



Krankenhausplan des Freistaates Sachsen

Stand: 1. Januar 2012 (10. Fortschreibung)



Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Bekanntmachung

**des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz
zum Krankenhausplan des Freistaates Sachsen
Stand: 1. Januar 2012 (10. Fortschreibung)
vom 10. Januar 2012**

Gemäß § 4 Absatz 4 des Gesetzes zur Neuordnung des Krankenhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz-SächsKHG) vom 19. August 1993 (SächsGVBl. S. 675), zuletzt geändert durch Artikel 49 des Gesetzes zur Neuordnung der Sächsischen Verwaltung (Sächsisches Verwaltungsneuordnungsgesetz – SächsVwNG) vom 29. Januar 2008 (SächsGVBl. S. 138, 177), gibt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, Stand: 1. Januar 2012 (10. Fortschreibung) vom 10. Januar 2012 bekannt:

Inhaltsübersicht

Teil I - Allgemeine Grundsätze

	Seite
1	Ausgangssituation4
1.1	Bevölkerungsentwicklung.....5
1.2	Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung6
1.2.1	Bettenentwicklung6
1.2.2	Leistungsentwicklung8
1.2.3	Verweildauer10
1.2.4	Einzugsgebiet der Krankenhäuser10
1.3	Ambulante Versorgung im Krankenhaus11
1.3.1	Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....11
1.3.2	Hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V.....11
1.3.3	Notfallambulanzen12
1.4	Personal.....13
2	Krankenhausplan des Freistaates Sachsen..... 14
2.1	Rechtsgrundlagen14
2.2	Funktion des Krankenhausplanes15
2.3	Inhalt des Krankenhausplanes15
2.4	Krankenhausstrukturen und Fachgebiete16
2.4.1	Allgemein- und Fachkrankenhäuser16
2.4.2	Versorgungsstufen.....16
2.4.3	Zentren17
2.4.4	Fachgebiete17
2.5	Belegarztsystem17
2.6	Tagesklinische Versorgung im Krankenhaus.....18
2.7	Notfallversorgung18
2.8	Beteiligung an der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst.....18
3	Rahmenbedingungen der Krankenhausplanung 19
3.1	Demografische Entwicklung19
3.2	Demografiebedingte Entwicklung der Krankenhausleistungen20
3.3	Medizinischer Fortschritt, Verhaltensänderungen.....22
3.4	Finanz- und Personalressourcen.....23
3.5	Transsektorale Vernetzung und Substitution23

3.6	Verschärfung des Wettbewerbs um den Patienten.....	24
4	Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfes	25
4.1	Einflussfaktoren auf die Krankenhausplanung.....	25
4.2	Methode zur Bedarfsberechnung	25
4.3	Einwohnerzahl (EW)	25
4.4	Krankenhaushäufigkeit (KHH) und Fallzahl.....	26
4.5	Verweildauer	27
4.5.1	Einrichtungsspezifische Verweildauer (VD_{KH})	27
4.5.2	Krankenhausindividuelle Durchschnitts-Verweildauer ($VD_{\emptyset KH}$)	27
4.6	Bettennutzungsgrad	27
5	Besondere Aufgaben und Fachprogramme	29
5.1	Fachbereich Innere und Allgemeinmedizin.....	29
5.1.1	Versorgung geriatrischer Patienten	29
5.1.2	Palliativstationen	29
5.1.3	Spezialisierte kardiologische Leistungen.....	30
5.1.4	Versorgung hochkontagiöser Infektionskranker.....	30
5.1.5	Spezialisierte Adipositasbehandlungen	30
5.2	Chirurgie	31
5.2.1	Versorgung Schwerbrandverletzter	31
5.2.2	Spezialisierte septische Chirurgie	31
5.3	Versorgung neurologisch Erkrankter	31
5.3.1	Versorgung von Schlaganfallpatienten	31
5.3.2	Neurologische Frührehabilitation Phase B.....	32
5.4	Kinder- und Jugendmedizin.....	32
5.5	Transplantationen	33
5.5.1	Transplantationszentren nach Transplantationsgesetz.....	33
5.5.2	Stammzell-/Knochenmarktransplantation	33
5.6	Tumorzentren/Klinisches Krebsregister.....	33
5.7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlear-Implantation.....	34
6	Ausbildungsstätten	35

Teil II - Einzelangaben

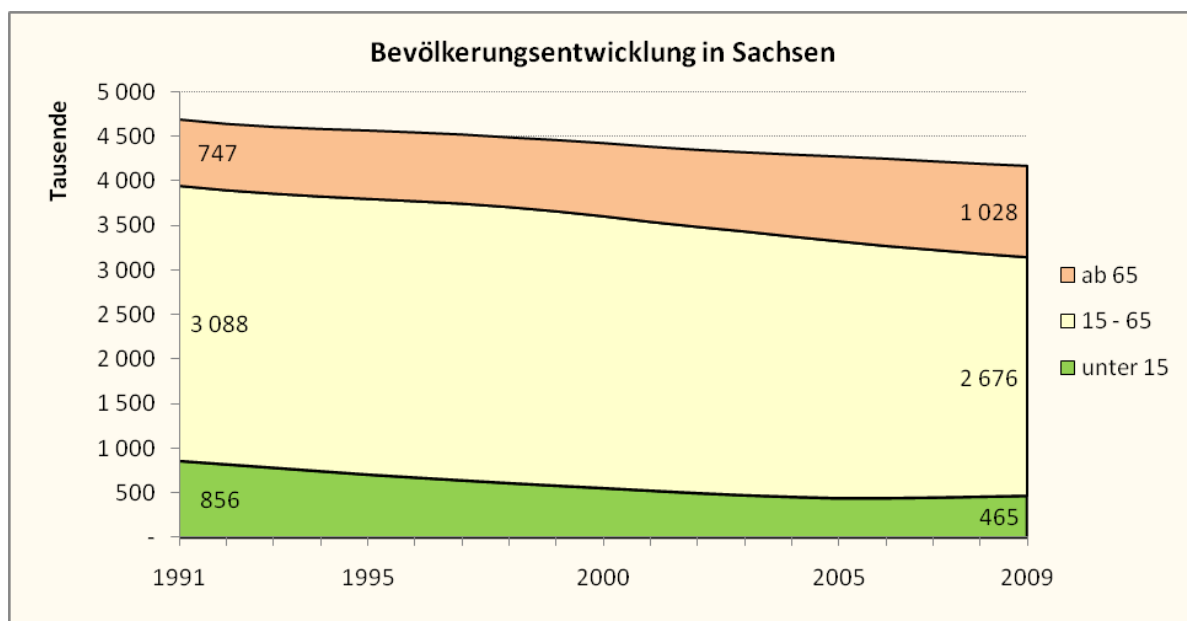
		Seite
Abschnitt A	Krankenhäuser im Freistaat Sachsen einschließlich Universitätsklinik, gegliedert nach Direktionsbezirken, Kreisfreien Städten und Landkreisen	36
Abschnitt B	Ausbildungsstätten mit Ausbildungsplätzen in Gesundheitsfachberufen an sächsischen Krankenhäusern	59
Abschnitt C	Übersichten	
Ü1	Übersichtskarte – Krankenhäuser im Freistaat Sachsen	60
Ü2	Geförderte Krankenhäuser und Krankenhausbetten in den Direktionsbezirken, aufgeschlüsselt nach Versorgungsstufen und Trägerschaften	61
Ü3	Krankenhäuser nach Versorgungsstufen und Fachgebieten in den Kreisfreien Städten und Landkreisen	62
Ü4	Krankenhäuser mit tagesklinischen Plätzen in den Fachgebieten Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	70
Legende der Abkürzungen		72

1 Ausgangssituation

1.1 Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerung im Freistaat Sachsen hat seit dem Jahr 1991 um 11 % auf 4.168.732 Einwohner (Stand 31.12.2009) abgenommen. Im gleichen Zeitraum ist jedoch das Durchschnittsalter von 39,8 Jahre um 15 % auf 45,9 Jahre gestiegen.

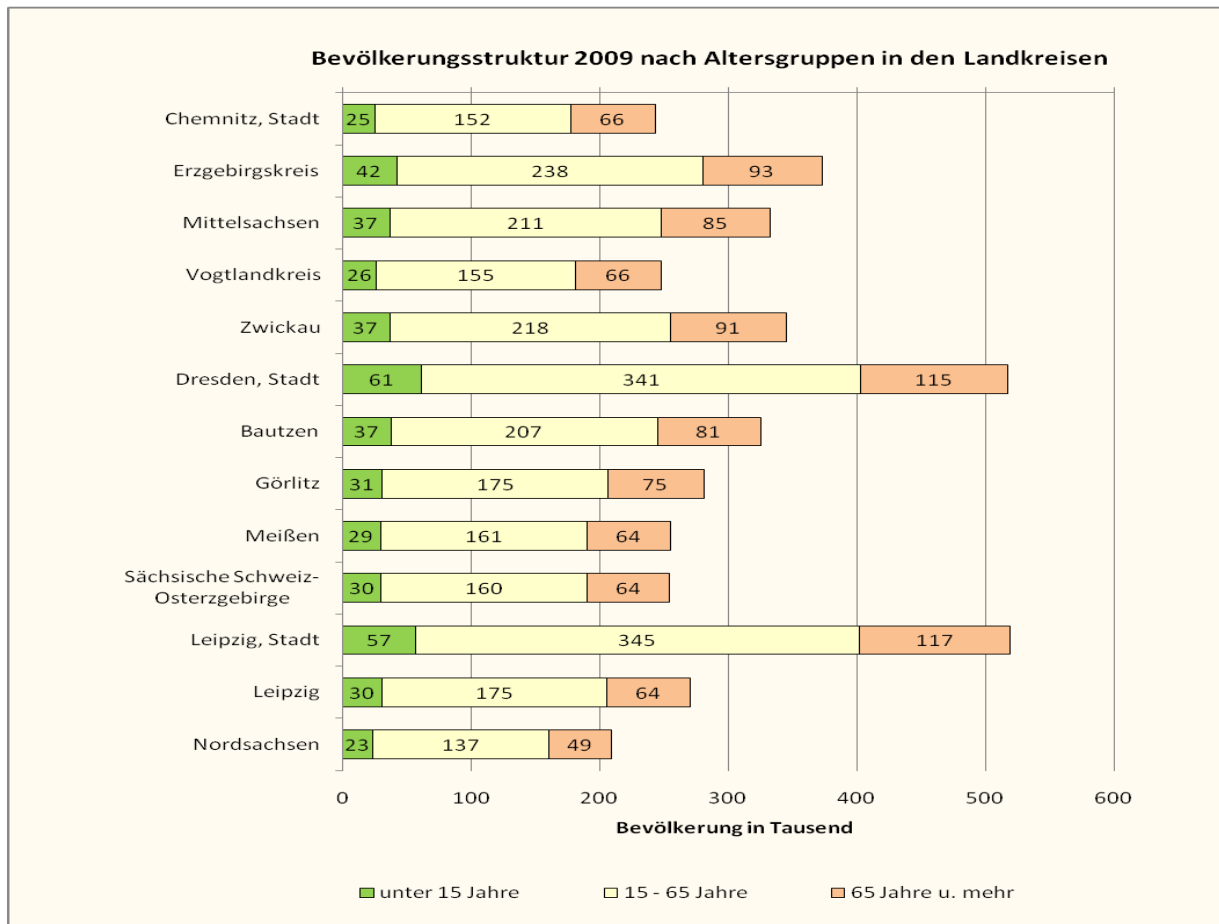
Der Anteil der über 65-jährigen Einwohner an der Gesamtbevölkerung stieg in diesem Zeitraum von 15,9 % auf 24,7 %. Gleichzeitig reduzierte sich der Anteil der unter 15-Jährigen von 18,2 % auf 11,1 %. Die absolute Bevölkerungszahl dieser Altersgruppe hat sich fast halbiert.



Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen

Bis auf die Stadt Dresden mit einem Bevölkerungszuwachs von 2 % hat sich im Zeitraum 1991-2009 in allen Regionen ein Bevölkerungsrückgang mit unterschiedlicher Intensität vollzogen – von 2 % in der Stadt Leipzig bis über 21 % in der Stadt Chemnitz und im Landkreis Görlitz.

Die Altersgruppe ab 65 Jahre hat in allen Kreisfreien Städten und Landkreisen zahlenmäßig um mehr als 25 % zugenommen, am stärksten im Landkreis Bautzen mit 53,5 %. Der Rückgang bei den unter 15-Jährigen bewegte sich von 34 % in der Stadt Dresden bis 56 % im Landkreis Görlitz.



Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen

Absolut betrachtet hatten die Krankenhäuser in den kreisfreien Städten Dresden und Leipzig im Jahr 2009 die meisten über 65-Jährigen zu versorgen. Der relative Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung war jedoch in der Stadt Chemnitz mit über 27 % sowie in den Landkreisen Vogtlandkreis, Zwickau und Görlitz mit jeweils über 26 % am höchsten.

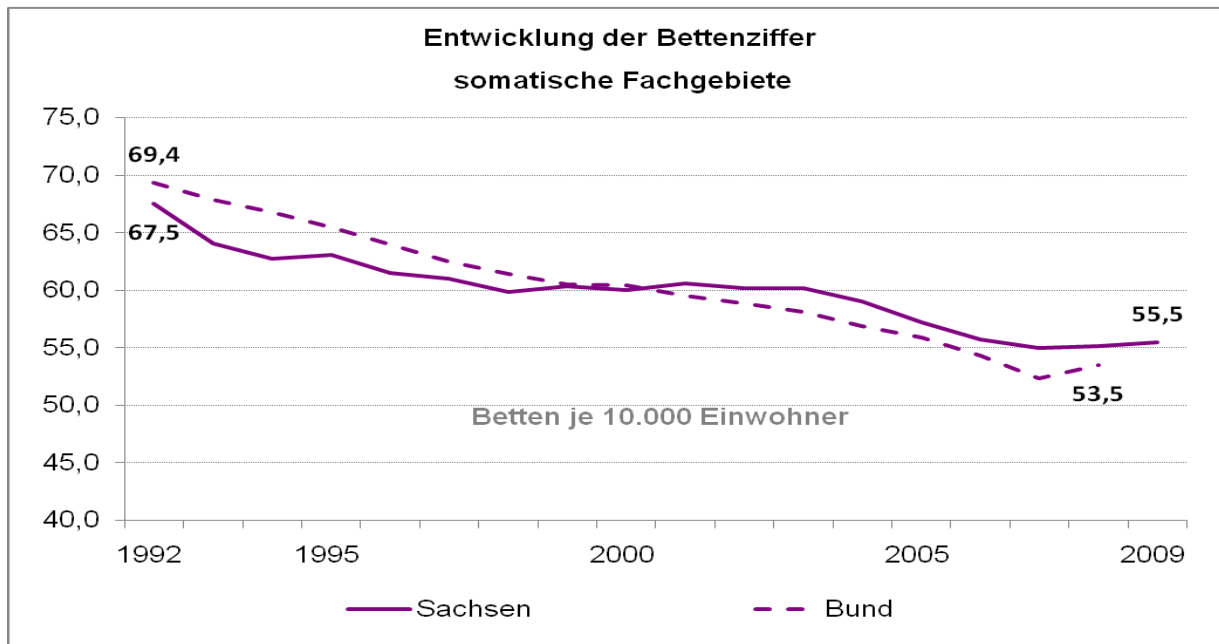
Der Anteil der unter 15-Jährigen lag im Jahr 2009 zwischen 10,2 % in der Stadt Chemnitz und 11,9 % in der Stadt Dresden.

1.2 Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung

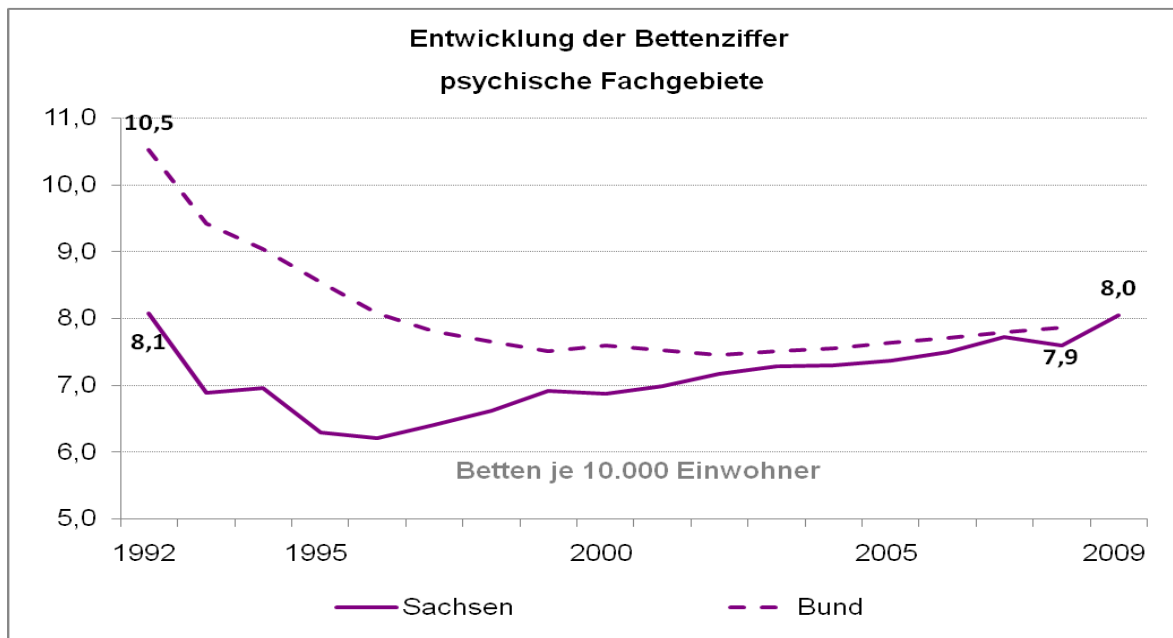
1.2.1 Bettenentwicklung

Die Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten ist in Sachsen – entsprechend dem Bundestrend - seit vielen Jahren rückläufig. So hat sich in dem Zeitraum 1992 bis 2009 die Zahl der aufgestellten Krankenhausbetten¹ je 10.000 Einwohner (Bettenziffer) in den somatischen Fachgebieten in Sachsen um 18 % und bundesweit um 23 % reduziert.

¹ Grunddaten der Krankenhausstatistik für den Zeitraum 1992-2009, veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt bzw. Statistischem Landesamt Sachsen

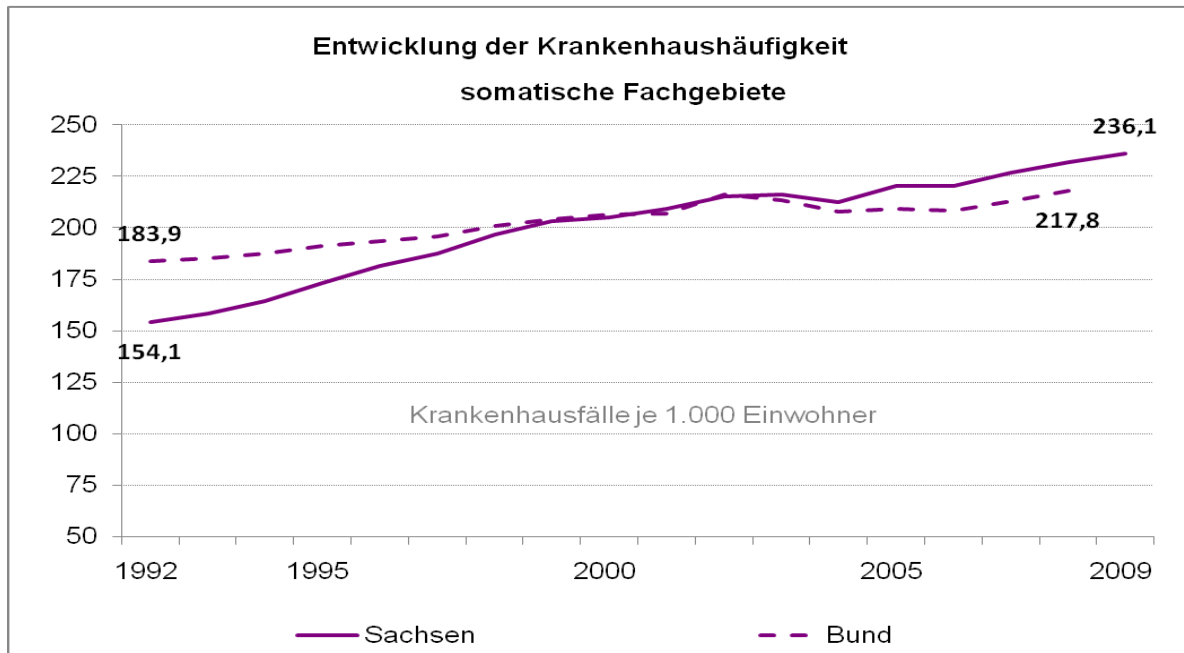


In den psychischen Fachgebieten ging die Bettendichte in Sachsen zunächst auf 6,2 Betten je 10.000 Einwohner im Jahr 1996 zurück, hat aber im Jahr 2009 fast den Stand von 1992 wieder erreicht. Im Bundesdurchschnitt ist die Bettenziffer im Zeitraum 1992-2009 um 24 % gesunken, wobei auch hier seit 2003 ein leichter Anstieg zu beobachten ist.

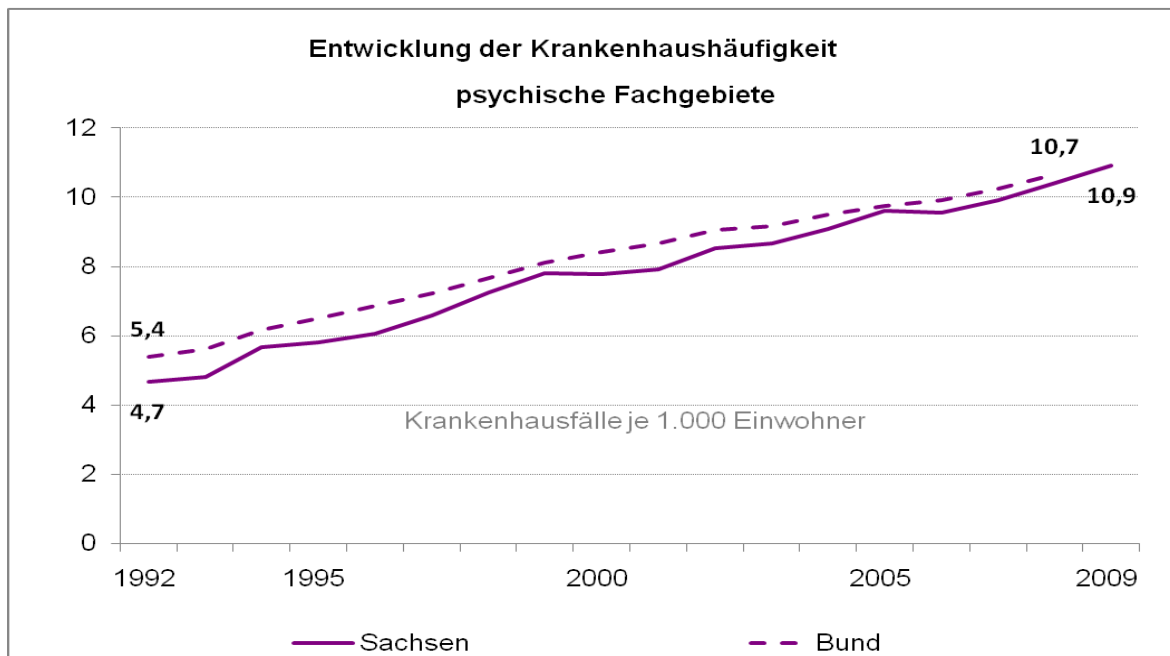


1.2.2 Leistungsentwicklung

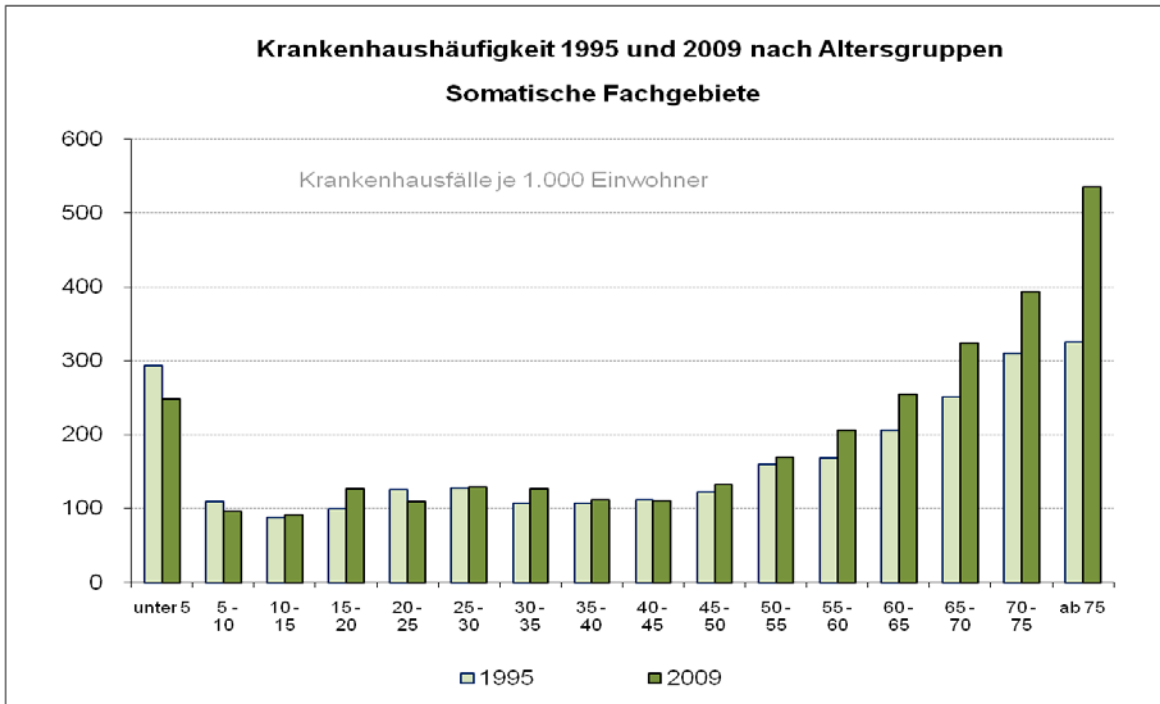
Dem Rückgang der Krankenhaus- und Bettendichte steht ein signifikanter Anstieg der Fallzahlen seit 1992 gegenüber. So sind die somatischen Krankenhaufälle je 1.000 Einwohner in Sachsen um 53 % gestiegen, im Bundesdurchschnitt betrug der Anstieg nur 18 %.



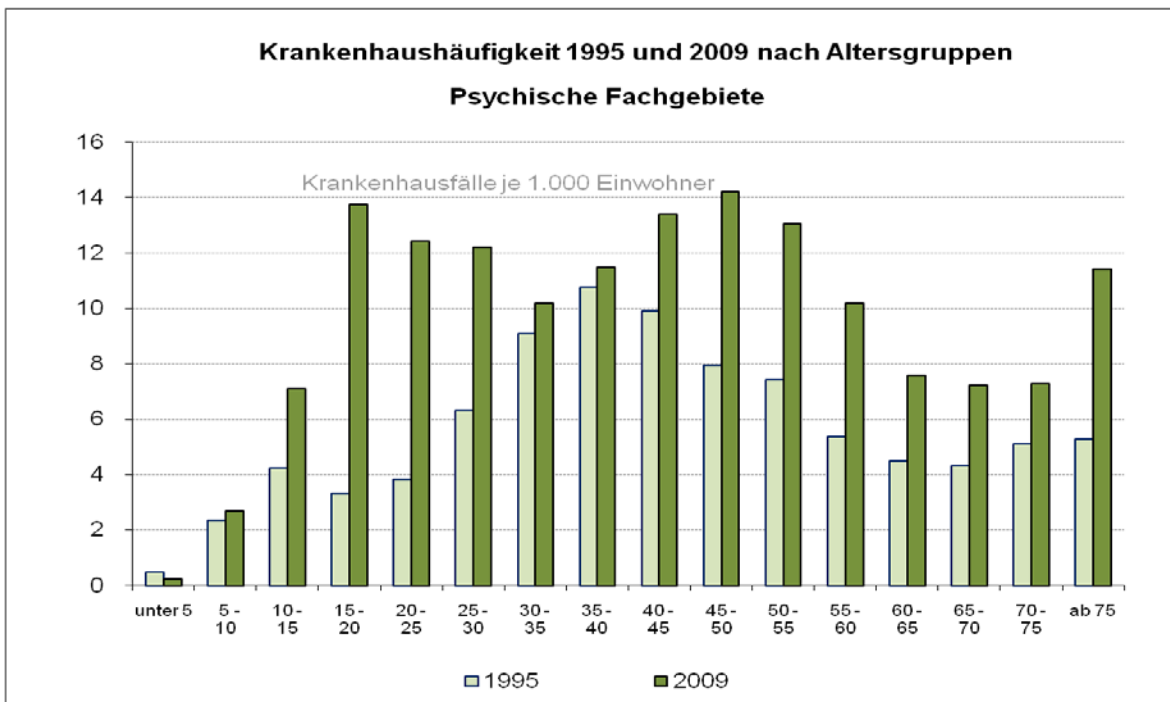
Noch weit dynamischer ist der Anstieg bei den psychischen Fachgebieten. Hier ist die Krankenhaushäufigkeit in Sachsen um 132 % gestiegen, bundesweit um 98 %.



Der Anstieg der Krankenhaushäufigkeit lässt sich allein mit der demografiebedingt gestiegenen Morbidität nicht erklären. So ist seit 1995 auch innerhalb der Alterskohorten die Krankenhaushäufigkeit gestiegen, wobei die Zunahme mit fast 64 % in der Altersgruppe der über 75-Jährigen besonders stark ausfällt.

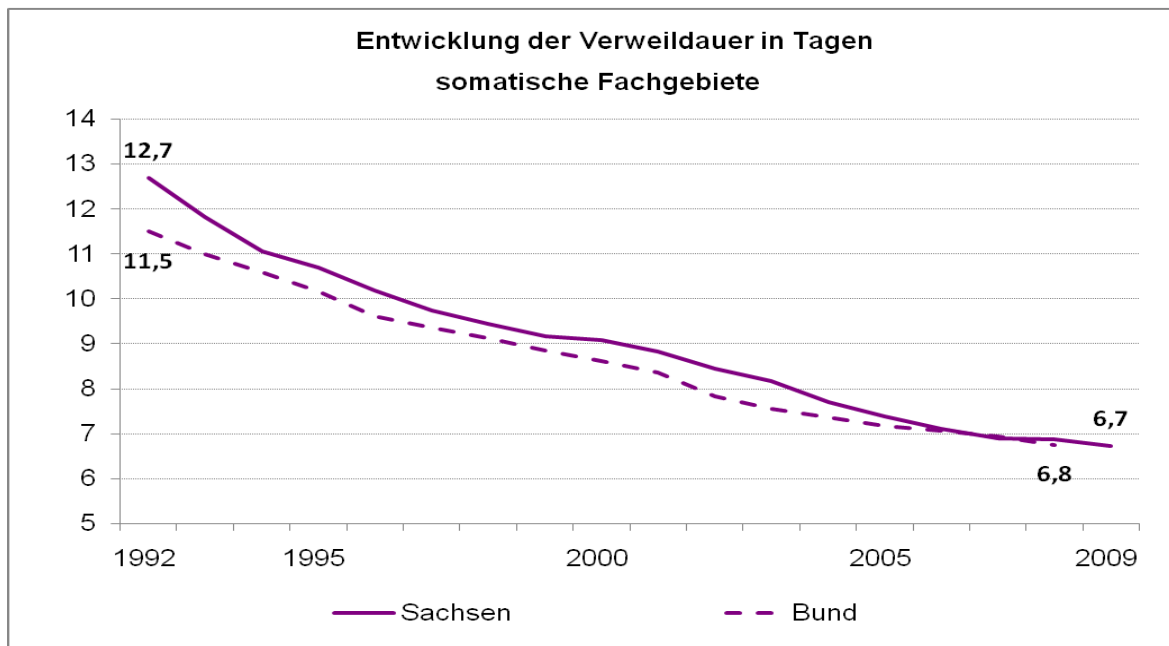


Noch wesentlich stärker ist die Krankenhaushäufigkeit – und das in nahezu allen Altersgruppen - in den psychischen Fachgebieten gestiegen, bei den 15-25-Jährigen hat sie sich sogar auf das Drei- bis Vierfache erhöht.

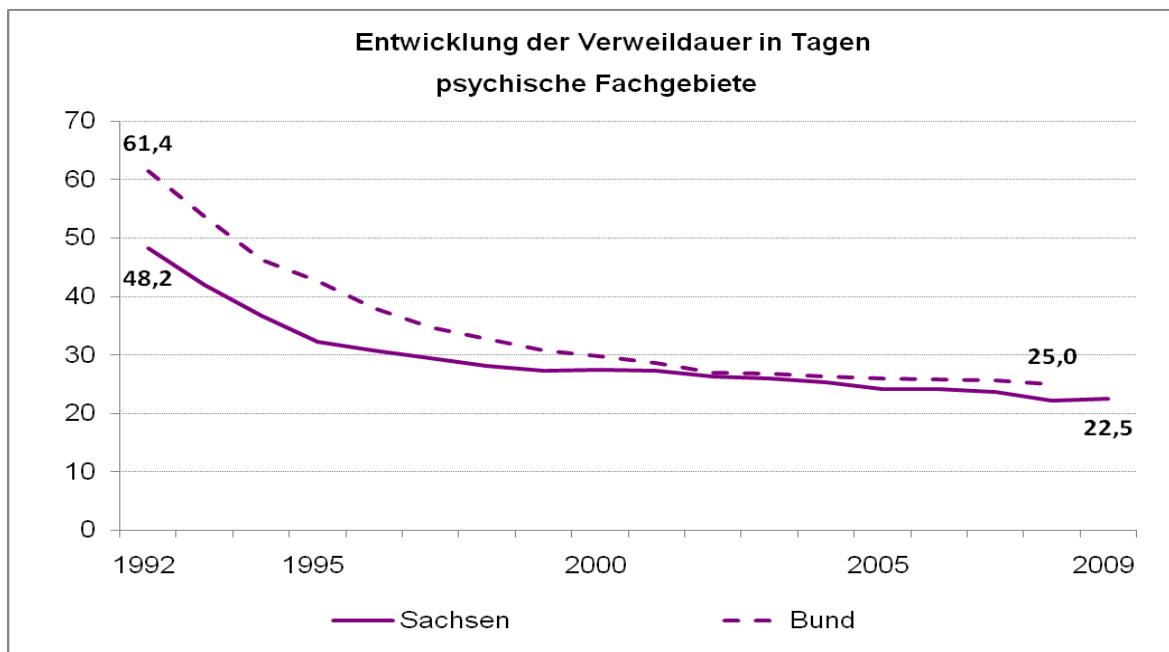


1.2.3 Verweildauer

Parallel zum Bundestrend hat sich die durchschnittliche Verweildauer in den somatischen Fachgebieten im Zeitraum 1992-2009 in Sachsen von 12,7 Tage auf 6,7 Tage reduziert.



Die Verweildauer in den psychischen Fachgebieten hat sich in Sachsen um 46 % reduziert, im Bundesdurchschnitt um 40 %.



1.2.4 Einzugsgebiet der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser dienen überwiegend der stationären Versorgung von Patienten aus Sachsen. In den Krankenhäusern des Freistaates Sachsen wurden im Jahr 2009 mehr als 950.000

stationäre Fälle behandelt, davon 4,8 % aus anderen Bundesländern und 0,1 % ausländische Patienten.

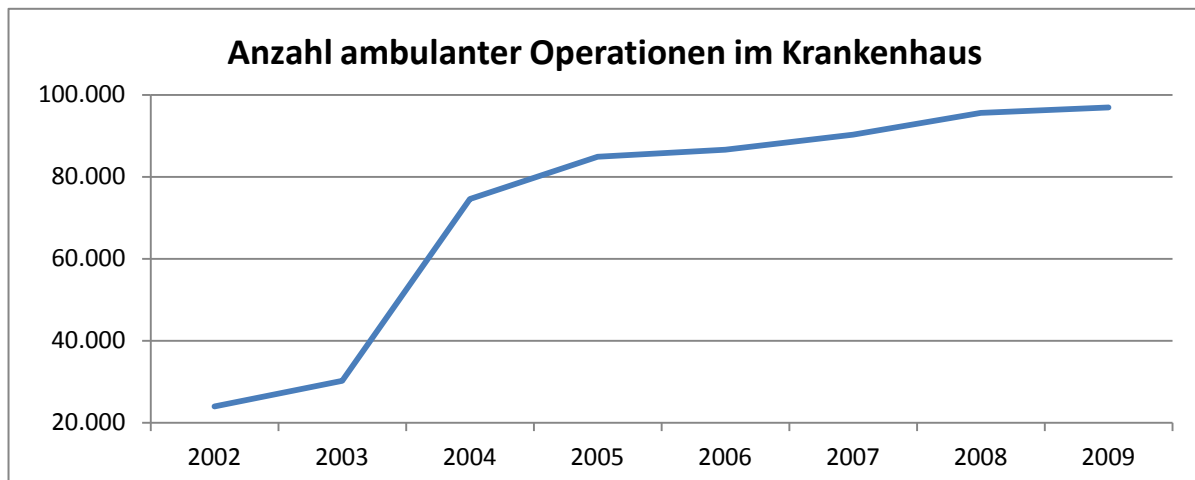
1.3 Ambulante Versorgung im Krankenhaus

Neben der klassischen stationären Behandlung erbringen die sächsischen Krankenhäuser im zunehmenden Maße auch nichtstationäre Leistungen. Damit leisten sie heute einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermächtigungen ▪ Ambulantes Operieren ▪ Vor- und nachstationäre Leistungen ▪ Hochschulambulanzen ▪ Hochspezialisierte Leistungen § 116b SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrische Institutsambulanzen ▪ Spezialambulanzen an Kinderkliniken ▪ Notfallambulanzen ▪ Integrierte Versorgung ▪ Medizinische Versorgungszentren
---	---

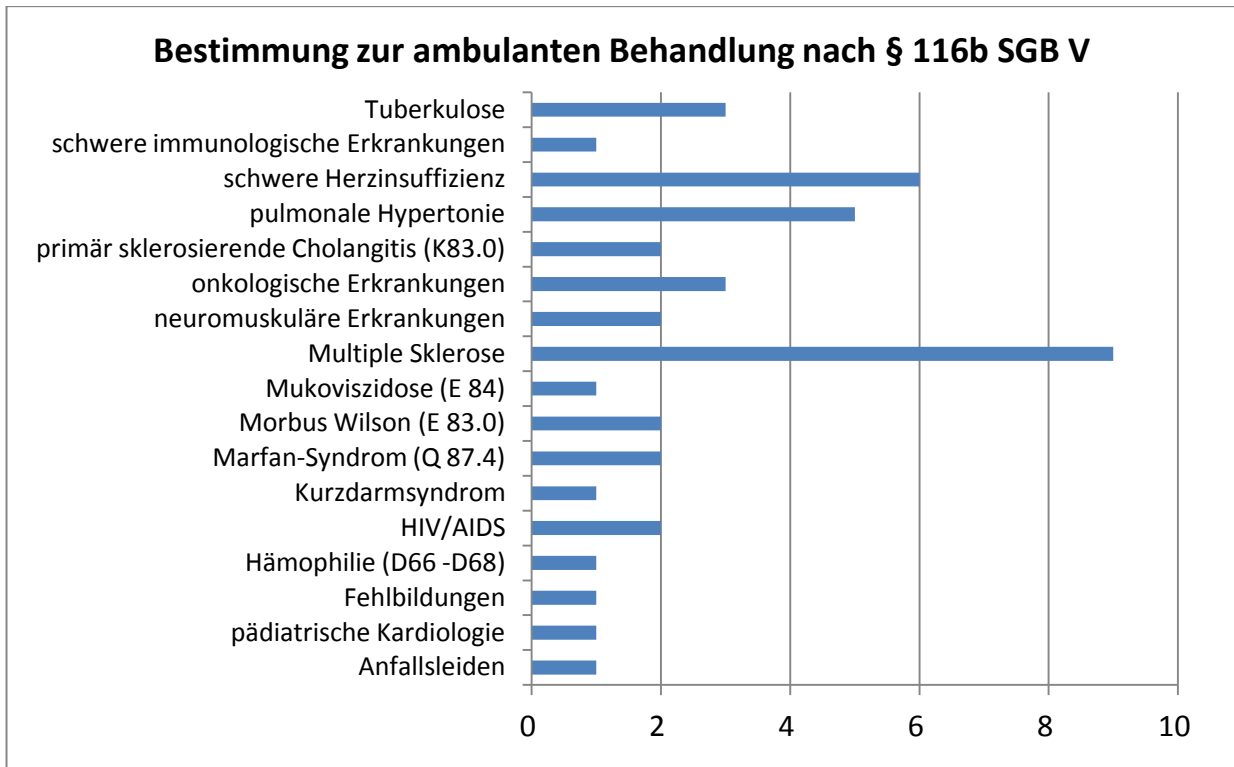
1.3.1 Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Mit dem In-Kraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes zum 01.01.1993 wurde den Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt, bestimmte Operationen auch ambulant durchzuführen. Die Zahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus ist - bedingt durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen - in den letzten Jahren stark gestiegen.



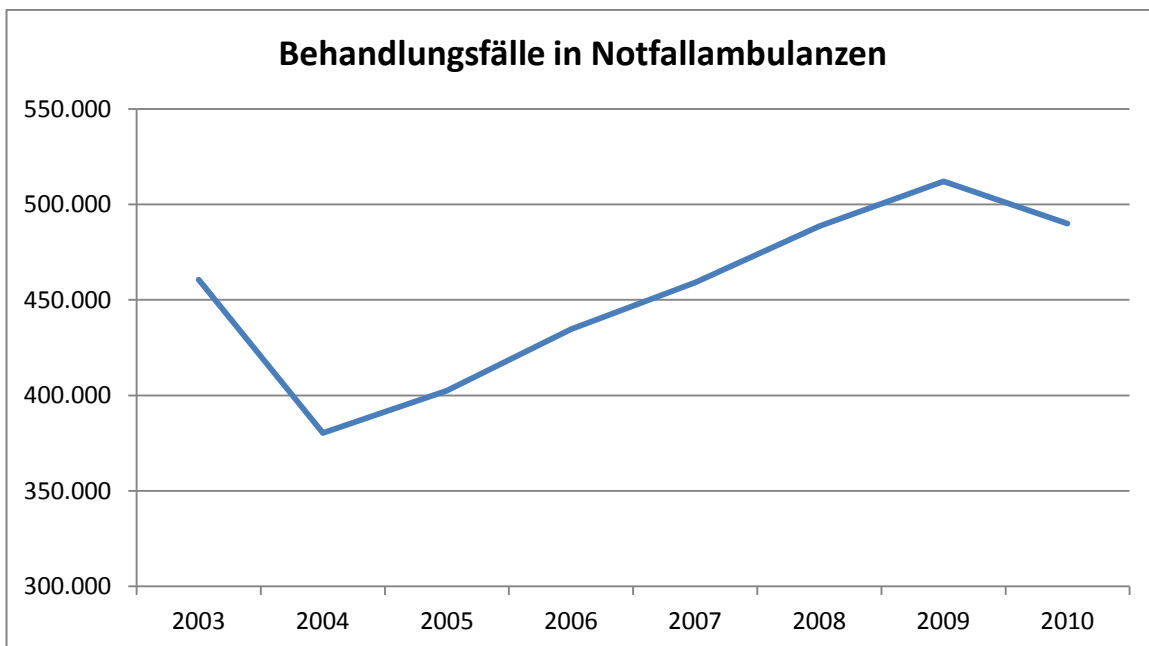
1.3.2 Hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V

Mit dem In-Kraft-Treten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01.04.2007 sind Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen, Behandlungen seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, sofern sie im Rahmen der Landeskrankenhausplanung nach einem entsprechenden Antrag unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden sind. Im Freistaat Sachsen wurden 43 Bestimmungen erlassen, die sich auf folgende Erkrankungen beziehen:



1.3.3 Notfallambulanzen

Die Notfallambulanzen der sächsischen Krankenhäuser verzeichneten nach Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 eine kontinuierlich steigende Inanspruchnahme. Dies galt für die Krankenhäuser in ländlichen Regionen gleichermaßen wie in Ballungszentren. Das Jahr 2010 war wieder von einem Absinken der Fallzahlen gekennzeichnet.

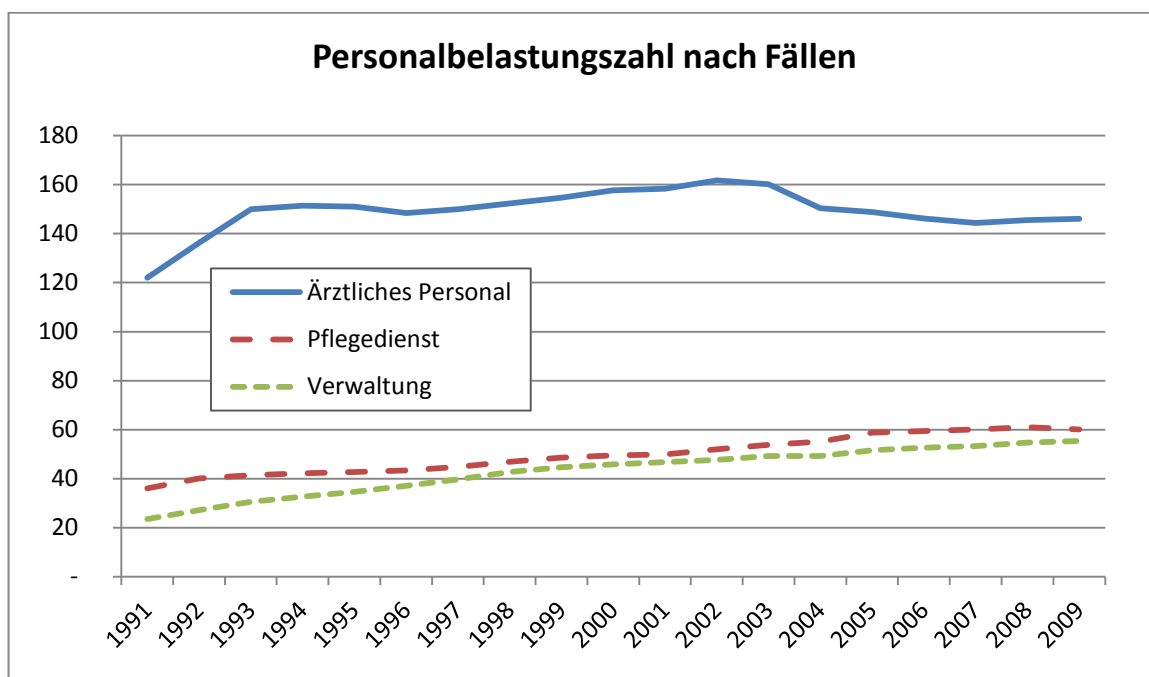


Die Ursachen dieser Entwicklung liegen nicht nur in der zunehmenden Ausdünnung der vertragsärztlichen Versorgung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, sondern auch in einem sich verändernden Anspruchsverhalten der Patienten, die eine medizinische Behandlung auch außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der Arztpraxen wünschen.

1.4 Personal

Am 31.12.2009 waren in den Krankenhäusern in Sachsen 40.267 Vollkräfte (VK), darunter 6.641 hauptamtliche Ärzte, 16.122 VK im Pflegedienst und 17.504 VK sonstiges nichtärztliches Personal, beschäftigt. Während die Anzahl der Ärzte seit 1991 um rund 26 % gestiegen ist, haben das Pflegepersonal um knapp 10% und das Verwaltungspersonal um 36% abgenommen.

Dabei ist einerseits - insbesondere bedingt durch die Arbeitszeitgesetzgebung - das geleistete Arbeitsvolumen des Ärztlichen Dienstes in den Krankenhäusern im gleichen Zeitraum nur um rund 9,3 % gestiegen² und andererseits haben die Fallzahl sowie das Fallspektrum deutlich zugenommen. Die Personalbelastungszahl nach Fällen, d.h. die Anzahl der Patienten, die eine Vollkraft durchschnittlich im Berichtsjahr zu betreuen hat, ist in allen drei Vergleichsgruppen gestiegen:



² vgl. Analyse der Bundesärztekammer zur Pressekonferenz der Arztlentwicklung am 21. April 2009 in Berlin

2 Krankenhausplan des Freistaates Sachsen

2.1 Rechtsgrundlagen

Ausgehend von dem im Grundgesetz verbrieften Sozialstaatsprinzip ist der Staat verpflichtet, im Rahmen der Daseinsvorsorge auch die medizinische Versorgung durch Krankenhäuser sicherzustellen. Der Bundesgesetzgeber hat von der in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG ihm für die Krankenhausfinanzierung zugewiesenen konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz mit dem Gesetz zur Wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) nur eingeschränkt Gebrauch gemacht und die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung mit Krankenhausleistungen weitgehend den Ländern überlassen. Den dadurch den Ländern eröffneten Gestaltungsspielraum füllt im Freistaat Sachsen das Gesetz zur Neuordnung des Krankenhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz - SächsKHG) aus.

Ziel dieses Gesetzes ist es, im Freistaat Sachsen eine bedarfsgerechte und humane Versorgung der Bevölkerung in leistungsfähigen sowie sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen, die in struktureller, funktioneller, bautechnischer und hygienischer Hinsicht modernen Anforderungen entsprechen. Dabei sind folgende Planungsgrundsätze zu berücksichtigen:

1. Die bedarfsgerechte Patientenversorgung soll unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte durch ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates verteilter, einander ergänzender Krankenhäuser sichergestellt werden.
2. Die Strukturen, die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser sind unter Berücksichtigung des medizinischen, medizinisch-technischen und des pflegerischen Fortschritts sowie der demographischen Entwicklung kontinuierlich weiterzuentwickeln.
3. Die Erfordernisse der Raumordnung sowie regionale Versorgungsbelange und -interessen sind zu berücksichtigen.
4. Bei Universitätsklinika und akademischen Lehrkrankenhäusern sind die Belange der Forschung und Lehre angemessen zu berücksichtigen.
5. Das Zusammenwirken der Träger der gesundheitlichen Versorgung ist zu fördern. Die stationäre Krankenversorgung soll durch das Angebot häuslicher Krankenpflege, teilstationäre Betreuung, Psychiatrische Institutsambulanzen, vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren in vertretbarem Umfang entlastet werden.
6. Die Vielfalt der Krankenhausträger ist zu fördern; freigemeinnützigen und privaten Trägern ist ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung zu geben.

§ 3 SächsKHG verpflichtet das zuständige Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, einen Krankenhausplan für das Gebiet des Freistaates Sachsen gemäß § 6 KHG aufzustellen und ihn in der Regel im Drei-Jahresrhythmus fortzuschreiben. Der Krankenhausplan weist gemäß § 4 Abs. 1 SächsKHG den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die Ausbildungsstätten und dazugehörige Ausbildungskapazitäten der Ausbildungsstätten nach § 2 Abs. 1a KHG aus.

2.2 Funktion des Krankenhausplanes

Der Krankenhausplan hat eine Doppelfunktion. Er ist Instrument, mit dem der Freistaat Sachsen

1. den konkreten Bedarf an stationären Krankenhauskapazitäten feststellt und
2. bestimmt, welche Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und damit nach Maßgabe des KHG und des SächsKHG gefördert werden.

Die zehnte Fortschreibung des Krankenhausplanes legt ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter Krankenhäuser fest, die in ihrem diagnostischen und therapeutischen Leistungsangebot aufeinander abgestimmt sind. Diese Fortschreibung des Krankenhausplanes enthält für den Freistaat Sachsen Aussagen, an welchem Standort, für welche Zweckbestimmung, in welcher Zahl und Größe Krankenhäuser vorhanden sein müssen, um eine leistungsfähige Versorgung der Bevölkerung im Sinne der gesetzlichen Zielstellungen zu sichern. Jede Planung ist ein kontinuierlicher Vorgang. Die Mitglieder des Sächsischen Krankenhausplanungsausschusses haben eine Fortschreibung für die Jahre 2012 und 2013 bestimmt. Mit der Vorlage der zehnten Fortschreibung des Krankenhausplanes erfolgt nach wie vor keine Festschreibung im Bereich der Krankenhausversorgung in Sachsen. Dies bedeutet insbesondere, dass die im Teil II aufgeführten Krankenhäuser stets unter dem Vorbehalt der gesetzlich vorgeschriebenen Anpassung an den tatsächlichen Bedarf aufgenommen sind. Daraus folgt, dass Krankenhäuser, soweit nicht medizinisch leistungsfähig oder bedarfsnotwendig, aus dem Krankenhausplan herausgenommen und/oder die aufgenommenen Fachgebiete bzw. die Gesamtbettenzahl dem Bedarf entsprechend angepasst werden können.

Um einen notwendigen strukturellen Umbau der Krankenhausversorgung zu ermöglichen und zu unterstützen, erfordert die Krankenhausplanung eine enge Abstimmung mit der Investitionsplanung sowie die bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung gemäß § 10,11 SächsKHG.

2.3 Inhalt des Krankenhausplanes

Teil I enthält allgemeine Grundsätze und Bestimmungen der Krankenhausplanung im Freistaat Sachsen, die auf dem SächsKHG beruhen. Diese Grundsätze berücksichtigen auch die Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie die maßgeblich unter 3. benannten Einflussfaktoren.

Teil II, Abschnitt A, enthält alle Plankrankenhäuser im Freistaat Sachsen sowie deren Betriebsstätten (sofern außerhalb des Hauptortes) mit Angaben zum Krankenhausträger, zu den Fachgebieten und der Anzahl der Gesamtbetten, die für die Akutversorgung der Bevölkerung bedarfsnotwendig sind, sowie die Zuordnung als Allgemeinkrankenhaus der Regel-, Schwerpunkt- oder Maximalversorgung bzw. als Fachkrankenhaus.

Die Betten der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind separat ausgewiesen.

Das Versorgungsgebiet umfasst den Gesamttraum des Freistaates Sachsen. Die Gliederung erfolgt in Anlehnung an die bisherigen Direktionsbezirke nach drei regionalen Planungsregionen (Südsachsen, Ostsachsen und Westsachsen) mit den Kreisfreien Städten und Landkreisen gemäß dem Sächsischen Kreisgebietsneuordnungsgesetz und in Anlehnung an das Landesplanungsgesetz.

Teil II, Abschnitt B, enthält die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten (vgl. § 2 Nr. 1a, § 8 Abs. 3, § 17 a KHG, § 2 Abs. 4 SächsKHG), gegliedert nach den einzelnen Gesundheitsfachberufen unter Angabe der Anzahl der Ausbildungsplätze.

Teil II, Abschnitt C, enthält eine Übersichtskarte der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen (Ü1) und Übersichten der geförderten Krankenhäuser und Krankenhausbetten nach Versorgungsstufen und Trägerschaften (Ü2), Zusammenstellung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen, Fachgebieten und Gesamtbettenzahl (Ü3) sowie tagesklinische Plätze in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ü4).

2.4 Krankenhausstrukturen und Fachgebiete

2.4.1 Allgemein- und Fachkrankenhäuser

Allgemeinkrankenhäuser sind Einrichtungen, die die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 KHG und § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, ohne dass in der Regel ein bestimmtes Fachgebiet im Vordergrund steht.

Fachkrankenhäuser sind Krankenhäuser, die nur Kranke bestimmter Krankheitsarten oder bestimmter Altersstufen aufnehmen. Sie sind nach der Art der Krankheit abgegrenzte Einrichtungen, in denen überwiegend einem bestimmten Fachgebiet zugehörige Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen.

In Fachkrankenhäusern werden in der Regel Fachgebiete wie Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie vorgehalten. Darüber hinaus werden Schwerpunkte wie Herzchirurgie, Geriatrie, Pneumologie, Thoraxchirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie in Fachkrankenhäusern vorgehalten. Sie werden nicht durch Versorgungsstufen spezifiziert.

Zu den Fachkrankenhäusern gehören auch die Krankenhäuser, die sich in Trägerschaft des Freistaates Sachsen befinden (Sächsische Krankenhäuser). Sie sind in die Förderung nach dem KHG und dem SächsKHG einbezogen, soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 KHG vorliegen.

2.4.2 Versorgungsstufen

Die Krankenhausplanung hat die Aufgabe, eine ausreichende Zahl bedarfsgerechter Krankenhäuser mit entsprechenden Fachgebieten vorzusehen, damit grundsätzlich erforderliche Krankenhausleistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erbracht werden können.

Dabei werden Allgemeinkrankenhäuser der Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung sowie Fachkrankenhäuser unterschieden.

2.4.2.1 Krankenhäuser der Regelversorgung

Allgemeinkrankenhäuser der Regelversorgung dienen der wohnortnahen Patientenversorgung und halten grundsätzlich die Fachgebiete Chirurgie und Innere Medizin und Allgemeinmedizin vor.

Bei entsprechendem Bedarf können neben den Fachgebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin und Chirurgie die Fachgebiete Frauenheilkunde und Geburtshilfe und/oder Kinder- und Jugendmedizin das Angebot ergänzen. Darüber hinausgehende Entscheidungen zu weiteren Fachgebieten basieren auf der Versorgungsnotwendigkeit und Bevölkerungsdichte in

der jeweiligen Region unter Beachtung von Qualitätssicherungs- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten.

Eigene Abteilungen für einzelne Schwerpunkte eines Fachgebietes im Sinne der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer sollen sie nicht vorhalten.

2.4.2.2 Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung

Allgemeinkrankenhäuser der Schwerpunktversorgung erfüllen in Diagnose und Therapie neben der regionalen Versorgung auch überörtliche Schwerpunktaufgaben.

Die Vorhaltung von Fachgebieten erfolgt analog zu der unter Punkt 2.4.2.1 beschriebenen Methode in den Krankenhäusern der Regelversorgung, allerdings unter Beachtung des größeren Einzugsbereiches.

2.4.2.3 Krankenhäuser der Maximalversorgung

Allgemeinkrankenhäuser der Maximalversorgung sind die Universitätsklinika in Dresden und Leipzig. Ihr Leistungsangebot geht über das der Schwerpunktversorgung wesentlich hinaus.

Sie halten die entsprechenden hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtungen vor und sind unter ausreichender Berücksichtigung ihrer Aufgaben aus Lehre und Forschung in die Krankenhausplanung einzubeziehen.

Bei der Bedarfsermittlung für die Versorgungsbereiche werden die Universitätsklinika mit einbezogen, da diese neben Forschung und Lehre einen wichtigen Beitrag zur Akutversorgung der Bevölkerung leisten.

2.4.3 Zentren

Zentren im Sinne des § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG sind die im Teil II Abschnitt A explizit als solche ausgewiesenen Zentren.

2.4.4 Fachgebiete

Bei den im Krankenhausplan, Teil II, angeführten Krankenhäusern werden - in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26.11.2005 in der Fassung der Änderungssatzung vom 23.11.2007 - die Fachgebiete ausgewiesen, in denen Betten oder Plätze zur stationären oder teilstationären Aufnahme von Patienten vorgehalten werden. Eine differenziertere Zuordnung zu Schwerpunkten in den jeweiligen Fachgebieten erfolgt - mit Ausnahme bei Fachprogrammen - in der Regel nicht.

Die Kinderchirurgie ist der Chirurgie zugeordnet und wird darunter gesondert ausgewiesen.

2.5 Belegarztsystem

Das Belegarztsystem in den sächsischen Krankenhäusern richtet sich nach den gesetzlichen Grundlagen (§§ 115 und 121 SGB V sowie § 26 Abs. 2 SächsKHG).

Insbesondere in Fachgebieten mit geringerer Leistungsmenge kann die wohnortnahe stationäre Patientenversorgung durch die Etablierung einer belegärztlich geführten Struktureinheit sichergestellt werden.

Ein leistungsfähiges Belegarztsystem setzt voraus, dass in der Regel mehrere qualifizierte Vertragsärzte zur Verfügung stehen und ärztliche Präsenz über 24 Stunden täglich sicherge-

stellt ist. Die Bereitschaft zur intensiven Information und Kooperation sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis wird vorausgesetzt.

Bei der Einrichtung bzw. Schließung von Belegbetten gilt folgende Regelung:

1. die Neueinrichtung oder Schließung von Belegbetten außerhalb eines vorhandenen Fachgebietes bedarf der Beratung im Krankenhausplanungsausschuss und der Letztentscheidung der Planungsbehörde,
2. die Neueinrichtung, Änderung oder Schließung von Belegbetten innerhalb eines vorhandenen Fachgebietes ist bei der Planungsbehörde anzeigepflichtig.

2.6 Tagesklinische Versorgung im Krankenhaus

Tageskliniken an Krankenhäusern ermöglichen ein patientengerechtes und zugleich wirtschaftliches Behandlungsangebot in Vervollkommnung der vollstationären Krankenhausleistung. Grundsätzlich werden in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Klassifizierung der Fachgebiete nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung) bei der Bettenziffer die stationären und die teilstationären Kapazitäten getrennt ausgewiesen.

Ergänzend können in ausgewählten somatischen Fachgebieten teilstationäre Kapazitäten ausgewiesen werden; dies betrifft vorwiegend die Geriatrie, Dermatologie, Hämatologie und Onkologie.

2.7 Notfallversorgung

Die Krankenhäuser sind grundsätzlich zur ambulanten und stationären Notfallbehandlung verpflichtet. Neben einer der Aufgabenstellung entsprechenden Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an den Wochenenden ist die Möglichkeit einer Intensivüberwachung sowie der Intensivbeatmung zu gewährleisten.

Folgende Krankenhäuser nehmen nicht an der Notfallversorgung teil:

1. Klinik am Tharandter Wald,
2. Fachkrankenhaus Hochweitzschen,
3. Asklepios Fachklinikum Wiesen,
4. Kleinwachau Sächsisches Epilepsiezentrum Radeberg,
5. HELIOS Klinik Schloss Pulsnitz,
6. Fachkrankenhaus Coswig,
7. Klinik BAVARIA Kreischa,
8. Klinik BAVARIA Zscheckwitz,
9. Elbland Reha- und Präventionsklinik Großenhain,
10. Geriatriezentrum Radeburg,
11. Fachkrankenhaus Diakoniewerk Zschadraß,
12. NRZ Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig.

2.8 Beteiligung an der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst

Die Krankenhäuser stellen im Rahmen des § 28 Abs. 3 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) Ärzte für den Rettungsdienst zur Verfügung.

3 Rahmenbedingungen der Krankenhausplanung

Die zukünftige Entwicklung der Krankenhäuser in Sachsen wird im Wesentlichen durch folgende vier Faktoren geprägt werden:

1. wachsender Bedarf an Gesundheitsleistungen aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts,
2. limitierte finanzielle und personelle Ressourcen der Krankenhäuser,
3. Ausweitung transsektoraler, integrierter Versorgungsmodelle und
4. Verschärfung des Wettbewerbs aufgrund zunehmender Angebotstransparenz und Mündigkeit der Patienten.

Die für die Krankenhausplanung landesweit geltenden Ziele und Grundsätze der Raumordnung als überörtliche und fachübergreifende Rahmensetzungen für die räumliche Ordnung und Entwicklung des Freistaates Sachsen ergeben sich aus dem Landesentwicklungsplan (LEP) in der jeweils geltenden Fassung. Gegenwärtig wird der seit 1. Januar 2004 als Rechtsverordnung verbindliche LEP (LEP 2003) fortgeschrieben. Insoweit sind bis zum Verbindlichwerden des neuen LEP die in Aufstellung befindlichen Ziele des LEP 2012 als sonstige Erfordernisse der Raumordnung zu berücksichtigen.

3.1 Demografische Entwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung im Freistaat Sachsen und insbesondere die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung haben wesentlichen Einfluss auf die Nachfrage nach Krankenhausleistungen.

Auf Basis der 4. Regionalisierten Bevölkerungsprognose wurden im Jahr 2009 in Kooperation mit dem Statistischen Landesamt Vorausberechnungen für die Krankenhausleistungen bis zum Jahr 2020 erstellt³. Sie enthalten detaillierte Aussagen hinsichtlich der Veränderung der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in den Kreisfreien Städten und Landkreisen gegenüber dem Jahr 2007 auf Basis der 4. Regionalisierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes und der Diagnosedaten der Krankenhäuser 2007.

Im Oktober 2010 hat die Staatsregierung beschlossen, die 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes für den Freistaat Sachsen bis 2025 als einheitliche Planungs- und Entscheidungsgrundlage bei der Gestaltung der Folgen des demografischen Wandels in Sachsen zu berücksichtigen. Alle Ressorts wurden beauftragt, die eigenen Prognosen auf dieser Grundlage zu überprüfen und zu modifizieren.

Nach den Vorausberechnungen der 5. Regionalisierten Bevölkerungsprognose (Variante 2) wird sich bis zum Jahr 2025 die Bevölkerungszahl in Sachsen auf 3,65 Mio. Einwohner verringern, wobei sich die einzelnen Altersgruppen sehr unterschiedlich entwickeln werden. Der Anteil der Altersgruppe ab 65 Jahre wird sich im Zeitraum 2009-2025 von 24,7 auf 31,7 % erhöhen, während der Anteil der 15 bis unter 45-Jährigen von 64,2 auf 57,2 % sinken wird. Der Anteil der unter 15-Jährigen wird im Jahr 2025 etwa das Niveau von 2009 mit 11,1 % haben.

³ vgl. Broschüre „Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Krankenhausbehandlungen bis zum Jahr 2020 im Freistaat Sachsen“, download unter www.publikationen.sachsen.de.

Bevölkerung (in Tausend) im Alter von ...	2009	2012	2025	Veränderung in % 2009-2025
Insgesamt	4 168,7	4 074,2	3 646,7	- 12,5
darunter:				
unter 15 Jahre	464,6	477,8	405,2	- 12,8
15 bis unter 45 Jahre	1 476,6	1 330,2	1 051,8	- 28,8
45 bis unter 65 Jahre	1 199,8	1 248,6	1 033,1	- 13,9
65 bis unter 75 Jahre	586,4	523,0	563,5	- 3,9
75 Jahre und darüber	441,3	494,6	593,1	+ 34,4
Lebendgeborene	34,1	32,2	21,9	- 39,2
BV- Anteil ab 65 Jahre	24,7%	25,0%	31,7%	

Ebenfalls sehr differenziert wird sich die Bevölkerungsentwicklung in den Kreisfreien Städten und Landkreisen vollziehen. Während in der Stadt Dresden noch bis zum Jahr 2019 und in der Stadt Leipzig noch bis 2014 mit einem Bevölkerungswachstum gerechnet wird, wird für die Stadt Chemnitz und alle anderen Landkreise ein Rückgang zwischen 11,6 und 19,6 % prognostiziert.

Bevölkerung (in Tausend) in den Kreisfreien Städten und Landkreisen	2009	2012	2025	Veränderung in % 2009-2025
Insgesamt	4 168,7	4 074,2	3 646,7	- 12,5
Stadt Chemnitz	243,1	238,4	213,5	-12,2
Stadt Dresden	517,1	524,6	523,3	+ 1,2
Stadt Leipzig	518,9	522,5	512,0	-1,3
Erzgebirgskreis	372,4	358,1	300,2	-19,4
Mittelsachsen	332,2	319,3	270,6	-18,5
Vogtlandkreis	247,2	237,8	200,4	-18,9
Zwickau	345,1	332,7	281,6	-18,4
Bautzen	325,0	312,9	266,4	-18,1
Görlitz	281,1	269,0	226,1	-19,6
Meißen	254,5	246,7	217,4	-14,6
Sächs. Schweiz-Osterzgeb.	253,8	247,5	224,5	-11,6
Leipzig	269,7	262,5	234,2	-13,2
Nordsachsen	208,7	202,3	176,5	-15,4

3.2 Demografiebedingte Entwicklung der Krankenhausleistungen

Unter der Annahme, dass die alterskohortenspezifische Krankenhaushäufigkeit konstant bleibt (vgl. dazu aber 1.2.2) ist auf Grund der Alterung - trotz des zu erwartenden Rückganges der Bevölkerung in Sachsen um voraussichtlich 2,3 % - im Zeitraum 2009 bis 2012 mit einer Steigerung der stationären Fälle um 1,3 % zu rechnen. Die größte Zunahme der Fälle nach Patientenwohnort wird dabei in den Kreisfreien Städten Dresden und Leipzig erwartet, während der für alle andere Regionen erwartete demografiebedingte Fallzahlzuwachs zwischen 0 und 1,5 % schwankt.

In der mittelfristigen Perspektive ist zu erwarten, dass die Fallzahlen demografiebedingt zunächst bis zum Jahr 2020 weiter ansteigen werden, um anschließend zu sinken; bis 2025 wird im Saldo ein Anstieg um 2,3 % erwartet. Hierbei wird es deutliche Unterschiede im wohnort-bezogenen Patientenaufkommen geben. Für die Kreisfreien Städte Dresden und Leipzig wird ein Fallzahlzuwachs von 14,6 bzw. 11,7 % vorausberechnet, für die Landkreise Erzgebirgs-kreis und Mittelsachsen jedoch ein Fallzahlrückgang von über 3 %⁴.

Demografiebedingte Entwicklung der Krankenhausbehandlungen nach Patientenwohnort	Veränderung 2009-2012	Veränderung 2009-2025
Insgesamt	+ 1,3%	+ 2,3%
Stadt Chemnitz	+ 1,4%	+ 1,5%
Stadt Dresden	+ 4,4%	+ 14,6%
Stadt Leipzig	+ 3,7%	+ 11,7%
Erzgebirgskreis	- 0,0%	- 3,2%
Mittelsachsen	- 0,2%	- 3,6%
Vogtlandkreis	+ 0,3%	- 2,1%
Zwickau	+ 0,2%	- 2,7%
Bautzen	+ 0,4%	- 1,6%
Görlitz	+ 0,1%	- 2,2%
Meißen	+ 0,8%	+ 1,1%
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	+ 1,1%	+ 3,6%
Leipzig	+ 1,5%	+ 5,0%
Nordsachsen	+ 1,5%	+ 3,2%

Die Konzentration der medizinischen Leistungen wird sich künftig weiter verstärken.

Bei den Diagnosen wird es die höchsten Zuwachsraten voraussichtlich bei den Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems mit etwa 17 % bis zum Jahr 2025 (4,5 % bis 2012) geben. Hiervon sind alle Regionen in Sachsen betroffen – von knapp 10 % in Mittelsachsen bis zu 24 bzw. fast 30 % in den Städten Leipzig und Dresden.

Ebenfalls deutliche Fallzahlsteigerungen bis 2025 sind bei den Augenkrankheiten, den Stoffwechselkrankheiten sowie Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe mit jeweils über 10 % und bei den Neubildungen mit 5,3 % zu erwarten.

Mit einem deutlichen Rückgang ist hingegen in der Geburtshilfe mit über 35 %, bei angeborenen Fehlbildungen und Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, mit über 22 % zu rechnen.

⁴ Bei dieser regionalisierten Vorausberechnung wird vorausgesetzt, dass sowohl die altersgruppenspezifische Krankenhausfrequenz und die Landkreisstruktur als auch die Patientenströme bezogen auf das Basisjahr 2009 konstant bleiben.

Demografiebedingte Entwicklung der Krankenhausbehandlungen nach Diagnoseklassen		Veränderung 2009-2012	Veränderung 2009-2025
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	+ 0,8%	- 0,7%
C00-D48	Neubildungen	+ 2,0%	+ 5,3%
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	+ 3,1%	+ 11,0%
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	+ 3,5%	+ 12,0%
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	- 2,9%	- 12,4%
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	+ 1,3%	+ 2,7%
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	+ 4,1%	+ 13,6%
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	- 0,6%	- 8,4%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	+ 4,5%	+ 17,1%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	+ 1,4%	+ 1,9%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	+ 1,1%	+ 2,6%
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	- 1,5%	- 6,8%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	+ 0,4%	- 3,5%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	+ 1,0%	+ 1,4%
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	- 5,8%	- 35,5%
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	- 1,4%	- 25,3%
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	- 2,4%	- 22,1%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	+ 0,6%	+ 1,0%
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	+ 0,2%	+ 0,9%
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	- 0,7%	- 19,4%

3.3 Medizinischer Fortschritt, Verhaltensänderungen

Neben der demografischen Entwicklung wird der Bedarf an Krankenhausleistungen von weiteren Einflussfaktoren bestimmt. Dies sind z. B. der medizinisch-technische Fortschritt, individuelle Verhaltensänderungen (Ernährung, Bewegung), exogene Umwelteinflüsse, neue Erkrankungsbilder sowie ein sich ökonomischen Rahmenbedingungen anpassendes Anspruchsverhalten der Bevölkerung. Diese Faktoren sind mit einer Erklärung, warum die Fallzahlen demographiebereinigt innerhalb der einzelnen Alterskohorten in den Jahren 2007 bis 2009 um durchschnittlich 1,61 % pro Jahr angestiegen sind.

3.4 Finanz- und Personalressourcen

Bereits heute fehlen Ärzte nicht nur im niedergelassenen Bereich, sondern auch im stationären Bereich. Nach Erhebungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist der Anteil der Krankenhäuser mit Problemen, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen, in Deutschland zwischen 2006 und 2008 von 28 % auf 67 % drastisch angestiegen.

Der heute noch regional begrenzte Ärztemangel wird sich aufgrund der Altersstruktur der Ärzte in den nächsten Jahren deutlich ausweiten. So lag das Durchschnittsalter aller niedergelassenen Ärzte Ende 2007 bei 51,4 Jahren, das der im Krankenhausbereich tätigen Ärzte bei 41,0 Jahren. Im Vergleich dazu: 1993 lag das Durchschnittsalter noch bei 46,6 bzw. 38,0 Jahren.

Bis 2017 werden bundesweit altersbedingt rund 60.000 Ärzte, davon 15.000 in den Krankenhäusern, ausscheiden. Hinzu kommen noch 5.000 Ärzte, die - trotz steigender Zuwanderung von ausländischen Ärzten - im Saldo durch Abwanderung ins Ausland verloren gehen. Der jährliche Verlust von etwa 7.500 Ärzten wird auch nicht durch Absolventen des Medizinstudiums kompensiert werden können. Zwar gibt es in Deutschland aktuell über 10.000 Studienplätze für die Humanmedizin und immer noch deutlich mehr Bewerber als Studienplätze. Aber nur gut jeder zweite Medizinstudent kommt tatsächlich im Arztberuf an. Die anderen brechen ihr Studium ab oder entscheiden sich für einen nichtärztlichen Beruf.

Von dem sich verschärfenden Ärztemangel – das zeigt bereits heute die regionale Verteilung der offenen Stellen – werden insbesondere Krankenhausstandorte in strukturschwachen Regionen betroffen sein. Größere Krankenhäuser in Ballungszentren mit guter Infrastruktur oder auch Krankenhäuser, die aufgrund der Einbindung in einen Verbund gute berufliche Perspektiven anbieten können, werden im Wettbewerb um qualifizierte Ärzte deutliche Vorteile haben.

Gleiches gilt auch bei der Herausforderung, dem wachsenden Konsolidierungsdruck der gesetzlichen Krankenversicherung zu begegnen. Aufgrund des sich ungünstig entwickelnden Verhältnisses von Erwerbstätigen und Nichterwerbsfähigen, aber auch unter der elementaren Prämisse, die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft zu erhalten, sind der Generierung zusätzlicher Finanzressourcen – dies gilt für Beiträge wie für Steuern gleichermaßen - enge Grenzen gesetzt.

3.5 Transsektorale Vernetzung und Substitution

In welchem Umfang sich die Marktanteile zwischen ambulanten und stationären Leistungen sowie im ambulanten Bereich zwischen niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern verschieben werden, lässt sich aktuell nur schwer prognostizieren. Trotz wiederholter Bekenntnisse des Gesetzgebers zu integrierten, sektorübergreifenden Versorgungsmodellen ist die sektorale Trennung des Gesundheitswesens nicht überwunden worden.

Im Gegenteil ist nach Auslaufen der Anschubfinanzierung für die Integrierten Versorgungsverträge die Anzahl dieser Projekte zurückgegangen. Die Chancen, dass der Gesetzgeber in der laufenden Legislaturperiode die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingen schafft, müssen - gerade vor dem Hintergrund der Koalitionsvereinbarung auf Bundesebene - als gering eingeschätzt werden.

Auf Basis der aktuellen Rechtslage und den Erfahrungen der letzten Jahre lassen sich zumindest folgende Entwicklungen abgrenzen:

1. Aufgrund der sich in ländlichen Regionen abzeichnenden Verschlechterung der Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte werden die Krankenhäuser bzw. deren Träger zunehmend Aufgaben aus diesem Bereich übernehmen (z. B. durch Errichtung eines MVZ).
2. Aufgrund des medizinischen Fortschritts werden teilweise bisher stationäre Leistungen durch ambulante Leistungen ersetzt werden. So besteht insbesondere in der Augenheilkunde in den nächsten Jahren ein hohes Substitutionspotential⁵. Da dieses in der Regel innerhalb der Krankenhausstruktur realisiert wird, sind diese Substitutionseffekte eher abrechnungstechnisch relevant. Die Vernetzung ambulanter und stationärer Leistungen gelingt vor allem dort, wo niedergelassene Ärzte in das Krankenhaus eingebunden werden.

3.6 Verschärfung des Wettbewerbs um den Patienten

Die traditionell vom Einweisungsverhalten des Hausarztes und dem Wunsch einer wohnortnahen Versorgung bestimmte Patientensteuerung wird zunehmend einer qualitätsorientierten Allokation weichen. Katalysatoren dieser Entwicklung sind das steigende Gesundheitsbewusstsein der Patienten sowie internetbasierte Gesundheitsnavigationssysteme, die auch diagnosebezogene Recherchen von Qualitätsparametern zulassen. Betroffen werden insbesondere elektive Leistungen bei schweren oder komplexen Erkrankungen sein.

⁵ Vgl. Gutachten „Einfluss integrierter Versorgungsstrukturen in der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen auf die Landesbettenplanung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz im Sinne der Substitution des stationären Bereichs“, Kap. 5

4 Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfes

4.1 Einflussfaktoren auf die Krankenhausplanung

In die Ermittlung des stationären Bedarfes des einzelnen Krankenhauses fließen folgende Kriterien ein:

- die vom Krankenhaus übermittelten Leistungsdaten der Jahre 2009 und 2010,
- die Betten- und Tagesplatzkapazitäten des Krankenhausplanes 2011,
- die Anträge der Krankenhausträger für den Planungszeitraum 2012/2013 und ihre Vorstellungen zur künftigen Entwicklung,
- die DRG-Daten der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG für das Jahr 2009,
- die nach § 3 Nr. 14 der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) vom Statistischen Landesamt Sachsen erhobenen Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser für das Jahr 2009,
- Entwicklungstendenzen wichtiger Krankenhausparameter im Freistaat Sachsen, insbesondere Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettenziffer auf Basis der Grunddaten der Krankenhausstatistik (auch im bundesweiten Vergleich),
- die Einwohnerzahl in den Kreisfreien Städten und Landkreisen zum 31.12.2009, sowie die Entwicklung der zukünftigen Bevölkerungsstruktur in den Kreisfreien Städten und Landkreisen auf Basis der 5. regionalisierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen (Variante 2).

4.2 Methode zur Bedarfsberechnung

Die Bedarfsanalyse, die dem Krankenhausplan für die Jahre 2012/13 zugrunde liegt, folgt der anerkannten „Hill – Burton – Methode“. Danach errechnet sich der Bettenbedarf im Wesentlichen aus den Determinanten Einwohnerzahl (EW), Krankenhaushäufigkeit (KHH), Verweildauer (VD) und Bettennutzungsgrad (BN):

$$\text{Bedarf} = \frac{\text{EW} \times \text{KHH} \times \text{VD}}{365 \times \text{BN}}$$

Die Festlegung des einrichtungsspezifischen Bettenbedarfes orientiert sich an einem Betten-Bedarfskorridor, dessen obere und untere Begrenzung einerseits durch die krankenhausspezifische Verweildauer (VD_{KH}) und andererseits durch die gewichtete Durchschnittsverweildauer ($VD_{\emptyset KH}$) bestimmt wird:

$$\frac{\text{EW} \times \text{KHH} \times \text{VD}_{KH}}{365 \times \text{BN}_{KH}} < (>) \text{ Konkreter Bettenbedarf } < (>) \frac{\text{EW} \times \text{KHH} \times \text{VD}_{\emptyset KH}}{365 \times \text{BN}_{KH}}$$

4.3 Einwohnerzahl (EW)

Für den Bettenbedarf wird die für das Einzugsgebiet des Krankenhauses im Jahr 2012 vom Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen prognostizierte Einwohnerzahl zugrunde gelegt. Dabei werden die Einwohnerzahlen der im Einzugsbereich liegenden Landkreise und kreisfreien Städte entsprechend ihres Anteils an den Fallzahlen im Jahr 2009 gewichtet.

4.4 Krankenhaushäufigkeit (KHH) und Fallzahl

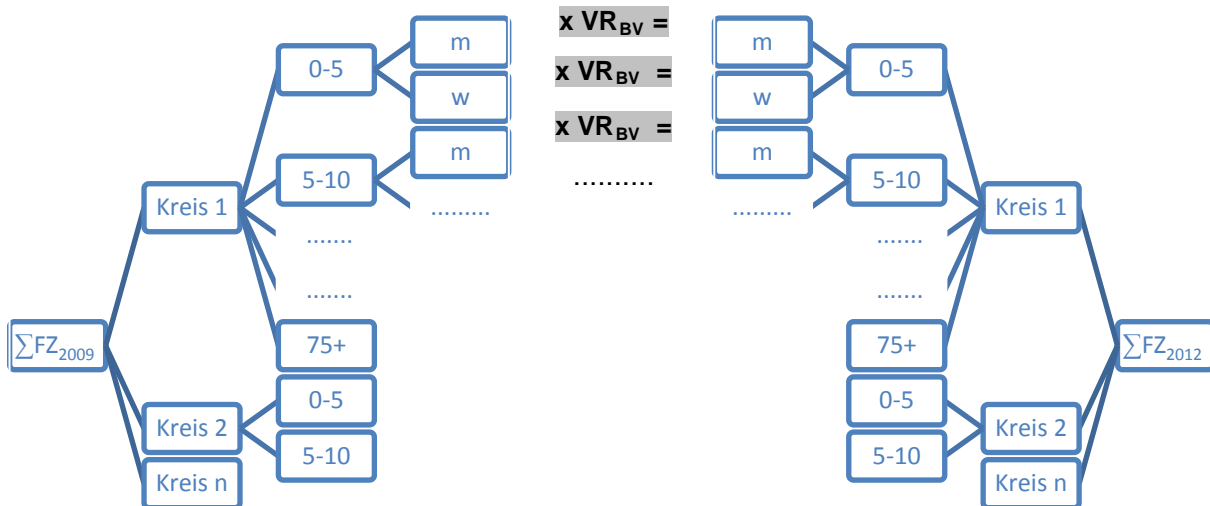
Basis für die Krankenhaushäufigkeit ist die Relation der im Laufe eines Jahres stationär behandelten Fallzahl (FZ) zu der Gesamtzahl der Einwohner des betreffenden Gebiets:

$$KHH = \frac{FZ}{EW}$$

Getrennt für die somatischen und psychischen Fachgebiete werden zunächst für jedes Krankenhaus auf Basis der DRG-Daten 2009 die vollstationären Fälle⁶ nach Wohnort der Patienten, Alterskohorten in Fünferschritten und Geschlecht kategorisiert und mit den jeweiligen für den Zeitraum 2009–2012 ermittelten Veränderungsrate (VR_{BV}) aus der 5. Regionalisierten Bevölkerungsprognose multipliziert.

Die Fälle, die keinem Wohnort in Sachsen zuzuordnen sind, werden mit der durchschnittlichen Veränderungsrate der sächsischen Fälle (VR_Ø) multipliziert.

Die Summe dieser Produkte ergibt die Prognose der vollstationären Fälle für 2012 nach DRG-Daten:



Die auf diese Weise für 2012 berechnete Fallzahl wird anschließend um 4,91 % erhöht. Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass sich der demografiebereinigte Fallzahlanstieg - dieser betrug innerhalb der Alterskohorten in den Jahren 2007 bis 2009 jeweils jährlich 1,61 % - in dem Zeitraum 2009 bis 2012 fortsetzt.

⁶ Es werden dabei ausschließlich vollstationäre somatische Fälle sächsischer Patienten berücksichtigt, d.h. Neugeborene sowie psychische, teil- und vorstationäre Fälle werden in die Berechnung nicht mit einbezogen.

4.5 Verweildauer

4.5.1 Einrichtungsspezifische Verweildauer (VD_{KH})

Die einrichtungsspezifische Verweildauer (VD_{KH}) wird wie folgt ermittelt:

$$VD_{KH} = \frac{\text{Belegungstage}_{KH}}{\text{Fallzahl}_{KH}}$$

Auf Basis der DRG-Daten 2009 wird für die Prognoseberechnung der Belegungstage 2012 der kategorisierten Fälle die Verweildauer um 3,56 % gekürzt. Dies folgt der Annahme, dass sich die Verweildauer in dem Zeitraum von 2009 bis 2012 um jährlich 1,2 % in allen Alterskohorten reduziert.

Die Summe der Produkte aus $\text{Fallzahl}_{2012} \times \text{Verweildauer}_{2012}$ ergibt für jedes Krankenhaus die Belegungstage der sächsischen Patientenfälle getrennt für die somatischen und psychischen Fachgebiete.

Die Belegungstage der nichtsächsischen Fälle werden für jedes Krankenhaus analog entsprechend ihres prozentualen Anteiles gegenüber den Belegungstagen sächsischer Fälle 2009 zur Prognose der Belegungstage 2012 hinzugerechnet.

Die einrichtungsspezifische Verweildauer wird für 2012 berechnet und ergibt im Verhältnis zur Verweildauer 2009 die einrichtungsspezifische Veränderungsrate (VR_{VD}).

4.5.2 Krankenhausindividuelle Durchschnitts-Verweildauer ($VD_{\emptyset KH}$)

Für die somatischen Fachgebiete wird auf Basis der DRG-Daten 2009 eine krankenhausesindividuelle Durchschnitts-Verweildauer ($VD_{\emptyset KH}$) ermittelt, indem die Fallzahlen je Krankenhaus und Fachgebiet mit der gewichteten Durchschnittsverweildauer aller sächsischen Krankenhäuser je Fachgebiet multipliziert werden und die Summe anschließend durch die Gesamtfallzahl des Krankenhauses dividiert wird:

$$VD_{\emptyset KH} = \frac{\sum \text{Fälle}_{KH_Fachgeb\ n} \times VD_{\emptyset SN_Fachgeb\ n}}{\sum \text{Fälle}_{KH_Fachgeb\ n}}$$

Die jeweils so errechnete krankenhausesindividuelle Durchschnitts-Verweildauer wird um die einrichtungsspezifische Veränderungsrate (VR_{VD}) gekürzt. Dies folgt analog der Annahme, dass sich die Verweildauer in dem Zeitraum von 2009 bis 2012 um jährlich 1,2 % in allen Alterskohorten reduziert.

Für die psychischen Fachgebiete werden folgende Verweildauerrichtwerte zugrundegelegt:

Psychiatrie und Psychotherapie	24,0 Tage,
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	50,0 Tage,
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	40,0 Tage.

4.6 Bettennutzungsgrad

Der Bettennutzungsgrad weist den prozentualen Anteil aus, um den die Bettenkapazität in einem Krankenhaus im Jahresdurchschnitt genutzt werden soll, um den Erfordernissen einer medizinisch leistungsfähigen und zugleich wirtschaftlichen stationären Akutversorgung zu entsprechen. Er wird jeweils im Verbalteil des Krankenhausplans für jedes Fachgebiet normativ festgelegt:

Fachgebiet bzw. Schwerpunkt nach Weiterbildungsordnung		Bettennutzungsgrad (BN _{Soll Fachgeb n}) in %	
Somatische Fachgebiete		Haupt- abteilung	Beleg- abteilung
	Augenheilkunde	80	Alle Fach- gebiete 60
	Chirurgie	85	
	darunter Orthopädie und Unfallchirurgie	85	
	darunter Herzchirurgie	85	
	darunter Kinderchirurgie	75	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	85	
	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	85	
	Haut- und Geschlechtskrankheiten	85	
	Innere Medizin und Allgemeinmedizin	85	
	Kinder- und Jugendmedizin	75	
	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	85	
	Neurochirurgie	85	
	Neurologie	85	
	darunter Neurologische Frührehabilitation Phase B	90	
	Nuklearmedizin	85	
	Strahlentherapie	85	
	Urologie	85	

Psychische Fachgebiete			
	Psychiatrie und Psychotherapie	95*	
	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	95*	
	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	95*	

* Bezogen auf die Belegungstage inklusive Beurlaubungstage

Während der Bettennutzungsgrad für die psychischen Fachgebiete unmittelbar in die Bedarfsberechnung einfließt, wird für die somatischen Fachgebiete ähnlich wie bei der Verweildauer auf Basis der DRG-Daten 2009 ein krankenhausespezifischer Durchschnittswert unter Berücksichtigung der Fachgebietsstruktur jedes Krankenhauses ermittelt.

Für jedes Krankenhaus wird dazu aus den Belegungstagen je Fachgebiet (BT_{Fachgeb n}) und den korrespondierenden Bettennutzungsgraden (BN_{Soll Fachgeb n}) ein krankenhausespezifischer Sollbettennutzungsgrad (BN_{KH}) berechnet.

Dieser ergibt sich aus der Division der Gesamtbelegungstage (Gesamt-BT_{KH}) des Hauses und der Summe aller je Fachgebiet durch den Bettennutzungsgrad (BN_{Soll Fachgeb n}) dividierten Belegungstage (BT_{Fachgeb n}):

$$BN_{KH} = \frac{\text{Gesamt-BT}_{KH}}{\sum \frac{BT_{\text{Fachgeb } n}}{BN_{\text{Soll Fachgeb } n}}}$$

5 Besondere Aufgaben und Fachprogramme

5.1 Fachbereich Innere und Allgemeinmedizin

5.1.1 Versorgung geriatrischer Patienten

Dem Ziel einer zugleich qualifizierten sowie möglichst wohnort- und familiennahen geriatrischen Versorgung im Krankenhausbereich wird in Sachsen mit einem zweistufigen Versorgungsangebot Rechnung getragen:

1. der Grundversorgung an allen Akutkrankenhäusern und
2. der geriatrischen Versorgung in geriatrischen Abteilungen.

Die geriatrische Versorgung (einschließlich geriatrischer Komplexbehandlung) wird in geriatrischen Abteilungen durch multiprofessionelle Behandlungsteams sichergestellt. Dort stehen entsprechend geriatrisch qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte sowie die notwendigen therapeutischen, psychosozialen sowie ergänzenden Dienste zur Verfügung (vgl. Kapitel 4.1 des Geriatriekonzeptes des Freistaat Sachsen, 2010). Die geriatrischen Abteilungen erfüllen jeweils die Voraussetzungen für das Qualitätssiegel Geriatrie.

Die Einrichtungen mit geriatrischem Versorgungsauftrag werden in Teil II Abschnitt A des Krankenhausplanes explizit ausgewiesen.

In drei ausgewählten Regionen (Geriatrienetzwerk Chemnitz, Versorgungsnetzwerk Gerinet Leipzig-Süd und Netzwerk Geriatrie Ostsachsen) werden Modelle zur Etablierung geriatrischer Zentren erprobt.

5.1.2 Palliativstationen

Um die Lebensqualität von Patienten, welche an einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen und schweren Erkrankung leiden, und ihren Familien zu verbessern, erfolgt im Rahmen der Krisenintervention die stationäre Behandlung (einschließlich palliativmedizinischer Komplexbehandlung), Betreuung und Begleitung dieser Patienten und ihren Angehörigen in spezialisierten Palliativstationen. Palliativstationen sollen zudem als Teil eines Netzwerks zur Versorgung Schwerkranker und Sterbender fungieren.

Um die erforderliche Behandlungsqualität zu gewährleisten, müssen die Einrichtungen die international anerkannten „Qualitätskriterien für Palliativstationen“ erfüllen, von denen auch die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages (BT-Drs. 15/5858, S.27f.) ausgeht. Die Palliativstationen sollen in der Regel zwischen 6 und 12 Betten umfassen. Sie werden nach Maßgabe des Bedarfs im Teil II Abschnitt A des Krankenhausplanes explizit ausgewiesen.

Für Kinder und Jugendliche werden im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin eigene onkologische Palliativeinheiten ausgewiesen.

5.1.3 Spezialisierte kardiologische Leistungen

Spezialisierte Leistungen innerhalb der Kardiologie, insbesondere die invasive Diagnostik und interventionelle Therapie an Koronararterien, Herzkammern, -klappen und herznahen Gefäßen sowie den elektrischen Leitungsbahnen des Herzens mittels Linksherzkatheter gehören regelmäßig nicht zum Versorgungsauftrag eines Krankenhauses der Regelversorgung, sondern werden in Krankenhäusern der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung sowie in Herzzentren mit überregionalem Versorgungsauftrag erbracht.

Darüber hinausgehende Angebote bedürfen der Genehmigung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz; der Krankenhausplanungsausschuss ist zu beteiligen. Eine Genehmigung kann nur erteilt werden, sofern damit den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung entsprochen wird. Bei dieser Entscheidung sind die Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung zu berücksichtigen.

Bundesweite statistische Analysen weisen für Sachsen regional stark differente Herzinfarkt-mortalitätsraten aus. Die Ursachen sollen im Planungszeitraum in einem sektorenübergreifenden Herzinfarktregister wissenschaftlich untersucht werden.

5.1.4 Versorgung hochkontagiöser Infektionskrankter

Zur Behandlung von Patienten mit hochkontagiösen Infektionserkrankungen steht im Klinikum St. Georg Leipzig als überregionale Schwerpunktklinik und Kompetenzzentrum eine gesonderte Isolierstation mit fünf Betten zur strikten Isolierung und eine weitere mit fünf Betten zur Standardisolierung zur Verfügung. Auf Basis eines Staatsvertrags beteiligen sich Sachsen-Anhalt und Thüringen an der Finanzierung der Einrichtung.

5.1.5 Spezialisierte Adipositasbehandlungen

Immer mehr Menschen leiden an Fettleibigkeit und damit verbundenen Erkrankungen. Besonders die Zahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen steigt alarmierend an. Um die Versorgung von morbid adipösen Patienten (BMI \geq 35 mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen, BMI \geq 40) zu verbessern, wird die Behandlung an folgenden multiprofessionell strukturierten Einrichtungen konzentriert:

- Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt,
- Weißeritzklinien,
- Klinikum St. Georg Leipzig (Erwachsene),
- Universitätsklinikum Leipzig.

Ziel ist es, auf Grundlage einer individuellen Behandlungsstrategie eine nachhaltige Gewichtsreduktion mit Verringerung bestehender Komorbiditäten zu erreichen. Dabei sind vorrangig konservative, aber auch chirurgische Maßnahmen anzuwenden. Dem häufig vorkommenden besonderen Bedarf nach psychologischer und seelischer Betreuung ist Rechnung zu tragen.

5.2 Chirurgie

5.2.1 Versorgung Schwerbrandverletzter

Zur Versorgung schwerbrandverletzter Erwachsener stehen sechs Betten im Schwerbrandverletzentrum im Klinikum St. Georg Leipzig und zur Versorgung schwerbrandverletzter Kinder und Jugendlicher je zwei Betten in den Universitätskliniken Dresden und Leipzig zur Verfügung.

5.2.2 Spezialisierte septische Chirurgie

Vor dem Hintergrund des sprunghaften Anstiegs der Zahl implantatassoziiertes Infektionen insbesondere nach primärem und sekundärem Gelenkersatz in den bestehenden chirurgischen/orthopädischen Fachabteilungen wird zur Optimierung der Versorgung ein überregionales Kompetenz- und Referenzzentrum am Klinikum St. Georg Leipzig für die Therapie schwerst-therapierbarer Endoprotheseninfekte bei Erwachsenen etabliert.

Bei der Therapie ist ein interdisziplinärer Ansatz unter Einbeziehung von klinischem und mikrobiologischem Wissen und Fertigkeiten erforderlich. Die Einrichtung ist an besondere baulich-strukturelle Bedingungen und betrieblich-organisatorische Voraussetzungen gebunden. Auf Grund der Komplexität der Problematik und der erforderlichen Interdisziplinarität ist eine wissenschaftliche Begleitung zu gewährleisten.

5.3 Versorgung neurologisch Erkrankter

5.3.1 Versorgung von Schlaganfallpatienten

Zur nachhaltigen und flächendeckenden Qualitätsverbesserung der Schlaganfallbehandlung im Freistaat Sachsen wurden in den vergangenen Jahren drei telemedizinische Schlaganfallnetzwerke aufgebaut:

1. „Schlaganfallversorgung Ostsachsen Netzwerk SOS-NET“,
2. „Teleneuromedizinisches Netzwerk der zertifizierten Stroke Units und Neurologischen Intensivmedizin TNS“ in Südwestsachsen,
3. „Telemedizinisches Schlaganfall-Netzwerk Nordwestsachsen TESSA“.

Die Rahmenvereinbarung „Schlaganfallnetzwerk Freistaat Sachsen“ definiert die Strukturanforderungen der teilnehmenden Krankenhäuser und regelt die Vergütung sowie das Verfahren zur Abrechnung der Leistungen zwischen den Krankenhäusern und Kostenträgern.

5.3.2 Neurologische Frührehabilitation Phase B

In Anlehnung an die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen erfolgt die akutstationäre Behandlung von Patienten der Phase B (einschließlich Beatmungsentwöhnung) im Interesse eines nahtlosen Reha-Verfahrens (Früh- und Intensivrehabilitation, postprimäre Rehabilitation und Mobilisation) im Freistaat Sachsen an dafür spezialisierten Einrichtungen:

1. Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig,
2. Klinik Bavaria Kreischa,
3. HELIOS-Klinik Schloß Pulsnitz,
4. Klinik am Tharandter Wald (Niederschöna),
5. ELBLAND Reha- und Präventionsklinik Großenhain,
6. Neurologisches Reha-Zentrum für Kinder und Jugendliche Klinik Bavaria Zscheckwitz.

Nach erfolgter Inbetriebnahme der ELBLAND Reha- und Präventionsklinik Großenhain wird eine Bedarfsprüfung auf Basis der Leistungsdaten 2012 vorgenommen.

5.4 Kinder- und Jugendmedizin

Die Situation in der stationären Kinder- und Jugendmedizin ist seit Jahren durch sinkende Fallzahlen und eine deutliche Verweildauerreduzierung gekennzeichnet. Um eine qualitativ hochwertige altersgerechte stationäre Versorgung auch weiterhin für alle Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten, wird trotz des sich perspektivisch fortsetzenden Rückgangs des Bettenbedarfs an dem Grundsatz festgehalten, Kinder und Jugendliche weiterhin in dafür ausgewiesenen pädiatrischen Abteilungen zu behandeln. Die Einrichtungen haben den Belangen kranker Kinder mit ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich zu entsprechen. Ziel ist es, dass alle Einrichtungen die Qualitätskriterien, die in dem von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKind) mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK) und der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin (DAKJ) entwickelten Strukturpapier „Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ definiert sind, erfüllen.

Anfahrtswege von 40 km zu Einrichtungen mit allgemeiner Kinder- und Jugendmedizin sollen auch künftig nicht überschritten werden.

Spezialisierte Leistungen insbesondere in der Neonatologie und pädiatrischen Intensivmedizin, in der Hämatologie und Onkologie und bei schweren Erkrankungen des Herzkreislaufsystems sollen dagegen grundsätzlich an den Universitätskliniken Dresden und Leipzig sowie am Klinikum Chemnitz konzentriert werden. Die kinderherzchirurgische Versorgung wird im Herzzentrum Leipzig sichergestellt.

Eine optimale Versorgung kranker Kinder bis hin zur pädagogischen Betreuung wird durch § 23 Abs. 7 SächsKHG gesichert und umfasst gegebenenfalls auch die psychosomatische Behandlung.

5.5 Transplantationen

5.5.1 Transplantationszentren nach Transplantationsgesetz

Die nachfolgend genannten Kliniken sind im Freistaat Sachsen gemäß § 10 des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG) als Transplantationszentren bestätigt:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Universitätsklinikum Leipzig: | Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm, Lunge ⁷ , |
| 2. Herzzentrum Leipzig: | Herz, Lunge ⁷ |
| 3. Universitätsklinikum Dresden: | Niere, Lunge ⁸ , Bauchspeicheldrüse |
| 4. Herzzentrum Dresden: | Herz, Lunge |

5.5.2 Stammzell-/Knochenmarktransplantation

Darüber hinaus wird die stationäre Behandlung von malignen hämatologischen Systemerkrankungen durch die nachfolgend genannten Kompetenzzentren für die Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation sichergestellt:

1. Universitätsklinikum Leipzig
2. Universitätsklinikum Dresden
3. Klinikum Chemnitz

5.6 Tumorzentren/Klinisches Krebsregister

Im Freistaat Sachsen haben sich fünf regionale, nicht kurative Tumorzentren etabliert:

- | | |
|--|---|
| 1. Tumorzentrum Leipzig | (Leiteinrichtung Universitätsklinikum Leipzig) |
| 2. Tumorzentrum Dresden | (Leiteinrichtung Universitätsklinikum Dresden) |
| 3. Tumorzentrum Chemnitz | (Leiteinrichtung Klinikum Chemnitz) |
| 4. Tumorzentrum Ostsachsen | (Leiteinrichtung Städtisches Klinikum Görlitz) |
| 5. Südwestsächsisches Tumorzentrum Zwickau | (Leiteinrichtung: Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau). |

Die Tumorzentren leisten als regionale Netzwerke von Leiteinrichtungen, Mitgliedskrankenhäusern und onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung. Sie haben die Aufgabe, flächendeckende Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zu schaffen, interdisziplinäre Arbeitsgruppen und onkologische Arbeitskreise zu initiieren und die Etablierung interdisziplinärer Tumorboards zu unterstützen. Darüber hinaus obliegt den Tumorzentren oder deren Leiteinrichtungen, die für das klinische Krebsregister relevanten Daten zu Diagnose, Therapie und Nachsorge zu erfassen.

Die sächsischen Tumorzentren haben eine Arbeitsgemeinschaft (AST) gegründet, in der gemeinsame Projekte entwickelt werden.

⁷ Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Leipzig (nur Vor- und Nachbetreuung) mit dem Herzzentrum Leipzig.

⁸ Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Dresden mit dem Herzzentrum Dresden.

Am Universitätsklinikum Dresden wird ab 2012 im Einklang mit dem Nationalen Krebsplan ein sächsisches Krebsregister eingerichtet. Dieses führt die bei den regionalen Klinischen Krebsregistern erfassten Daten zusammen und wertet sie in Form entitätsbezogener Berichte aus. Dabei sollen nicht nur Aussagen zur Prozess- und Ergebnisqualität (tumorfremde Zeit, Rezidivrate, Metastasen, Gesamtüberleben, Mortalität), zur Wirksamkeit von Therapien oder zur regionalen Versorgungsqualität getroffen werden, sondern auch die Wirtschaftlichkeit ausgewählter Therapieformen analysiert werden.

Zur Unterstützung des Sächsischen Krebsregisters wird eine Lenkungsgruppe unter Beteiligung des Sprechers der AST, jeweils eines Vertreters der Tumorzentren bzw. Leiteinrichtungen, eines Vertreters des Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, eines Vertreters der Krankenkassen, eines Vertreters der Sächsischen Landesärztekammer, eines Vertreters der Kassenärztlichen Vereinigung und eines Vertreters der Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V. eingerichtet.

5.7 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlear-Implantation

Gehörlosen Kindern, die den Hör-Spracherwerb bisher nicht oder kaum durchlaufen haben, sowie ertaubten oder resthörigen Erwachsenen bzw. Personen, die nach dem Hör-Spracherwerb ertaubt sind, kann mit der Versorgung eines Cochlear-Implantates ein Hörempfinden und Sprachverstehen ermöglicht werden.

Eine hochwertige qualitative Versorgung setzt eine multidisziplinäre Behandlung mit intensiver präoperativer Diagnostik und eine umfassende postoperative klinische Basis- und Folgetherapie voraus, welche interdisziplinär in Zentren mit entsprechender Fachkompetenz durchzuführen ist. Zur Sicherstellung des Behandlungserfolges erfolgt die Cochlear-Implantation in Versorgungsstrukturen, die zum einen die klinische Basistherapie und auch die Folgetherapie interdisziplinär an einem Standort in enger Zusammenarbeit mit Rehabilitationskliniken sicherstellt.

Im Freistaat Sachsen sind die Universitätskliniken Dresden und Leipzig zur Versorgung mit Cochlear-Implantaten zugelassen.

6 Ausbildungsstätten

Ausbildungsstätten, die notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbunden sind und deren Träger bzw. Mitträger ein Krankenhaus ist, können nur gefördert werden, soweit und solange sie in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm aufgenommen sind (§§ 2, 8 Abs. 3 KHG, §§ 7, 9 und 11 Abs. 6 SächsKHG).

Gemäß § 2 Abs. 1 a KHG handelt es sich um staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für die Berufe

1. Ergotherapeut/in
2. Diätassistent/in
3. Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in
4. Hebamme, Entbindungspfleger
5. Gesundheits- und Krankenpfleger/in
6. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in,
7. Krankenpflegehelfer/in
8. medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in
9. medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in
10. Logopäde, Logopädin
11. Orthoptist/in
12. medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik.