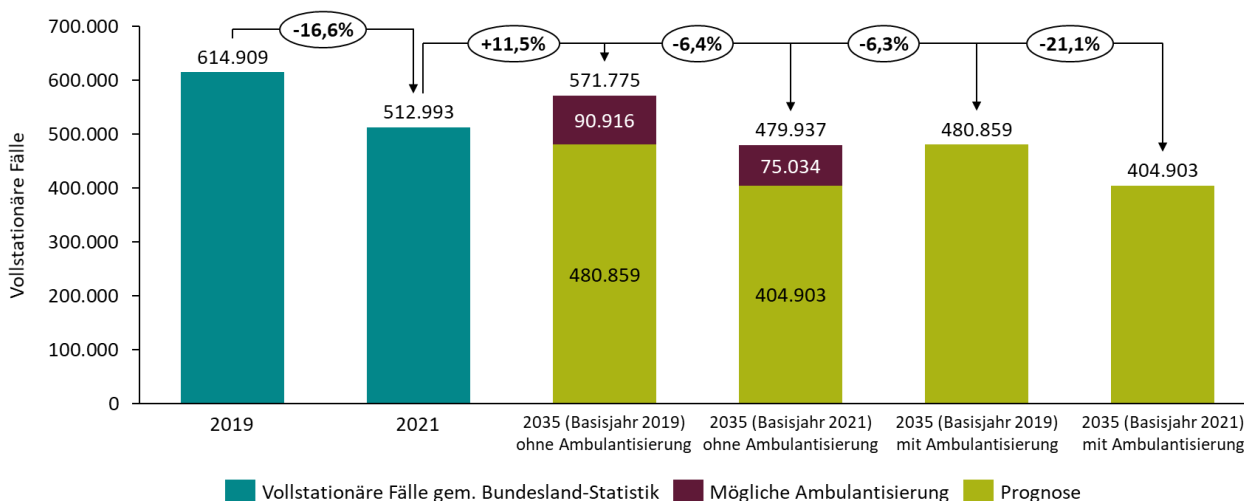


Abbildung 112 Prognose für vollstationäre Fälle mit Wohnort in Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2035⁵⁰⁹

⁵⁰⁹ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

Die Prognose der vollstationären Fälle gemäß Leistungsbereichen auf der Wohnortebene für das Jahr 2035 kann in Tabelle 36 eingesehen werden. Die zugehörigen prozentualen Veränderungswerte sind in Tabelle 35 abgebildet. Im LB „08 – Kardiologie“ wurde zum Beispiel für das Jahr 2021 ein Erwartungswert von 27.421 Fällen ermittelt. Basierend auf den in Tabelle 35 beschriebenen Veränderungswerten ist für das Jahr 2035, abhängig vom Szenario, mit 18.577 beziehungsweise 32.414 Fällen im LB „08 – Kardiologie“ auf Wohnortebene zu rechnen. Eine detailliertere Darstellung auf Ebene der Leistungsgruppen und der Landkreise kann dem Anhang entnommen werden.

Tabelle 36 Prognose der vollstationären Fälle für das Jahr 2035 auf der Leistungsbereichsebene (Wohnort Sachsen-Anhalt)⁵¹⁰

Leistungsbereich	Erwartungswert 2021	Prognose 2035 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2035 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2021	Prognose 2035 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2035 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2021
01 Allgemeine Innere Medizin	131.903	132.454	112.210	152.465	129.163
02 Endokrinologie und Diabetologie	640	607	523	699	602
03 Gastroenterologie	16.523	15.694	13.793	18.065	15.877
04 Nephrologie	2.720	2.674	2.244	3.078	2.583
05 Pneumologie	9.830	9.439	8.037	10.865	9.251
06 Rheumatologie	2.236	2.044	1.670	2.353	1.923
07 Hämatologie und Onkologie	787	637	632	690	684
08 Kardiologie	27.421	22.520	18.577	32.412	26.707
09 Allgemeine Chirurgie	94.400	79.809	65.066	105.898	86.336
10 Kinder- und Jugendchirurgie	2.623	2.078	1.718	2.758	2.279
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	1.654	1.387	1.201	1.648	1.427
12 Gefäßchirurgie	3.042	3.608	2.953	3.608	2.953
13 Herzchirurgie	2.256	2.585	2.198	2.585	2.198
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	16.420	18.456	15.380	18.456	15.380
15 Thoraxchirurgie	375	412	347	412	347
16 Viszeralchirurgie	1.223	1.171	1.118	1.171	1.118
17 Augenheilkunde	8.019	8.010	5.911	10.628	7.844
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	6.146	6.604	5.169	7.602	5.950
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2.006	1.553	1.379	2.061	1.829
20 Urologie	24.160	19.672	17.742	26.103	23.542
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	45.948	38.261	35.488	42.572	39.005
22 Neonatologie	409	366	360	366	360
23 Kinder- und Jugendmedizin	25.445	25.068	19.286	28.847	22.194
24 HNO	15.225	14.402	10.167	19.045	13.441
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	3.984	3.675	3.136	4.230	3.610
26 Neurologie	23.159	23.170	19.765	25.594	21.804
27 Geriatrie	9.544	12.419	10.290	12.419	10.290
29 Palliativmedizin	1.140	1.282	1.112	1.282	1.112
30 Transplantation solider Organe	44	46	36	46	36
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	19.830	19.443	17.185	19.505	17.239
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	2.303	2.133	2.121	2.133	2.121
40 Rest/Sonstige	11.578	9.177	8.089	12.177	10.733
Alle Fälle	512.993	480.859	404.903	571.775	479.937

⁵¹⁰ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

6.2 Prognose der vollstationären Fälle auf der Ebene des Behandlungsortes Sachsen-Anhalt bis 2035

Um die Auswirkungen der im Abschnitt 6.1 beschriebenen Prognose auf die Versorgung in Sachsen-Anhalt abschätzen zu können, wurden in einem zweiten Schritt die auf der Wohnortebene ermittelten Veränderungsrate auf die tatsächlich in Sachsen-Anhalt behandelten Leistungsgruppen (Behandlungsort) übertragen. Denn wie bereits im Abschnitt 4.2.1 dargestellt, gehen deutlich mehr Fälle aus Sachsen-Anhalt zur Behandlung in ein anderes Bundesland, als aus anderen Bundesländern nach Sachsen-Anhalt zur Behandlung kommen. In den folgenden Betrachtungen werden also nur Fälle berücksichtigt, die in Sachsen-Anhalt behandelt wurden. Im Jahr 2021 beträgt das Delta zwischen Ein- und Auspendlern rund 30.000 vollstationäre Fälle pro Jahr, mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Prognoseergebnisse im Vergleich zu denen im vorherigen Abschnitt 6.1.

In Abbildung 113 ist die Prognose der vollstationären Fälle bis 2035 ohne Ambulantisierung, inklusive der beanspruchten Bettenkapazitäten, dargestellt. Unter Berücksichtigung der seit Jahren stagnierenden Verweildauer wurde als Basis die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle in Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 2021 unter Berücksichtigung der Entwicklung der Leistungsgruppen auf der Wohnortebene angesetzt. Bis 2035 ist in dem Szenario ohne Ambulantisierung ein Wachstum um rund 11,3 Prozent (Inzidenz aus dem Basisjahr 2019) beziehungsweise eine Reduktion der Fälle um rund 6,5 Prozent (Inzidenz aus dem Jahr 2021) zu erwarten. Die Kapazität der belegten vollstationären Betten schwankt in diesem Szenario zwischen rund 8.600 und 10.100.

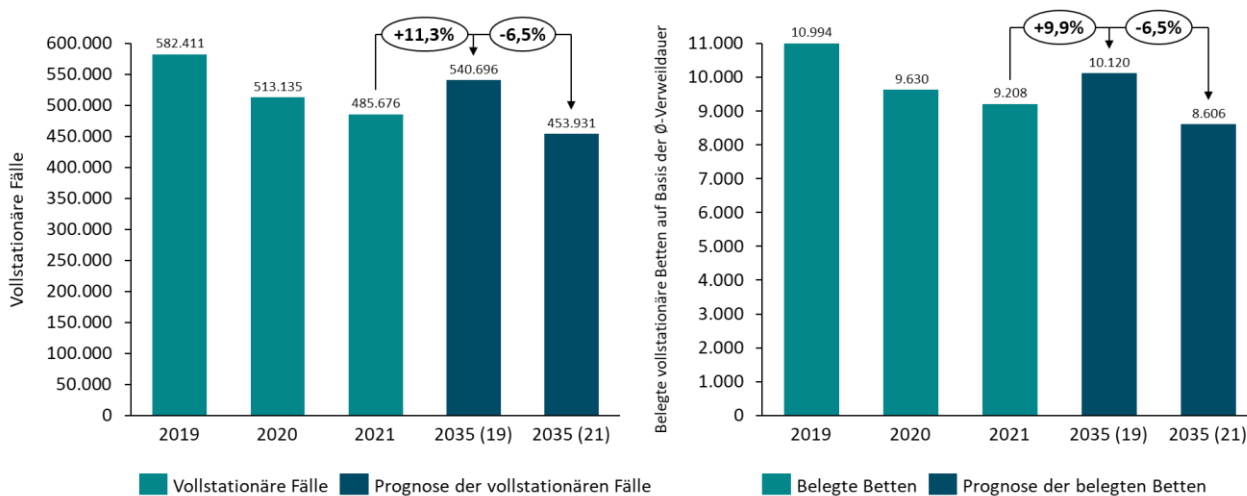


Abbildung 113 Prognose der vollstationären Fälle auf der Ebene des Behandlungsortes Sachsen-Anhalt bis 2035 ohne Ambulantisierung⁵¹¹

In Abbildung 114 ist die Prognose der vollstationären Fälle bis 2035 unter Berücksichtigung einer zukünftigen Ambulantisierung dargestellt. Für die Prognose der belegten Betten in 2035 wurde die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle aus dem Jahr 2021 unter Berücksichtigung der ermittelten Veränderungsrate der Leistungsgruppen auf der Wohnortebene, exklusive der zu ambulantisierenden Fälle, verwendet.

Bis 2035 ist in dem Szenario mit Ambulantisierung ein Rückgang um rund 6,4 Prozent (Inzidenz aus dem Basisjahr 2019) beziehungsweise eine Reduktion der Fälle um rund 21,2 Prozent (Inzidenz aus dem Jahr

⁵¹¹ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

2021) zu erwarten. Die Kapazität der belegten vollstationären Betten schwankt in diesem Szenario zwischen rund 8.300 und 9.700.

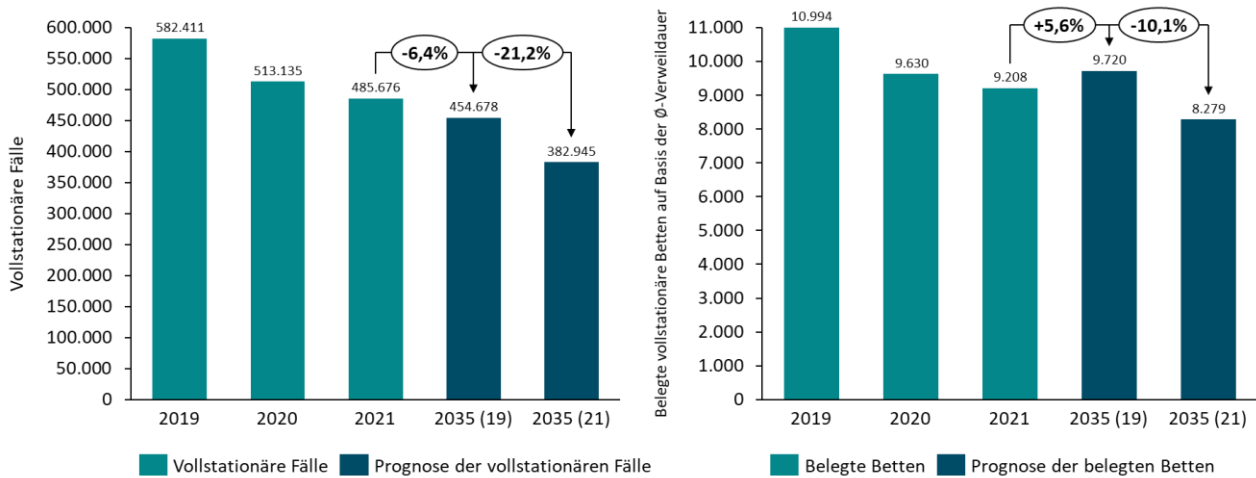


Abbildung 114 Prognose der vollstationären Fälle auf der Ebene des Behandlungsortes Sachsen-Anhalt bis 2035 mit Ambulantisierung⁵¹²

In der Tabelle 37 ist die Prognose der vollstationären Fälle für das Jahr 2035 gemäß Leistungsbereichsebene für den Behandlungsort Sachsen-Anhalt abgebildet. Die zugehörigen prozentualen Veränderungswerte sind in Tabelle 35 abgebildet. Im LB „08 – Kardiologie“ wurden zum Beispiel im Jahr 2021 26.200 vollstationäre Fälle innerhalb von Sachsen-Anhalt behandelt. Basierend auf den in Tabelle 35 beschriebenen Veränderungswerten ist für das Jahr 2035, abhängig vom Szenario, mit 17.725 beziehungsweise 30.917 vollstationären Fällen im LB „08 – Kardiologie“ auf Behandlungsortebene zu rechnen. Für vereinzelte LB sollte aufgrund der in Kapitel 3 beschriebenen Unschärfen zum Vorgehen bei der Ermittlung des Prognosewertes geprüft werden, ob es sachgerechter ist den ermittelten Prognosewert auf Wohnortebene für die zukünftig zu erwartenden vollstationären Fälle anzusetzen (beispielsweise für den LB „27 – Geriatrie“). Eine detailliertere Darstellung auf Ebene der Leistungsgruppen kann dem Anhang entnommen werden.

⁵¹² Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

Tabelle 37 Prognose der vollstationären Fälle für das Jahr 2035 auf der Leistungsbereichsebene (Behandlungsort Sachsen-Anhalt)⁵¹³

Leistungsbereich	IST 2021	Prognose 2035 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2035 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2021	Prognose 2035 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2035 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2021
01 Allgemeine Innere Medizin	124.456	124.975	105.875	143.857	121.871
02 Endokrinologie und Diabetologie	752	713	615	821	708
03 Gastroenterologie	16.099	15.292	13.439	17.602	15.470
04 Nephrologie	2.435	2.394	2.009	2.756	2.313
05 Pneumologie	9.455	9.079	7.730	10.451	8.898
06 Rheumatologie	2.228	2.036	1.664	2.344	1.916
07 Hämatologie und Onkologie	671	543	538	588	582
08 Kardiologie	26.200	21.492	17.725	30.970	25.514
09 Allgemeine Chirurgie	87.574	74.038	60.361	98.240	80.093
10 Kinder- und Jugendchirurgie	2.724	2.158	1.784	2.864	2.367
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	1.556	1.305	1.130	1.550	1.342
12 Gefäßchirurgie	2.921	3.460	2.833	3.460	2.833
13 Herzchirurgie	2.018	2.312	1.966	2.312	1.966
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	14.173	15.960	13.255	15.960	13.255
15 Thoraxchirurgie	362	398	335	398	335
16 Viszeralchirurgie	1.118	1.089	1.027	1.089	1.027
17 Augenheilkunde	7.218	7.209	5.321	9.566	7.060
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.619	6.038	4.726	6.950	5.440
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.844	1.428	1.267	1.894	1.681
20 Urologie	23.065	18.781	16.938	24.920	22.475
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	44.722	37.254	34.583	41.391	37.957
22 Neonatologie	402	360	354	360	354
23 Kinder- und Jugendmedizin	25.093	24.723	19.022	28.448	21.887
24 HNO	14.839	14.054	9.925	18.561	13.103
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	3.800	3.505	2.991	4.034	3.443
26 Neurologie	22.893	22.836	19.458	25.294	21.526
27 Geriatrie	7.967	10.367	8.589	10.367	8.589
29 Palliativmedizin	993	1.116	969	1.116	969
30 Transplantation solider Organe	58	63	46	63	46
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	19.618	19.236	17.001	19.297	17.055
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie und Psychosomatik	2.347	2.174	2.162	2.174	2.162
40 Rest/Sonstige	10.456	8.287	7.305	10.997	9.693
Alle Fälle	485.676	454.678	382.945	540.696	453.931

Wird eine zukünftige Zielauslastung der vollstationären Betten von rund 80 Prozent angenommen, ergibt sich – abhängig vom betrachteten Szenario – ein Abbau von rund 2.000 bis 4.000 Betten gegenüber den rund 14.600 aufgestellten Betten in 2021.

6.3 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Bis 2035 wird im Vergleich zu dem Jahr 2021 ein weiterer Fallzahlrückgang von 6 bis 21 Prozent erwartet, sofern eine weitere Ambulantisierung von vollstationären Fällen bis 2035 realisiert wird. Bei einer zukünftigen Zielauslastung von 80 Prozent werden dementsprechend rund 2.000 bis 4.000 Betten weniger gegenüber den im Jahr 2021 aufgestellten Betten benötigt. Ein nicht unerheblicher Teil des ausgewiesenen Bettenrückgangs geht dabei auf die Erhöhung der Bettenauslastung von aktuell rund 74 % (Niveau vor der Covid-19-Pandemie) auf eine Zielauslastung von 80 Prozent zurück. Die Erhöhung der Zielauslastung der

⁵¹³ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

stationären Betten führt zu einer Reduktion, abhängig vom Prognoseszenario, zwischen 900 und 1.100 bisher nicht benötigter Betten.

Die Reduktion setzt sich im Wesentlichen aus drei Effekten zusammen:

1. Abbau von auch bisher nicht genutzten Betten zur Steigerung der Auslastung.
2. Demografischer Wandel und damit einhergehend ein Rückgang der Fallzahlen.
3. Ambulantisierung bisher stationär behandelter Fälle. Damit dies gelingt, müssen die ambulanten Versorgungsstrukturen – auch an den bestehenden Krankenhäusern – ausgebaut werden.

Aus dem übergreifenden Rückgang der Fälle und auch der damit einhergehenden Reduktion der notwendigen vollstationären Betten ergeben sich sowohl prozessuale als auch versorgungstechnische Fragestellungen, die auf Ebene der Krankenhausplanung in Zukunft berücksichtigt werden müssen. Zu diesen Fragen zählen zum Beispiel:

- Wie kann ein wirtschaftlicher Betrieb von schrumpfenden Fachabteilungen sichergestellt werden?
- Wie lässt sich eine landesweit gleich hohe qualitative Versorgung von spezifischen Leistungsangeboten bei gleichzeitigem Rückgang der Fälle aufrechterhalten?
- Welche Leistungen müssen zentralisiert werden, um ein sinnvolles Behandlungsangebot zu gewährleisten?

7 Situation der Krankenhäuser

Aus der Prognosebetrachtung im vorangegangenen Kapitel 6 geht hervor, dass sich die Situation der Krankenhäuser innerhalb Sachsen-Anhalts bis 2035 gegenüber der Situation zu 2021 wesentlich verändern wird. Auf Basis der aktuellen Analysen kann davon ausgegangen werden, dass die Fälle bis 2035 voraussichtlich um 6 bis 21 Prozent zurückgehen werden und zwischen 2.000 und 4.000 Betten⁵¹⁴ gegenüber den aufgestellten Betten⁵¹⁵ im Jahr 2021 abgebaut werden könnten.

Aus dieser Entwicklung ergeben sich sowohl prozessuale als auch versorgungstechnische Herausforderungen, die die künftige Krankenhausplanung berücksichtigen muss. Hinzu kommen weitere Herausforderungen in den Bereichen Personal und Fachkräfte, aber auch die Entwicklung der Kosten und des Investitionsbedarfs, die in diesem Zusammenhang bedacht werden müssen.

In den folgenden Abschnitten werden diese Entwicklungen kurz dargestellt und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Krankenhäuser bewertet. Aus Sicht der Gutachtenden kommt vor dem Hintergrund der erwarteten Entwicklungen in den genannten Bereichen den Universitäten eine besondere Rolle und Funktion zu, um diesen zu begegnen. Diese Funktion wird ebenfalls in den nachfolgenden Erläuterungen dargestellt.

7.1 Personal und Fachkräfte

Eine der wesentlichen Herausforderungen, die Krankenhäuser deutschlandweit lösen müssen, ist der sich immer mehr verstärkende Mangel an ausgebildeten Fachkräften (Abschnitt 2.6.). Auch die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt sehen sich mit dieser Entwicklung konfrontiert. So hat die Online-Befragung, die im Zusammenhang mit diesem Gutachten durchgeführt wurde, ergeben, dass die Krankenhäuser gleichermaßen – ob im Nord- oder Süd-Cluster liegend und unabhängig von der Trägerschaft und Größe – angeben, stark bis sehr stark vom Fachkräftemangel betroffen zu sein.

Die Abbildung 115 visualisiert die Antworten der Krankenhausträger auf die Frage, welche Bereiche sie vom Fachkräftemangel als wie stark betroffen ansehen. Im Bereich des Pflegedienstes scheint er am akutesten zu sein. Hier gaben 84 Prozent der Krankenhausträger in Sachsen-Anhalt an, stark bis sehr stark betroffen zu sein. Beim Ärztlichen Dienst wird das Gleiche von 62 Prozent der Befragten angegeben.

⁵¹⁴ Bei einer Bettenauslastung von 80 Prozent.

⁵¹⁵ 14.600 Betten.

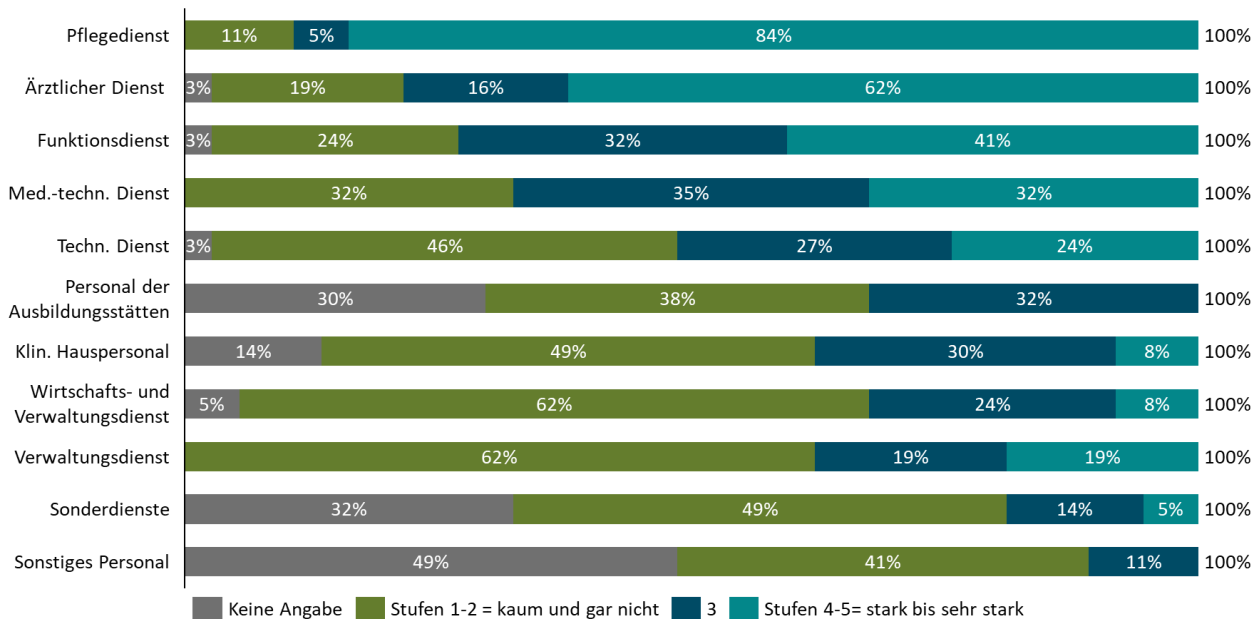


Abbildung 115 Ergebnisse der Online-Befragung auf die Frage, in welchen Bereichen die Krankenhausträger beziehungsweise die Einrichtungen vom Fachkräftemangel wie stark betroffen sind^{516/517}

Auch in den Bereichen Funktionsdienst, Medizinisch-technischer Dienst und Technischer Dienst gaben die Krankenhausträger an, vom Fachkräftemangel stark betroffen zu sein, und berichteten im Rahmen der Online-Befragung von Problemen dahingehend, offene Stellen adäquat besetzen zu können.

Bereits heute ergreifen die Krankenhausträger innerhalb Sachsen-Anhalts laut Online-Befragung zahlreiche Maßnahmen, um Fachkräfte zu gewinnen. Die Ergebnisse lassen sich in die Bereiche Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsbedingungen, Werbung und weitere Maßnahmen, wie in Abbildung 116 ersichtlich, untergliedern.

⁵¹⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Ergebnisse der Online-Befragung im Rahmen des Gutachtens.

⁵¹⁷ Fragebogen siehe Anhang des vorliegenden Gutachtens.

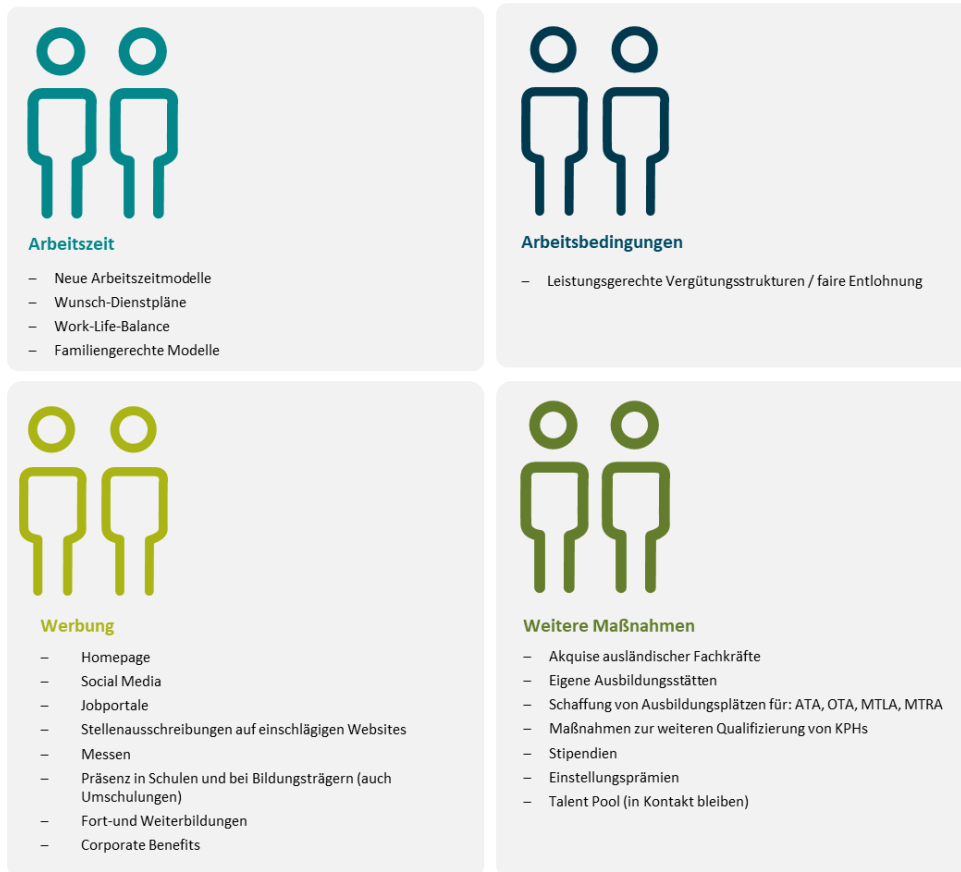


Abbildung 116 Im Rahmen der Online-Befragung durch die Krankenhausträger genannte Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften⁵¹⁸

Hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen zeigt sich, dass diese zwar vielseitig sind, aber den Herausforderungen, die der Fachkräftemangel mit sich bringt (Abschnitt 2.6), jedoch nur bedingt entgegenwirken. Die Maßnahmen der Krankenhäuser fokussieren sich insbesondere auf das Abwerben von Fachkräften anderer Arbeitgeber durch monetäre Anreize und freiwillige Zusatzleistungen, aber auch auf die Arbeitszeitgestaltung.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in den geführten Interviews. Auch hier wurde angegeben, dass vermehrt Fachkräfte unter den Leistungserbringern abgeworben werden. Dies wird als besonders kritisch eingeschätzt. Zudem berichten die Krankenhausträger und interviewten Stakeholder, dass strukturelle Änderungen auf der Landes- und Bundesebene notwendig sind, um den Einsatz und die Verfügbarkeit der Fachkräfte in Sachsen-Anhalt zu verbessern und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Vonseiten der interviewten Stakeholder und im Rahmen der Online-Befragung befragten Krankenhausträger wurden einige strukturelle Maßnahmen vorgeschlagen, um den Einsatz und die Verfügbarkeit der Fachkräfte in Sachsen-Anhalt zu verbessern. Dargestellt sind diese in Abbildung 117.

⁵¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis der Ergebnisse der Online-Befragung im Rahmen des Gutachtens.



Abbildung 117 Ergebnisse der Online-Befragung auf die Frage, welche strukturellen Maßnahmen ergriffen werden können, um den Einsatz und die Verfügbarkeit der Fachkräfte in Sachsen-Anhalt zu verbessern⁵¹⁹

Im Wesentlichen konzentrieren sich die vorgeschlagenen Maßnahmen auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen, die Gestaltung der Ausbildung und die Krankenhausplanung.

Mit Blick auf die Gestaltung der Krankenhausplanung wurde unter anderem die Integration ambulanter Leistungen in die Krankenhäuser genannt. Dies könnte aus Sicht der Gutachtenden einerseits die bereits etablierten Modelle der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Krankenhäusern betreffen, die weiter ausgebaut werden können. Ergänzt werden könnten diese aber auch durch ambulante Angebote (zum Beispiel Einrichtung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)) durch Krankenhäuser oder auch Kommunen. Notwendig wären jedoch auch neue Modelle, in denen Krankenhausärzte im Bereich der ambulanten Behandlung Lücken füllen und tätig werden können. Aus Sicht der Gutachtenden sind hier einige, noch nicht sehr oft genutzte Möglichkeiten vorhanden, die beispielsweise im Rahmen von Modellprojekten weiter erprobt werden könnten (Abschnitt 2.3 und 2.4).⁵²⁰ Weitere im Zuge der Online-Befragung genannte Maßnahmen betreffen die Ausbildungsgestaltung und sonstige Rahmenbedingungen und sind der Abbildung 117 zu entnehmen.

Aufgrund des Umfangs des vorliegenden Gutachtens muss an dieser Stelle auf eine abschließende Bewertung jeder einzelnen vorgeschlagenen Maßnahme verzichtet werden. Aus Sicht der Gutachtenden sollte die vorliegende Maßnahmenübersicht in Abbildung 117 jedoch als Ideengeber für weitergehende Untersuchungen, Modellprojekte und mögliche Maßnahmen verstanden werden, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen-Anhalt (Kapitel 1) werden sich die Herausforderungen im Kontext des Fachkräftemangels weiter verschärfen. Insbesondere in den bereits heute dünn besiedelten Gebieten des Landes wird es immer schwieriger werden, geeignetes Fachpersonal anzuwerben.

⁵¹⁹ Eigene Darstellung auf Basis der Ergebnisse der Online-Befragung im Rahmen des Gutachtens.

⁵²⁰ Das Land fördert in diesem Sinne bereits die engere Verzahnung von ambulanten und stationären Angeboten an den Krankenhäusern in Gardelegen.

Aus Sicht der Gutachtenden kann diesen Entwicklungen ausschließlich durch Maßnahmen, wie eine Neugestaltung der Ausbildung oder eine Anpassung der Weiterbildungsverordnung, nicht ausreichend begegnet werden. Dennoch sollten diese durch die zuständigen Einrichtungen wie beispielsweise die Ärztekammer überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt werden.

Hinzu kommt, dass für weitere Bereiche hinsichtlich der Ausgestaltung der Ausbildung auf bundespolitischer Ebene Lösungen entwickelt werden müssen. Dennoch sollte sich auch das Land beispielsweise durch die Förderung von Ausbildungsplätzen weiter einsetzen. Um die Versorgung durch qualifiziertes Personal auch zukünftig flächendeckend sicherstellen zu können, müssen neue Versorgungsstrukturen geschaffen werden, beispielsweise durch die Digitalisierung beziehungsweise sektorenübergreifende Vernetzung der Leistungserbringer, durch Kooperationen zwischen den Leistungserbringern sowie Rotationsmodelle im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung oder durch die Zentralisierung der Versorgungskapazitäten Leistungserbringer-übergreifend.

7.2 Entwicklung der Kosten

Schon vor der Covid-19-Pandemie war die finanzielle Situation der Krankenhäuser in Deutschland angespannt. Dennoch stellte die Covid-19-Pandemie und die mit einhergegangenen Einschränkungen und zusätzlichen Aufgaben die Krankenhäuser vor ganz neue Herausforderungen. Neben der Bewältigung bestehender Hürden, wie die Ambulantisierung (Abschnitt 2.4) oder der Fachkräftemangel (Abschnitt 2.6), waren Krankenhäuser während der Covid-19-Pandemie unter anderem dazu aufgerufen, planbare Behandlungen zu verschieben, um Kapazitäten und Betten für an Covid-19 erkrankte Patientinnen und Patienten freizuhalten.

Zusätzlich dazu wirkte sich die Covid-19-Pandemie im besonderen Maße auf die personelle Ausstattung der Krankenhäuser aus. Durch einen hohen Krankenstand der Belegschaft sahen sich Krankenhäuser gezwungen, Betten zu sperren.

Infolge der Bettensperrungen und der Verschiebung planbarer Operationen sind die Fallzahlen in den Krankenhäusern Sachsen-Anhalts stark gesunken (Abschnitt 4.3). Da die Vergütung der Krankenhäuser in Deutschland durch das DRG-System größtenteils von der Anzahl der erbrachten Fälle abhängig ist, berichten Krankenhäuser deutschlandweit von erheblichen Erlösausfällen aufgrund des starken Fallzahleinbruchs und der damit verbundenen geringen Bettenauslastung. Zwar haben verschiedene Bundes- und Landesinitiativen geholfen, die Erlösausfälle durch die Covid-19-Pandemie abzufedern, dennoch schätzen beispielsweise laut einer Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Jahr 2021 58 Prozent der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein.⁵²¹

⁵²¹ Deutsches Krankenhausinstitut (2022): Krankenhaus Barometer Umfrage 2022, <https://www.dki.de/sites/default/files/2022-12/Krankenhaus-Barometer%202022%20final.pdf>, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

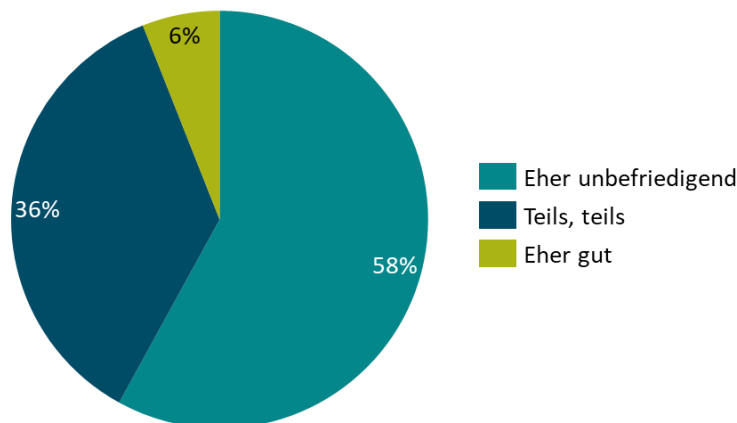


Abbildung 118 Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses in Prozent⁵²²

Auch mit Blick auf 2023 geht ein fast gleichbleibender Teil (56 Prozent) von einer eher schlechten wirtschaftlichen Entwicklung aus. Im Gegensatz zu 2022 erwarten jedoch rund 17 Prozent der Krankenhäuser eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation (Abbildung 119).

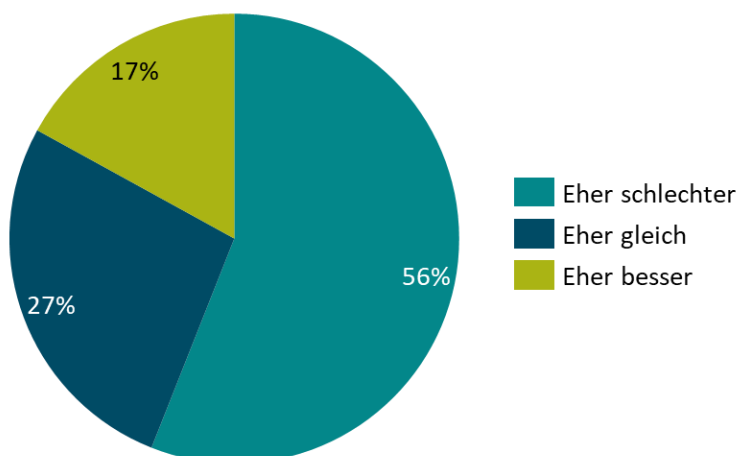


Abbildung 119 Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2023 in Prozent⁵²³

Ein ähnliches Bild ergab sich bei der im Dezember 2022 durchgeführten Online-Befragung der Krankenhausträger Sachsen-Anhalts im Rahmen des vorliegenden Gutachtens. So berichteten 43 Prozent der befragten Krankenhausträger Sachsen-Anhalts von einem negativen Jahresergebnis im Jahr 2021 (Abbildung 120). Zudem erwartete ein Großteil der Krankenhausträger eine weitere Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation für das Jahr 2022 (Abbildung 121).⁵²⁴

⁵²² Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutsches Krankenhausinstitut (2022): Krankenhaus Barometer Umfrage 2022, <https://www.dki.de/sites/default/files/2022-12/Krankenhaus-Barometer%202022%20final.pdf>, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

⁵²³ Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutsches Krankenhausinstitut (2022): Krankenhaus Barometer Umfrage 2022, <https://www.dki.de/sites/default/files/2022-12/Krankenhaus-Barometer%202022%20final.pdf>, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

⁵²⁴ Im Zuge des Gutachtens wurde aufgrund der veränderten Finanzierung durch die Ausgliederung des Pflegebudgets auf eine Analyse der effektiven Casemix-Entwicklung der vergangenen Jahre verzichtet. Hinzu kommen die Corona-Ausgleichszahlungen, aber auch individuelle Mehrleistungsabschlüsse oder ein Mindererlösausgleich, was eine Analyse der Erlösentwicklung nicht valide ermöglicht. Es können auch die ambulanten Erlöse nicht dargestellt werden und keine valide Aussage getroffen werden.

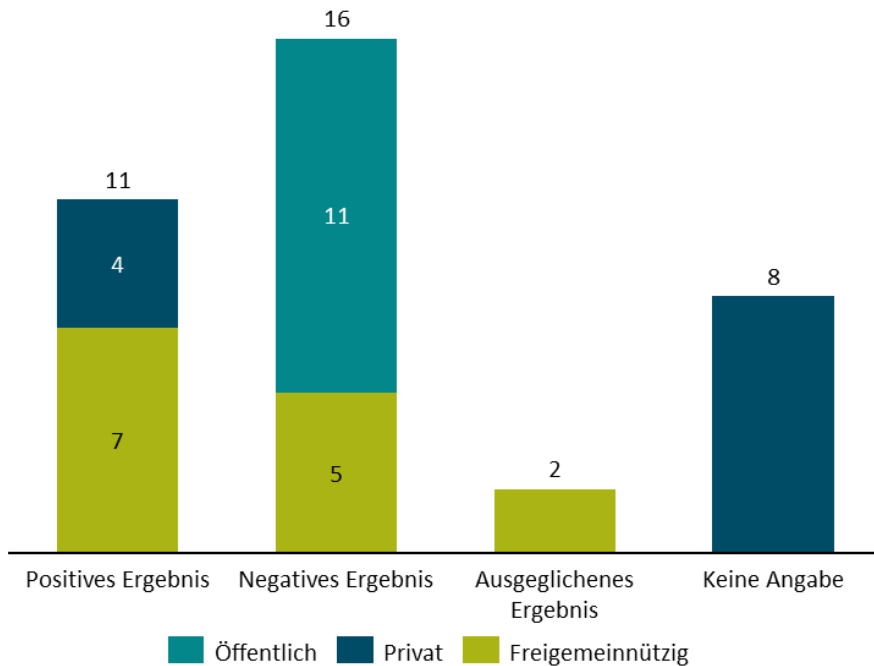


Abbildung 120 Ergebnisse der Online-Befragung im Rahmen des Gutachtens auf die Frage, ob ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis in 2021 erzielt wurde⁵²⁵

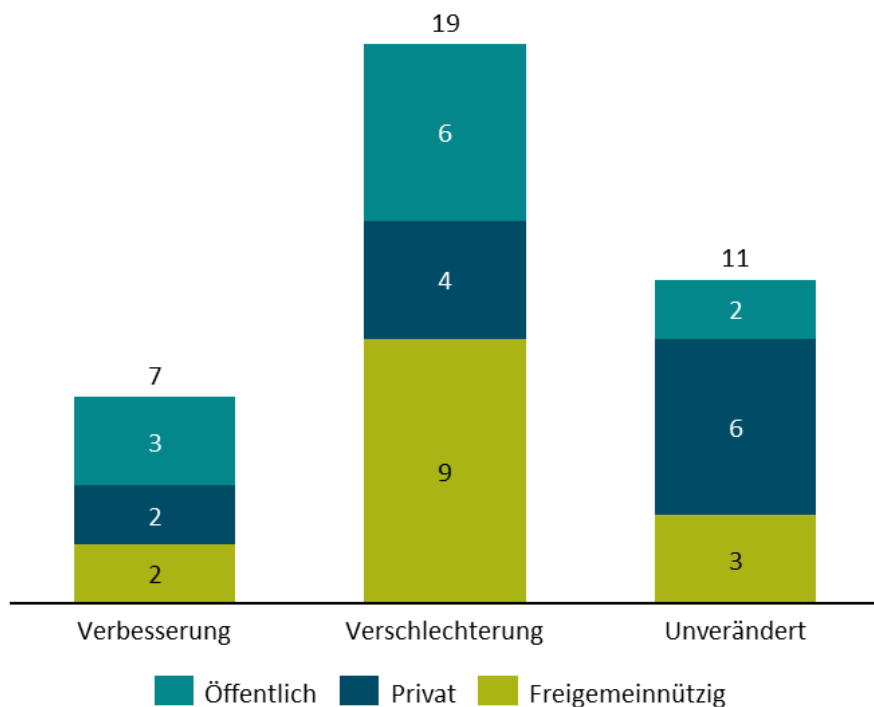


Abbildung 121 Ergebnisse der Online-Befragung im Rahmen des Gutachtens auf die Frage, wie sich die Situation in 2022 im Vergleich zu 2021 verbessern, verschlechtern oder unverändert bleiben wird⁵²⁶

Insbesondere Krankenhäuser aus den Landkreisen Stendal, Magdeburg und Saalekreis schätzen ihre wirtschaftliche Zukunft in diesem Zusammenhang als sehr schlecht ein. Zudem ging aus der Online-Befragung hervor, dass sich aus Sicht der Krankenhausträger diese negative Entwicklung zeitnah nicht verbessern wird.

⁵²⁵ Eigene Darstellung auf Basis der Ergebnisse der Online-Befragung.

⁵²⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Ergebnisse der Online-Befragung.

Auch gab ein Großteil der Krankenhäuser an, Zuschüsse und Darlehen zur Sicherstellung der Liquidität zu benötigen.

Zur Entlastung der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt wurden die pauschalen Fördermittel für Krankenhaus-Investitionen von rund 43 Millionen Euro als Gesamtbetrag Anfang des Jahres 2021 ausgezahlt.⁵²⁷

Darüber hinaus stellte der Bund den Ländern 1,5 Milliarden Euro zur Verfügung (Abschnitt 2.8). Auf Sachsen-Anhalt entfällt ein Anteil in Höhe von 45,7 Millionen Euro, der in drei Tranchen an die Krankenhäuser ausgezahlt werden soll. Diese Mittel sollen beispielsweise für gestiegene Kosten bei Wäschereien oder bei der Lebensmittelversorgung verwendet werden.⁵²⁸ Inzwischen hat der Bund weitere 2,5 Milliarden Euro als Pauschalzahlungen in Aussicht gestellt (Abschnitt 2.9)⁵²⁹ Zudem wurden durch das Land Sachsen-Anhalt im Rahmen des Haushaltsplans 2023 zusätzliche Mittel in Höhe von 21,7 Millionen Euro als pauschaler Ausgleich für die Energiepreise der Krankenhäuser berücksichtigt.

Vor dem Hintergrund der in diesem Kapitel beschriebenen Situation ist es wahrscheinlich, dass das Land Sachsen-Anhalt und gegebenenfalls der Bund auch zukünftig gefordert sein werden, finanzielle Mittel aufzubringen, um Kliniken zu unterstützen, sofern diese für die Versorgung der Bevölkerung relevant sind und beispielsweise Sicherstellungszuschläge (Abschnitt 1.4) benötigen.

Angesichts der wirtschaftlichen Situation und der weiteren Herausforderungen (Kapitel 2), denen die Krankenhäuser begegnen müssen, sollten aus Sicht der Gutachtenden ebenfalls Kompetenzen gebündelt oder Netzwerke ausgebaut werden, um Ressourcen zu schonen. Das könnte gelingen, indem beispielsweise teure Infrastrukturen und Ähnliches durch eine stärkere Zentralisierung von Leistungen besser ausgelastet werden.

7.3 Investitionsbedarfe der Krankenhäuser

In Deutschland haben Krankenhäuser, die in den Krankenhausplänen der Länder aufgenommen sind (sogenannte Plankrankenhäuser), gemäß § 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) einen Anspruch auf Förderung ihrer Investitionskosten durch das jeweilige Bundesland. Unabhängig vom jeweiligen Bundesland wird von den Krankenhäusern seit Jahren eine Unterfinanzierung bei den Investitionskosten angezeigt. Laut einer Hochrechnung im DKI-Krankenhaus-Barometer aus dem Jahr 2022, beläuft sich die Investitionssumme aller Krankenhäuser für das Jahr 2021 auf 6,8 Milliarden Euro, von denen jedoch nur 47 Prozent aus öffentlichen Fördermitteln stammen.⁵³⁰

Innerhalb Sachsen-Anhalts erfolgt die Investitionskostenfinanzierung im Zuge von sogenannten Einzelförderungen einerseits gemäß § 5 Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA) für große Baumaßnahmen

⁵²⁷ Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration (2021): Land zahlt Krankenhäusern mehr als 43 Millionen Euro Fördermittel aus, https://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/tsa_rssinclude/ministerium-fur-arbeit-soziales-und-integration_13_01_2021_pressemitteilung_land-zahlt-krankenhaeusern-mehr-als-43-millionen-euro-foerdermittel-aus.pdf, zuletzt abgerufen am 15.05.2023.

⁵²⁸ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2023): 45,7 Millionen Euro für Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt - 45,7 Millionen Euro für Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt, <https://presse.sachsen-anhalt.de/not-rated/2023/02/09/457-millionen-euro-fuer-krankenhaeuser-in-sachsen-anhalt/>, zuletzt abgerufen am 15.05.2023.

⁵²⁹ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2023): DKG zur Auszahlung weiterer Energiepreishilfen - Gesundheitsminister Lauterbach sorgt für schnelle Auszahlung der Energiehilfen an die Krankenhäuser, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/gesundheitsminister-lauterbach-sorgt-fuer-schnelle-auszahlung-der-energiehilfen-an-die-krankenhaeuser/>, zuletzt abgerufen am 29.05.2023.

⁵³⁰ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022): DKG zum DKI-Krankenhaus-Barometer 2022. Krankenhaus-Insolvenzrolle rollt an, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaus-insolvenzrolle-rollt-an/#:~:text=Laut%20Krankenhaus-Barometer%20lag%20die%20Investitionssumme%20der%20H%C3%A4user%202021,aufbringen%2C%20ganz%20%C3%BCberwiegend%20indem%20sie%20sich%20daf%C3%BCr%20verschulden>, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

und andererseits gemäß § 6 KHG LSA in Verbindung mit § 2 und § 3 der Verordnung über die Pauschalförderung der Krankenhäuser (KHPauschV ST 2006) über die sogenannte Pauschale für kurzfristige Anlagegüter.

Im Zuge der Einzelförderung haben Plankrankenhäuser die Möglichkeit, im Rahmen der Investitionsprogramme des Landes Anträge auf Förderungen bestimmter Maßnahmen zu stellen.⁵³¹ Diese Mittel für die Einzelförderung der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1 und 2 KHG werden vom Land getragen. Darüber hinaus werden strukturverbessernde Maßnahmen aus dem Strukturfonds nach dem Krankenhausstrukturgesetz, dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und dem Krankenhauszukunftsgesetz durch Bund und Länder finanziert.⁵³² Der Vorteil dieser Einzelförderung liegt insbesondere in der Begleitung großer strukturverändernder Maßnahmen. Dennoch sind diese Verfahren in der Regel mit einem hohen administrativen Aufwand bei der Antragstellung und -prüfung verbunden.

Die Finanzierung zur Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren (kurzfristige Anlagegüter) sowie die Finanzierung kleiner baulicher Maßnahmen erfolgen im Zuge der Pauschalmittel für kurzfristige Anlagegüter. Diese werden über eine Fallmengenpauschale sowie eine Jahrespauschale ausgezahlt.⁵³³ Im Jahr 2021 belief sich diese auf rund 43,75 Millionen Euro für alle Plankrankenhäuser Sachsen-Anhalts. In den letzten drei Jahren blieb diese Summe relativ konstant (Abbildung 122).

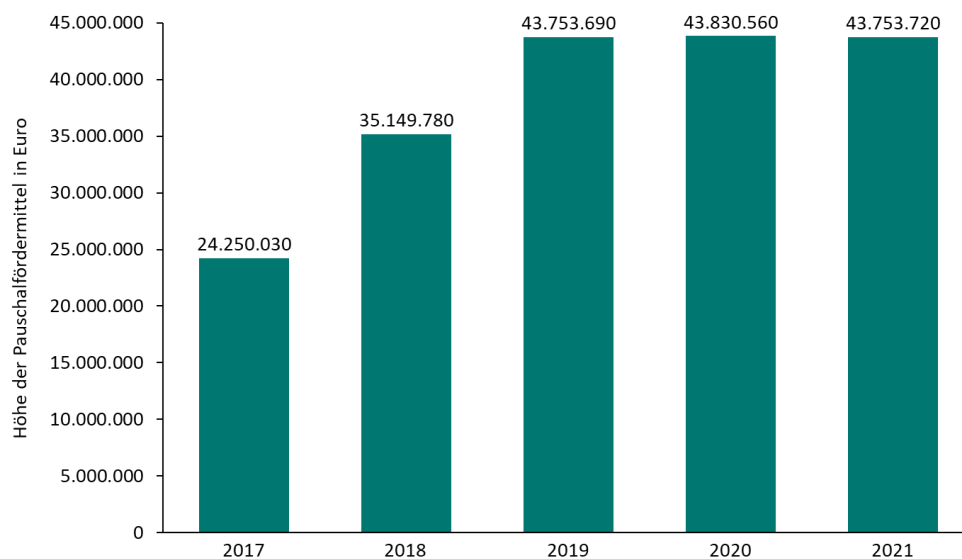


Abbildung 122 Entwicklung der Höhe der Pauschalfördermittel von 2017 bis 2021⁵³⁴

⁵³¹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (2023): Beschluss der Landesregierung über das Investitionsprogramm 2015 für Krankenhausbauten des Landes Sachsen-Anhalt, https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/Investitionsprogramm_KHBauten-2015.pdf, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

⁵³² Land Sachsen-Anhalt (2022): Haushaltsplan für das Haushaltsjahr 2022 - Einzelplan 05 Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, https://mf.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MF/Dokumente/Haushalt/HHPL_2022/Epl_05_Ministerium_fuer_Arbeit_Soziales_Gesundheit_und_Gleichstellung.pdf, zuletzt abgerufen am 15.05.2023.

⁵³³ Landesrecht Sachsen-Anhalt (2006): Verordnung über die Pauschalförderung der Krankenhäuser vom 28. Juni 2006, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/jlr-KHPauschVST2006pP2>, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

⁵³⁴ Eigene Darstellung auf Basis der durch das MS zur Verfügung gestellten Daten über die Höhe der Pauschalfördermittel von 2017 bis 2021.

Bei dem Vergleich der Fördermittel durch das KHG auf Bundesebene, wie in Abbildung 123 dargestellt, zeigt sich, dass Sachsen-Anhalt eher weniger Fördermittel gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz je Bett zur Verfügung stellt.

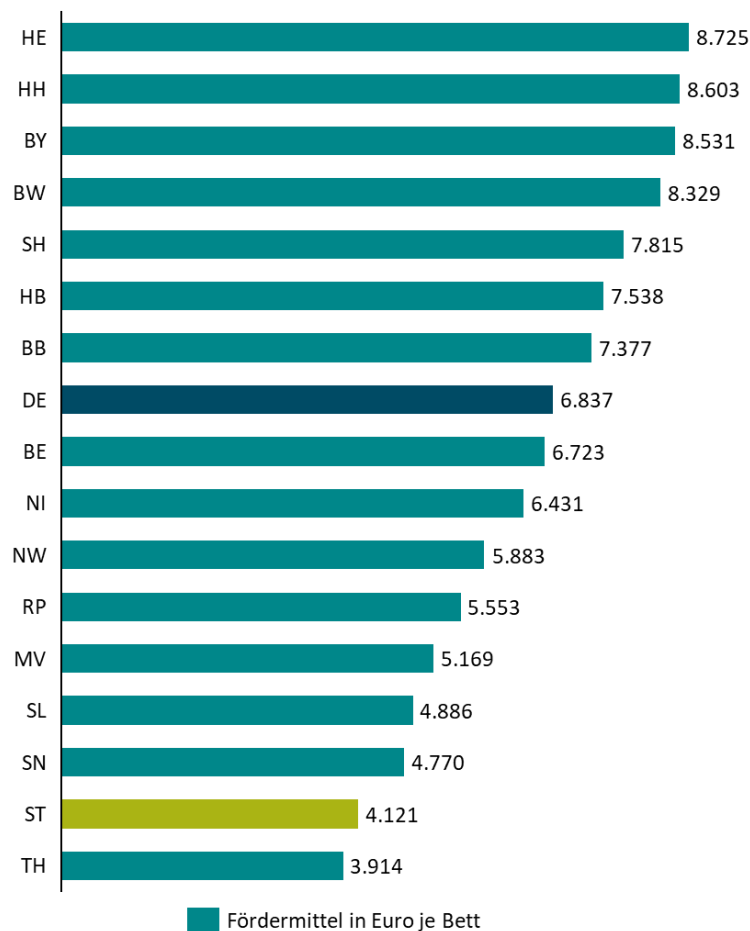


Abbildung 123 Fördermittel durch das KHG in Deutschland nach Bundesland in 2021⁵³⁵

Mit Blick auf die Vergleichbarkeit dieser ausgewiesenen Zahlen sind jedoch die unterschiedlichen strukturellen und baulichen Gegebenheiten in den Bundesländern zu beachten. Sachsen-Anhalt weist im bundesweiten Vergleich den zweitgeringsten Bezug von Fördermitteln auf. Allerdings hat Sachsen-Anhalt in den Jahren nach der Wiedervereinigung stark in die Infrastruktur der Krankenhäuser investiert, welches bei dem Vergleich auf Bundesebene zu berücksichtigen ist. Inwiefern diese getätigten Investitionen Auswirkungen auf den aktuellen Fördermittelbedarf haben, kann vor dem Hintergrund des Scopes dieses Gutachtens nicht abschließend beantwortet werden.

Mit Blick auf mögliche Abschreibungsdauern ist jedoch davon auszugehen, dass der Investitionsbedarf innerhalb Sachsen-Anhalts ansteigend ist. Ein ähnliches Bild lässt sich aus der Online-Befragung der Krankenhausträger Sachsen-Anhalts erkennen. Laut deren Angaben sind rund 146,6 Millionen Euro Investitionsbedarf pro Jahr nicht gedeckt (Tabelle 38).

⁵³⁵ Statista (2021): Fördermittel durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Deutschland nach Bundesland im Jahr 2021 – in Euro je Bett, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/702546/umfrage/khg-foerdermittel-je-krankenhausbett-nach-bundesland/>, zuletzt aufgerufen am 24.04.2023.

Tabelle 38 Angaben der Krankenhausträger in der Online-Befragung zu dem jährlich nicht gedeckten Investitionsbedarf⁵³⁶

Trägerschaft	Nicht gedeckter Investitionsbedarf als Summe in Mio. Euro
Freigemeinnützig	36,75
Öffentlich	65,10
Privat	44,75
Gesamt	146,60

Laut den befragten Krankenhausträgern sei der Investitionsbedarf insbesondere in den folgenden Bereichen am höchsten:

- IT und Digitalisierungsvorhaben
- Neubau von Gebäuden und Modernisierung von Stationen
- Gebäudeinfrastruktur
- Medizintechnik
- Klima- und Wärmetechnik
- OP und Notaufnahmen (Ausbau und Erneuerung)

Speziell mit Blick auf die Digitalisierung (Abschnitt 2.5) und die Umsetzung des Krankenhauszukunftsgesetzes sowie die Finanzierung der damit einhergehenden Kosten bei auslaufender Förderung scheint der Investitionsbedarf innerhalb der Krankenhäuser Sachsen-Anhalts hoch zu sein. Aus Sicht der Gutachtenden wären spezielle Förderprogramme innerhalb Sachsen-Anhalts zu etablieren, um dem Bedarf der Krankenhäuser gerecht zu werden. Durch diese Förderprogramme könnten auch Strukturen beispielsweise im Bereich der Primärversorgung (zum Beispiel bei der Herzinfarkt- oder Schlaganfallversorgung) digital unterstützt und innerhalb des Landes optimiert werden.

Während der Covid-19-Pandemie wurde das sogenannte Corona-Sondervermögen auf den Weg gebracht. Dieses beläuft sich auf rund 2 Milliarden Euro und umfasst 63 Maßnahmen. Diese Maßnahmen, die im Zuge des Programms umgesetzt werden sollen, beziehen sich beispielsweise auf die Beschaffung von Technik zur Digitalisierung aller Rettungsmittel, Investitionen von Krankenhäusern im Bereich der medizinisch-technischen Großgeräte, einschließlich baulicher Anpassungen, aber auch auf sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen.⁵³⁷

In Bezug auf die Verteilung dieser finanziellen Mittel ist es aus Sicht der Gutachtenden erforderlich, die Investitionskostenfinanzierung, insbesondere mit Blick auf eine mögliche Förderbindung, mit der Krankenhausplanung bestmöglich in Einklang zu bringen. Der Vorteil dieses aufeinander abgestimmten Agierens liegt insbesondere darin, dass strategisch wichtige Investitionen, beispielsweise im Sinne der Konsolidierung und Zentralisierung von Leistungen, gefördert werden können. Beispielsweise könnten durch das Land Förderschwerpunkte entsprechend der Krankenhausplanung für ausgewählte Förderperioden im Rahmen einer Einzelförderung festgelegt werden.

⁵³⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Ergebnisse der Online-Befragung.

⁵³⁷ Landesrecht Sachsen-Anhalt (2021): Gesetz über das Sondervermögen „Corona“, <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/ilr-CoronaSoVermGSTpAnlage>, zuletzt abgerufen am 24.04.2023.

Aus Sicht der Gutachtenden wäre es zudem sinnvoll, die bestehende Investitionskostenfinanzierung für große Baumaßnahmen im Zuge der Einzelförderung zu überprüfen. Einige Bundesländer, wie beispielsweise Berlin, haben bereits von ihrem Wahlrecht hinsichtlich der Investitionskostenförderung Gebrauch gemacht und die sogenannte Investitionsbewertungsrelation eingeführt. Deren Vorteile liegen insbesondere darin, dass eine Würdigung des tatsächlichen fallbezogenen Investitionsaufwandes erfolgen kann, einhergehend mit einer transparenten Darstellung bei einem geringen administrativen Aufwand. Ob dies bezogen auf die Struktur Sachsen-Anhalts ebenfalls eine Option wäre und welche Auswirkungen die geplanten Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausfinanzierung haben werden, kann im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nur unzureichend beantwortet werden. Eine Bewertung müsste im Zuge einer separaten Analyse erfolgen.

7.4 Die besondere Rolle und Funktion der Universitätskliniken

Wie im Gutachten bereits an verschiedenen Stellen dargestellt, nehmen die Universitätskliniken mit den medizinischen Fakultäten der Universitäten eine zentrale Rolle in der Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt ein. Sie sind Maximalversorger, Teil des Angebots an umfassender Notfallversorgung und spezieller Leistungen, wie zum Beispiel Transplantationen oder die Behandlung seltener oder komplexer onkologischer Erkrankungen. Darüber hinaus nehmen sie auch eine zentrale Rolle bei der Ausbildung des medizinischen Fachpersonals ein.

Durch die Covid-19-Pandemie und die bundesweiten „Kleeblatt“-Strukturen wurde ein Mechanismus etabliert, der es ermöglicht, Patientenströme im Sinne einer „Lastenteilung“ über die Landesgrenzen hinweg zu lenken. Aus Sicht der Gutachtenden könnte dieser Mechanismus auch innerhalb des Landes stärker Anwendung finden. Dabei sollten die Universitäten eine koordinierende Rolle übernehmen. Anzumerken ist hierbei, dass sich dieser Mechanismus auf allgemeine Strukturen und Abläufe bezieht und unabhängig von einer Krisensituation Anwendung finden kann.

An den Universitätskliniken stehen darüber hinaus auch breitgefächerte Kompetenzen aus den verschiedensten Bereichen zur Verfügung, die das Land weiter nutzen und fördern kann. Die wichtigsten Ansätze sollen im Folgenden kurz skizziert werden:

- **Medizinische Dienstleistungen:** Es wird perspektivisch immer schwieriger werden, eine umfassende Breite an Fachexpertise in der Fläche vorzuhalten. Sinnvoll sind daher die Einrichtung und der Ausbau von medizinischen Netzwerken, in denen bei Bedarf Expertinnen und Experten der Universitätskliniken, insbesondere bei der Diagnose und Therapieplanung in der Fläche, sowie kooperierende Krankenhäuser unterstützen können. Dies kann teilweise verhindern, dass Patientinnen und Patienten weite Wege auf sich nehmen müssen, um eine Diagnostik durchführen zu lassen.

Die Dienstleistungen können weit über das heute Übliche hinausgehen und nahezu alle Fachabteilungen umfassen. Teilweise werden diese Ansätze von den beiden Universitätskliniken bereits heute – sehr erfolgreich – angeboten, zum Beispiel die Telepathologie. Hier sollte das Ziel sein, bei Bedarf noch mehr Krankenhäuser mit standardisierten Dienstleistungen in noch größerer Breite zu unterstützen.

Es wird nicht gelingen, eine auf jedes anfragende Krankenhaus individuell abgestimmte Dienstleistung anzubieten. In größerem Umfang kann dies nur durch Standardisierung erfolgen. Anbieter der Dienstleistungen können auch andere große Krankenhäuser beziehungsweise Maximalversorger sein, wenn eine besondere Expertise nachgewiesen wird und die Einbindung zuverlässig ist.

- **Infrastrukturelle Leistungen:** Die Anbahnung und Ausgestaltung eines Netzwerkes von zentralen medizinischen Dienstleistungen, die prospektiv nicht mehr flächendeckend vorgehalten werden können, erfordert die Errichtung und den Betrieb einer speziellen Infrastruktur. Über diese müssen patientenbezogene Daten sicher ausgetauscht werden können. Abläufe und zum Beispiel Diagnosestellungen müssen nachvollziehbar dokumentiert werden. Die dafür notwendige Infrastruktur muss aufgesetzt, betrieben und weiterentwickelt werden. Idealerweise integriert sie sich in die bestehenden Krankenhausinformationssysteme, sodass wenig zusätzliche Arbeit für den Informationsaustausch notwendig ist.
- **Organisatorische Leistungen und Projektmanagement:** Die Netzwerke von zentralen medizinischen Dienstleistungen erfordern eine Standardisierung von Verträgen, Vergütungsvereinbarungen, datenschutzrelevanten Unterlagen und Schnittstellen. Für Anfragen von Krankenhäusern und die Koordination der Leistungen sind Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vorzusehen, die zum Beispiel von den Universitätskliniken gestellt werden.
- **Ausbildung:** Die beiden Universitätskliniken bilden nicht nur eigene Ärztinnen und Ärzte als zentrale Einrichtungen aus, sondern auch Pflegekräfte und weitere (medizinische) Berufe. Der Ausbildungsumfang kann – falls vom Land benötigt – auch deutlich über die eigenen Bedarfe hinausgehen und sollte offene Leistungsbereiche der medizinischen Versorgung verstärkt abbilden.
- **Neue Personalkonzepte:** In ausgewählten Fällen können die Universitätskliniken und andere große Versorger im Rahmen von besonderen Rotationskonzepten in der Fläche die Versorgung in anderen Krankenhäusern verstärken. Dies kann zum Beispiel durch eine Rotation im Rahmen der Facharztausbildung erfolgen oder durch die Verstärkung im Rahmen von Spezialsprechstunden. Die praktische Umsetzbarkeit ist aber begrenzt, da die großen Krankenhäuser ihre Mitarbeitenden im Regelfall selbst nutzen müssen.
- **Pandemie- und Krisenvorsorge:** Die Universitätskliniken übernehmen für das Land Sachsen-Anhalt bereits heute wichtige Funktionen bei der Vorhaltung von versorgungsrelevanten Produkten. Dies kann im Umfang noch bedarfsgerecht erweitert werden, sodass Medizinprodukte, Arzneimittel, Impfstoffe, Therapeutika über eine Mangellage hinweg im Land verfügbar sind. Die Krisenvorsorge umfasst beispielsweise auch die Begleitung und Unterstützung bei der Erarbeitung von Havarieplänen und Ausfallkonzepten (zum Beispiel in der Bildgebung, im Labor oder bei der weiteren Diagnostik). Hier können die Universitätskliniken eine landesweit koordinierende und schulende Funktion übernehmen. In den Havarieplänen ist beispielsweise festzulegen, wie mit längeren und großflächigen Stromausfällen umzugehen ist.
- **Patientensteuerung:** Die beiden Universitätskliniken haben bereits während der Pandemie im Nord- und Süd-Cluster die Verteilung schwer kranker Patientinnen und Patienten koordiniert. Diese Steuerungsrolle sollte beibehalten und institutionell ausgebaut werden.

Deutlich wird, dass die Universitätskliniken dadurch zusätzliche und neue Leistungen im Interesse des Landes Sachsen-Anhalt übernehmen. Bisher werden diese im DRG-System nur als Konsile oder Ausgleichszahlungen zwischen den Krankenhäusern bei Mit- oder Weiterbehandlung berücksichtigt. Beispielsweise wird die Diagnostik vergütet, aber nicht in der beschriebenen Weise komplexer Zusammenarbeit zentral und lokal vor Ort.

Um die anzustrebende steuernde Rolle der Universitätskliniken zu ermöglichen, sollte durch das Land eine Prüfung erfolgen:

- ob Auflistungen über bestehende Verträge und Kooperationen der Universitätskliniken zur Verfügung gestellt werden können und für welche Leistungen (ambulant, stationär), welche Fachgebiete und mit welchen Kliniken diese geschlossen sind,
- ob und in welchen Fachgebieten sich diese steuernde Rolle der Universitätskliniken anbietet,
- welche Arten von empfohlenen, gewünschten oder möglichen Kooperationen, Vereinbarungen oder Verträgen sich eignen und wie diese zu standardisieren sind,
- wie die Steuerung und das Monitoring der Aktivitäten landesseitig erfolgen sollen,
- wie eine wissenschaftliche Auswertung und Evaluierung der Erfolge der Maßnahmen sichergestellt werden können,
- wie die Finanzierung dieser zusätzlichen zentralen Aufgaben erfolgen kann,
- wie eine etwaige Zusammenarbeit auch bei der Finanzierung mit den beteiligten Ministerien (Bildung, Finanzen, Inneres, Wissenschaft, Gesundheit) umzusetzen wäre.

8 Handlungsempfehlungen

Im Folgenden werden die wesentlichen in den vorangegangenen Kapiteln erarbeiteten und identifizierten Handlungsempfehlungen zusammengefasst.

Empfehlung 1: Zentralisierung von Leistungen unter aktiver Gestaltung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Die vorangegangene Beschreibung zukünftiger Trends (insbesondere Ambulantisierung) verbunden mit der Darstellung der aktuellen Situation haben gezeigt, dass die Strukturen der Gesundheitsversorgung in Sachsen-Anhalt vor noch nie dagewesenen Herausforderungen stehen. Neben den hier im Gutachten umfassend beschriebenen externen Faktoren (insbesondere Fachkräftemangel und Bevölkerungsrückgang), zeichnet sich zum Stand der Veröffentlichung des vorliegenden Gutachtens eine mögliche Reform der Krankenhausplanungs- und Finanzierungssystematik in Deutschland ab. Die bisher vorliegenden Vorschläge zur Krankenhausstruktur weichen nicht fundamental von den hier im Gutachten unterbreiteten Empfehlungen ab: Im Wesentlichen geht es darum, komplexe Leistungen aus wirtschaftlichen aber eben auch aus Qualitätsgründen an weniger Krankenhäusern zu zentralisieren.

Eine stärkere Zentralisierung von Leistungen wird darüber hinaus helfen, die beschränkten Personalressourcen zentral zu organisieren und so deren Einsatz zu optimieren. Aus diesen bekannten Gründen, wird auch in diesem Gutachten die Zentralisierung von komplexen Leistungen empfohlen, aber immer mit der Maßgabe, auch eine wohnortnahe Versorgung mit Basisleistungen aufrecht zu halten (gestuftes System der Krankenhausversorgung). Dabei müssen die flächendeckende Krankenhausversorgung und angemessene Erreichbarkeiten Teil der Planungsgrundsätze sein. Zentren können dies in ihren Einzugsgebieten durch eigene ambulante Angebote oder durch Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern sicherstellen.

Die Befragung der Krankenhäuser und die Interviews mit den Stakeholdern haben dieses Bild bestätigt und eine aktive Gestaltung durch das Land eingefordert.

Unter Einbindung der beteiligten ambulanten und stationären Versorger, der Selbstverwaltung und der weiteren beteiligten Akteure sowie der Bürgerinnen und Bürger sollte das Land als aktiver Gestalter und Wegweiser sektorenübergreifend die Versorgung mit Gesundheitsleistungen gestalten.

Empfehlung 2: Gestuftes System der Krankenhausversorgung

Die Gutachtenden empfehlen eine gestufte Versorgung der Krankenversorgung. So soll sichergestellt werden, dass eine Basisversorgung mit internistischen und chirurgischen Leistungen in allen Regionen wohnortnah zur Verfügung steht. Darunter ist eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten für möglichst 95 Prozent der Bevölkerung in einer Region zu verstehen. Dies sollte auch in Zukunft gewährleistet sein, weil es sehr wichtig für die Akzeptanz in der Bevölkerung ist. Weiterhin muss sichergestellt werden, dass die Kinder- und Geburtskliniken regional verfügbar sind (Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten).

Grundsätzlich sollte gelten, dass je komplexer die zu erbringenden medizinischen Leistungen werden, desto stärker sollten die Leistungen an großen Schwerpunktversorgern, Maximalversorgern und den Universitätskliniken konzentriert werden. Hochspezialisierte Leistungen sollten an weniger Krankenhäusern konzentriert werden. Dies betrifft Leistungen, die Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA MiMe) belegt sind, aber auch weitere komplexe Leistungen ohne solche Mindestmengen, zum Beispiel Ablationen bei Herzrhythmusstörungen.

Durch das Zusammenspiel von Krankenhäusern verschiedener Leistungsstufen ergibt sich eine weitgehend flächendeckende Erreichbarkeit der Notfallversorgung. Wichtig ist hierbei die stärkere Differenzierung nach

Art und Schwere eines Notfalls: Nicht jedes Krankenhaus kann jedes Notfallbild adäquat behandeln. Hier haben die Analysen gezeigt, dass heute teilweise eine primäre Fehlbelegung erfolgt und Patientinnen und Patienten nicht geeignete Krankenhäuser aufsuchen oder nicht in geeignete Krankenhäuser gebracht werden. Hier muss es das Ziel sein, die Patientinnen und Patienten häufiger als bisher in geeignete Krankenhäuser zu bringen oder – wenn notwendig – zu verlegen. Die höhere Behandlungsqualität führt aber unweigerlich zu längeren Transportwegen.

Empfehlung 3: Leistungen steuern mittels Leistungsgruppen und Leistungsbereichen für die Bedarfsplanung und die Zuweisung der Versorgungsaufträge

Die aktuelle Krankenhausplanung beschränkt sich im Wesentlichen auf die Zuweisung von Versorgungsaufträgen nach Fachgebieten. Dabei entfaltet die Ausweisung von Fachgebieten als Planungsgrundlage durch fehlenden Eindeutigkeit der Zuordnung von Krankenhausfällen zu den Fachgebieten beziehungsweise Fachgebietsgruppen kaum steuernde Wirkung. Beispielsweise ist dem Standort mit der zweitgrößten Kardiologie des Landes nicht das Fachgebiet Kardiologie, sondern die Fachgebietsgruppe Innere Medizin zugewiesen.

Eine Prognose des zukünftigen Bedarfs auf Basis einer solchen Fallzahlzuordnung kann entsprechend keine heterogenen Trends in verschiedenen Fachgebieten abbilden und kann zu deutlichen Fehleinschätzungen führen. Eine aktive Steuerung der Kapazitäten des stationären Versorgungsgeschehens durch das Land ist so nur eingeschränkt möglich.

Auf eine bettenbezogene Bedarfsplanung verzichtet Sachsen-Anhalt bereits weitgehend. Dies erscheint sinnvoll, da in einem schrumpfenden Markt stationärer Leistungserbringer mit Personalengpässen ohnehin nicht alle verfügbaren Betten betrieben werden können. Die Vorgabe von Planbetten hat dann wenig steuernden Einfluss auf das Versorgungsgeschehen. Sinnvoll kann eine bettenbezogene Bedarfsplanung in einigen Sonderbereichen wie zum Beispiel in der Psychiatrie sein. Auch in besonders sensiblen Bereichen wie den Intensivstationen und Kinderintensivstationen könnte eine bettenbezogene Planung sinnvoll sein; aber auch hier gilt, dass die Zahl der vorhandenen Betten von den betreibbaren Betten abweichen kann.

Für die Analyse des Versorgungsgeschehens, die Bestimmung des stationären Bedarfs, zur Sicherstellung qualitativ hochwertiger Versorgung und für die Zuweisung regionaler Versorgungsaufträge empfehlen die Gutachtenden die Nutzung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. Bei der aktuell im Krankenhausplan vorgenommen Einteilung nach Fachabteilung zeigen die Analysen deutliche Unsicherheiten bei der Zuordnung der Fälle und damit deutliche Unsicherheiten bei der Validität der geschätzten notwendigen Ressourcen. Zudem kodieren nicht alle Krankenhäuser die Fachabteilungen einheitlich.

Die von der Regierungskommission vorgeschlagenen Leistungsgruppen und die im Rahmen der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen vorgeschlagenen Leistungsgruppen ähneln sich prinzipiell (bezogen auf die Begrifflichkeiten). Die Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen sind bereits definiert und können daher umgesetzt werden, dafür sind auf Bundesebene weitere Differenzierungen vorgenommen worden (mehr Leistungsgruppen), die aber noch nicht definiert sind und damit ganz praktisch nicht verfügbar sind.

Die Nutzung der Leistungsgruppensystematik erlaubt neben der genaueren Bestimmung des notwendigen Bedarfs und der damit einhergehenden notwendigen Kapazitäten auch stärker qualitätsorientierte Entscheidungen bei der Krankenhausplanung als dies im aktuellen System möglich ist. So ermöglicht es die Festlegung individueller Qualitätsvorgaben für bestimmte Leistungsgruppen, wie zum Beispiel, strukturelle, apparative und personelle Ausstattungsanforderungen sowie sonstige bundes- und landesrechtliche Struk-

tur- und Prozesskriterien. Darüber hinaus ist mit einer Leistungsgruppen-Systematik auch ein besserer Vergleich und eine grenzüberschreitende Planung zwischen Bundesländern, die die gleiche Systematik nutzen, möglich.

Die Planung mittels Leistungsgruppen beginnt in den Bundesländern erst jetzt und das System wird sich in den nächsten Jahren weiterentwickeln und vermutlich weiter ausdifferenzieren.

Empfehlung 4: Versorgungsrelevante Krankenhäuser stärken

Versorgungsrelevant können Krankenhäuser unterschiedlicher Größen und Spezialisierungen sein. Auch kleine Krankenhäuser sind in vielen Fällen im Sinne der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung versorgungsrelevant. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalts (MS) sollte prüfen, welche Versorgungsschwerpunkte den einzelnen Krankenhäusern mittels Leistungsbereichen und Leistungsgruppen im künftigen Krankenhausplan zugewiesen werden können. Aus dieser Festlegung würden sich dann unmittelbare Versorgungsaufträge ergeben, die durch das Land mit ausreichend Investitionsmitteln unterlegt werden müssen. Durch die Konzentration von komplexen Leistungen an weniger Krankenhäusern werden die Investitionsmittel tendenziell konzentrierter vergeben werden müssen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Investitionen in Bereichen, die nicht zum Versorgungsauftrag gehören, nicht vom Land gefördert werden sollten.

Eine absolute Erhöhung der Fördermittel ist angeraten, da die Förderung in Sachsen-Anhalt im Bundesvergleich besonders niedrig ist. Dies kann über pauschale Fördermittel erfolgen, die für vergleichsweise frei von den Krankenhäusern für Investitionen verwendet werden können. Da aber eine gezielte Konzentration von Leistungen erfolgen sollte, ist neben der Pauschalförderung auch eine gezielte Einzelförderung notwendig, um diesen Prozess zu flankieren. Hier sollte das Land die Möglichkeit nutzen, um bestimmte Schwerpunkte gezielt zu fördern, zum Beispiel den Aufbau von telemedizinischen Anwendungen und Netzwerken.

Da das Land gesetzlich nur für die Investitionsfinanzierung zuständig ist, müssen – verkürzt gesagt – die variablen Fallkosten von den Patientinnen und Patienten beziehungsweise deren gesetzliche Krankenkassen oder private Versicherungen finanziert werden. Viele Krankenhäuser sind in der momentanen Situation nicht in der Lage, positive Jahresüberschüsse zu erwirtschaften. Je nach Trägerstruktur, Rechtsform und vorhandener Liquidität kann die wirtschaftliche Schieflage bis zur Insolvenz führen. Findet sich kein neuer Träger für das Krankenhaus, kann es sein, dass versorgungsrelevante Krankenhäuser ihren Betrieb einstellen müssen. Auch wenn die Ausrichtungen der Analysen eine konkretere Aussage nicht zulässt, sollte das Land auf Grund der aufgezeigten Entwicklungen in den letzten Jahren und der Prognosen des Gutachtens auf eine solche Lage vorbereitet sein.

Empfehlung 5: Koordinierende Rolle der Universitätskliniken stärken

Wie im Gutachten bereits dargestellt, nehmen die Universitätskliniken mit den medizinischen Fakultäten der Universitäten eine zentrale Rolle in der Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt ein. Sie sind als Maximalversorger Teil des Angebots der umfassender Notfallversorgung und spezieller Leistungen, wie zum Beispiel Transplantationen oder der Behandlung seltener Erkrankungen oder komplexer onkologischer Erkrankungen. Auf Grund der bestehenden Strukturen und Erfahrungen der Universitätskliniken, auch insbesondere aus der Zeit der Covid-19-Pandemie, sollte der Rolle der Universitätskliniken im Land eine größere Aufmerksamkeit geschenkt werden: Sie verfügen eben nicht nur über eine herausragende Rolle im Bereich der Krankenversorgung, sondern sie nehmen auch eine zentrale Rolle bei der Ausbildung des medizinischen Fachpersonals wahr. An den Universitätskliniken stehen darüber hinaus auch Kompetenzen in

Bereichen zur Verfügung, die das Land weiter nutzen und fördern kann. Die wichtigsten Ansätze sollen hier kurz skizziert werden:

- Medizinische Dienstleistungen: Es wird perspektivisch immer schwieriger werden, eine große breite an Fachexpertise in der Fläche vorzuhalten. Sinnvoll ist daher die Einrichtung von medizinischen Netzwerken, in denen bei Bedarf Expertinnen und Experten insbesondere bei der Diagnose und Therapieplanung unterstützen können. Dies kann teilweise verhindern, dass Patientinnen und Patienten weite Wege auf sich nehmen müssen, um Diagnostik durchführen zu lassen. Die Dienstleistungen können weit über das heute Übliche hinausgehen und nahezu alle Fachabteilungen umfassen.
- Infrastrukturelle Leistungen: Die Anbahnung und Ausprägung eines Netzwerkes von zentralen medizinischen Dienstleistungen, die prospektiv nicht mehr flächendeckend vorgehalten werden können, erfordert die Errichtung und den Betrieb einer speziellen Infrastruktur.
- Organisatorische Leistungen und Projektmanagement: Die Anbahnung und Ausprägung eines Netzwerkes von zentralen medizinischen Dienstleistungen erfordert eine Standardisierung von Verträgen, Vergütungsvereinbarungen, datenschutzrelevanten Unterlagen und Schnittstellen. Für Anfragen von Krankenhäusern und die Koordination der Leistungen sind Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner einzurichten, die zum Beispiel von den Universitätskliniken gestellt werden.
- Ausbildung: Die beiden Universitätskliniken bilden nicht nur Ärztinnen und Ärzte als zentrale Einrichtungen aus, sondern auch Pflegekräfte und weitere (medizinische) Berufe. Der Ausbildungsumfang kann – falls vom Land benötigt – auch deutlich über die eigenen Bedarfe hinausgehen.
- Neue Personalkonzepte: In ausgewählten Fällen können die Universitätskliniken und andere große Versorger im Rahmen von besonderen Rotationskonzepten in der Fläche die Versorgung in anderen Krankenhäusern verstärken.

Deutlich wird aber auch, dass die Universitätskliniken zusätzliche und neue Leistungen im Interesse des Landes Sachsen-Anhalt, wie die Weiterentwicklung der assistierten Telemedizin, die Implementierung digitaler Gesundheitslotsen für die Ersteinschätzung oder die Aus- und Weiterbildung regionaler Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, übernehmen. Diese müssen auch zusätzlich vergütet werden, da die beschriebenen Leistungen im heutigen DRG-System nur partiell vergütet werden.

Empfehlung 6: Stärkere Nutzung aller Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung und Nutzung neuer Technologien

Die eingangs beschriebenen Veränderungen in der Zukunft werden es nicht erlauben, alle Gesundheitsleistungen in heutigem Umfang zur Verfügung zu stellen. Daher sollten alle Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung genutzt werden, um die Zusammenarbeit und Koordination zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems zu verbessern. Hier geht es um wohnortnahe ambulante fachärztliche Versorgung in Verbindung mit einer stationären ärztlichen und krankenschwägerischen Versorgung mit der Möglichkeit einer stationären Überwachung. Abhängig von den lokalen Voraussetzungen kann im Einzelnen eine Stärkung des ambulanten oder des stationären beziehungsweise teilstationären Bereiches erforderlich oder eine Verzahnung der beiden Bereiche angeraten sein. Dies kann im Rahmen von bereits etablierten oder weiteren – schon jetzt rechtlich möglichen - Modellen erfolgen. Zudem sollten neue Technologien genutzt werden, um bestimmte Versorgungsdefizite zu beheben, zum Beispiel im Rahmen telemedizinischer Strukturen und Behandlungspfade.

Denkbar ist beispielsweise, dass im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzten häufiger als bisher auch im ambulanten Bereich, zum Beispiel in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), als Vertragsarzt tätig sind. Neben den heute meist inhaltlich und personell beschränkten Ermächtigungen (§ 116 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte) könnten in Zukunft in besonderen Versorgungssituationen auch ganze Fachabteilungen im Krankenhaus zur Behandlung im Vertragsärztlichen Bereich ermächtigt werden (§ 116 a SGB V - Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung). Bisher wird dieses Instrument in Deutschland praktisch nicht eingesetzt. Denkbar ist auch, dass die bestehenden Krankenhäuser ihre MVZ-Strukturen noch weiter ausbauen. Zudem könnten auch die Kommunen häufiger als bisher eigene MVZ gründen, um die Versorgung vor Ort zu stärken. Technologie kann genutzt werden, um nicht lokal verfügbare Ressourcen einzubinden, zum Beispiel, wenn eine Gemeindegemeinschaft zusammen mit einer Patientin oder einem Patienten vor Ort eine Ärztin oder einen Arzt in einer Klinik zur Abklärung einer Frage einbinden will. Hier sind jedoch auch rechtliche Fragen zur Zulässigkeit solcher Angebote zu lösen und ebenso Fragen der Vergütung zu klären.

Das MS kann hier unterstützend wirken, indem es weitere Pilotprojekte initiiert und alle involvierten Akteure ermuntert. Die strukturellen Gegebenheiten sind im Land Sachsen-Anhalt regional sehr unterschiedlich, weshalb es auch entscheidend auf die Voraussetzungen vor Ort ankommt. Des Weiteren kann das Land neue Technologien fördern, deren Umsetzung möglicherweise von den Universitätskliniken gesteuert wird. Die Universitätskliniken sollten das MS bei diesem Prozess unterstützen. Siehe dazu auch die Ausführungen in Empfehlung 5.

Empfehlung 7: Kapazitäten für spezifische Leistungsbereiche ausbauen

Neben der auf Landesebene notwendigen Reduktion an allgemeinen Bettenkapazitäten ist gleichzeitig der Auf- und Ausbau von Behandlungskapazitäten in einigen Versorgungsbereichen notwendig. Im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation werden die Hälfte aller Patientinnen und Patienten in anderen Bundesländern behandelt. Nur zwei Einrichtungen bieten die Leistungen im größeren Umfang in Sachsen-Anhalt an, was keine halbwegs wohnortnahe Versorgung ermöglicht. Gleichzeitig ist es kein so seltenes oder komplexes Behandlungsangebot, so dass sich aus der starken Zentralisierung deutliche Qualitätsvorteile ergeben würden. Erste Berechnungen zeigen einen Bedarf für den Aufbau von rund 130 zusätzlichen Betten für dieses Behandlungsangebot in Sachsen-Anhalt. Diese sollte auf mehrere Versorger aufgeteilt werden, um so ein flächendeckendes Angebot zu ermöglichen. Lokale Doppelstrukturen sollten vermieden werden.

Im Bereich der teilstationären Geriatrie ist im Norden von Sachsen-Anhalt ein Angebotsdefizit bei den teilstationären geriatrischen Leistungen festzustellen. Das fehlende Angebot ist möglicherweise aus wirtschaftlichen Gründen nicht darstellbar, da die notwendige Fallzahl für einen organisatorisch effizienten und wirtschaftlichen Betrieb nicht realisiert werden kann. Das Land kann hierzu die Rückmeldungen der potenziellen Träger einholen, gegebenenfalls können strukturelle Ausgleichszahlungen geleistet werden.

Das Einrichten der zusätzlich geplanten Stroke Unit zur Reduktion der Fahrtzeit für den Landkreis Stendal ist aus Sicht der Gutachtenden zwingend erforderlich, da hier die vorgegebenen Fahrtzeiten aus dem Krankenhausplan erheblich überschritten werden. Zudem sollten in Sachsen-Anhalt vor dem Hintergrund der optimalen Ressourcenallokation telemedizinische Unterstützungsangebote durch bestehende Stroke Units erweitert werden. Diese werden bereits erfolgreich deutschlandweit eingesetzt und konnten eine deutliche Verbesserung der Behandlungsergebnisse belegen.

Ein oder zwei neurovaskuläre Zentren zur qualitativ besonders hochwertigen Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sollten in Halle und Magdeburg eingerichtet werden. Um die

notwendigen Mindestfallzahlen zu erreichen, muss das Angebot dort vor Ort vermutlich konzentriert werden.

Die voll- und teilstationären Versorgungsangebote für die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sind nicht gleichmäßig über die Fläche von Sachsen-Anhalt verteilt. Dies gilt insbesondere für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung wäre, das Angebot für Kinder und Jugendliche an den Standorten, die bereits Leistungen für Erwachsene erbringen, auszubauen. Der Fokus könnte dabei zunächst auf der Schaffung von tagesklinischen Versorgungsangeboten liegen.

Es ist jedoch anzumerken, dass der Implementierungsaufwand vieler der hier genannten Leistungsangebote als hoch einzustufen ist und es vermutlich mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird, bis die Umsetzung in der Fläche erfolgt ist, der verzögerte Aufbau der Stroke Unit in Stendal zeigt dies. Neben den organisatorischen Hürden und finanziellen Engpässen stellt vor allem der Fachkräftemangel eine Herausforderung bei der Implementierung und längerfristigen Vorhaltung neuer Leistungsangebote für die Krankenhäuser dar.

Empfehlung 8: Bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten in geeignete Behandlungsangebote

Die Analysen haben gezeigt, dass viele Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern behandelt werden, die dafür nicht ausreichend ausgestattet sind (zum Beispiel Behandlung von Schlaganfällen ohne Vorhandensein einer Stroke Unit). Die Patientinnen und Patienten erhalten daher nicht die bestmögliche Behandlung. Da die Erkrankung allerdings erst zuverlässig im Krankenhaus diagnostiziert werden kann, wird es immer wieder Fehlbelegungen geben. Bei Verdachtsfällen sind jedoch die geeigneten Krankenhäuser anzufahren, auch wenn diese weiter entfernt sind. Patientinnen und Patienten sind konsequenter als bisher weiter zu verlegen, wenn nicht alle geeigneten Therapieoptionen vor Ort vorhanden sind (zum Beispiel Herzkatheter).

In diesem Zusammenhang sollten die aktuellen Zuschnitte der Gebiete der Rettungsleitstellen auf Effizienz und Effektivität untersucht werden. Es sollte auch geprüft werden, ob ein weiterer Rettungshubschrauber im Norden des Landes die Versorgung deutlich verbessern kann, insbesondere bei schweren und zeitkritischen Erkrankungen.

Empfehlung 9: Länderübergreifende Analysen und Abstimmung für eine zukünftige gemeinsame Planung

Einige der dargestellten Erreichbarkeiten verschiedener medizinischer Leistungen verbunden mit der Übersicht zu den Ein- und Auspendlern lassen bedeutende Patientenströme von und in andere Bundesländer, insbesondere in den Grenzregionen des Bundeslandes erkennen. Die vorliegenden Analysen waren aufgrund der Beschränktheit der den Gutachtenden zur Verfügung stehenden § 21-Daten des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG)-in vielen Fällen auf Sachsen-Anhalt begrenzt. Die Analysen in diesem Gutachten und das Beispiel der gemeinsamen Krankenhausplanung von Berlin und Brandenburg seit einigen Jahren lassen jedoch auch gewisse Potentiale in einer Abstimmung und gemeinsamen Planung vermuten, um einerseits der Bevölkerung in den Grenzregionen eine zeitnahe und qualitativ hochwertige Versorgung zu garantieren und andererseits die knappen Ressourcen insbesondere hinsichtlich des Personals optimal zu berücksichtigen.

Eine Abstimmung zwischen den Ländern sollte dabei insbesondere die Kapazitäten in den Grenzregionen aber auch die Vorhaltung von Strukturen für sehr komplexe und seltene Erkrankungen in beteiligten Bundesländern im Blick haben. Die Gutachtenden regen daher an, dass Sachsen-Anhalt mit einem oder mehreren anliegenden Bundesländern eine Analyse zu vorgehaltenen Kapazitäten und deren Erreichbarkeit initiiert mit dem Ziel, die Potentiale einer gemeinsamen Planung und Steuerung zu evaluieren.

Empfehlung 10: Datengrundlagen für das Monitoring und die Steuerung der ambulanten und stationären Versorgung stärken

Für das regelmäßige Monitoring der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen im Hinblick auf die Kapazitäten, den Zugang und die Qualität der erbrachten Leistungen sind umfassende Daten und Informationen in analysierbarer Form im MS vorzuhalten und zu pflegen. Dazu müssen verschiedene Datenquellen (zum Beispiel stationäre und ambulante Abrechnungsdaten, Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung) und Datenstände verfügbar und miteinander verknüpfbar sein.

Empfehlung 11: Begleitung des Abbaus von überschüssigen Bettenkapazitäten

Die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt verzeichnen seit einigen Jahren im deutschlandweiten Vergleich eine geringe Bettenauslastung. Im Jahr 2019 lag sie bei 74 Prozent und in 2021 bei 63 Prozent und damit jeweils an letzter Stelle im Bundesländerranking.⁵³⁸ Dies ist ein klarer Hinweis dafür, dass für den Bedarf zu viele Betten vorgehalten werden. Aufgrund der prognostizierten weiter sinkenden Fallzahlen wird die Auslastung bei gleichbleibender Bettenzahl entsprechend weiter sinken. Perspektivisch werden bis 2035 rund 2.000 bis 4.000 vollstationäre Betten weniger benötigt, wenn die Auslastung der stationären Betten wieder bei 80 Prozent liegen soll und eine Ambulantisierung weiterer Leistungen erfolgt. Ein nicht unerheblicher Teil des ausgewiesenen Bettenrückgangs geht dabei auf die Erhöhung der Bettenauslastung von aktuell rund 74 Prozent (Niveau von vor der Covid-19-Pandemie) auf eine Zielauslastung von 80 Prozent zurück. Die Erhöhung der Zielauslastung der stationären Betten führt zu einer Reduktion, abhängig vom Prognoseszenario, zwischen 900 und 1.100 bisher nicht benötigter Betten. Es darf bezweifelt werden, dass alle aufgestellten Betten überhaupt betrieben werden könnten, weil das notwendige Personal nicht in vollem Umfang vorhanden ist. Es ist daher möglich, diese nicht genutzten Betten abzubauen, ohne eine Verschlechterung der Versorgungssituation herbeizuführen. In Einzelfällen können die betriebenen Kapazitäten verringert und so die Kosten gesenkt werden. Ebenso kann in Einzelfällen dringend benötigtes Fachpersonal reduziert und an anderer Stelle eingesetzt werden.

Finanzielle Mittel zur Reduktion des Leistungsangebotes stehen auf Bundesebene nur in ausgewählten Fällen zur Verfügung. Soweit nicht andere Förderungen vorhanden sind, sollte das Land den Abbau beziehungsweise Umbau der Krankenhauslandschaft mit ausreichenden organisatorischen und finanziellen Mitteln unterstützen.

⁵³⁸ Selbstauskunft der Krankenhäuser

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, durch deren Unterstützung und konstruktiven Austausch die Erstellung dieses Gutachtens ermöglicht wurde. Unser Dank gilt allen Krankenhäusern, die durch ihre Teilnahme an der Onlinebefragung einen wertvollen Beitrag zur Darstellung der Situation der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt beigetragen haben.

Des Weiteren möchten wir uns bei dem Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt, dem Ministerium der Finanzen sowie dem Statistischen Landesamt für ihre Unterstützung und die Bereitstellung relevanter Informationen bedanken. Ein Dank gilt auch den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, des Landesverwaltungsamtes, den Vertretern und Vertreterinnen der kreisfreien Städte und der Landkreise, dem Ministerium für Wissenschaft, Energie, Klimaschutz und Umwelt, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt sowie der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V.. Abschließend möchten wir den Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen und privaten Krankenkassen unseren Dank aussprechen. Durch ihre Teilnahme und ihren Beitrag haben alle Genannten zu einer breiten Perspektive und einem ganzheitlichen Blick auf das Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt beigetragen.

Anhang