



Krankenhausplan des Freistaates Sachsen

Stand: 1. September 2018 (12. Fortschreibung)
vom 30. August 2018

Sächsisches Staatsministerium
für Soziales und Verbraucherschutz

Krankenhauswesen

Bekanntmachung

**des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz
zum Krankenhausplan des Freistaates Sachsen
Stand: 1. September 2018 (12. Fortschreibung)
vom 30. August 2018**

Gemäß § 4 Absatz 4 des Gesetzes zur Neuordnung des Krankenhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz – SächsKHG) vom 19. August 1993 (Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt – SächsGVBl. Seite 675), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 26. April 2018 (SächsGVBl. Seite 198) geändert worden ist, gibt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, Stand: 1. September 2018 (12. Fortschreibung) vom 30. August 2018 bekannt:

Inhaltsverzeichnis

1	Krankenhausplan des Freistaates Sachsen	6
1.1	Rechtsgrundlagen	6
1.2	Funktion des Krankenhausplanes	7
1.3	Inhalt des Krankenhausplanes	8
1.4	Krankenhausstrukturen und Fachgebiete	9
1.4.1	Allgemein- und Fachkrankenhäuser, Versorgungsstufen	9
1.4.2	Fachgebiete und Fachprogramme.....	9
1.4.3	Zentren	10
1.4.4	Sonstige Festlegungen.....	10
1.5	Belegarztsystem.....	10
1.6	Tagesklinische Versorgung im Krankenhaus.....	11
1.7	Notfallversorgung	11
2	Rahmenbedingungen	12
2.1	Bevölkerungsentwicklung	12
2.1.1	Ausgangssituation	12
2.1.2	Bevölkerungsvorausberechnung	15
2.2	Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung	18
2.2.1	Ausgangssituation	18
2.2.1.1	Bettenentwicklung	18
2.2.1.2	Leistungsentwicklung	20
2.2.1.3	Verweildauerentwicklung.....	21
2.2.1.4	Einzugsgebiet der Krankenhäuser.....	22
2.2.2	Prognose der demografiebedingten Entwicklung der Krankenhausleistungen.....	22
2.3	Medizinischer Fortschritt, Verhaltensänderungen, Versorgungsqualität und Wettbewerb, Modelle.....	23
2.4	Finanz- und Personalressourcen.....	23
2.5	Ambulante Versorgung im Krankenhaus, sektorenübergreifende Versorgung....	24
2.5.1	Ausgangssituation	24
2.5.2	Entwicklungsperspektiven	25
3	Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfes.....	27
3.1	Einflussfaktoren auf die Krankenhausplanung.....	27
3.2	Methode zur Bedarfsberechnung	27
3.2.1	Hill-Burton-Methode, Bettenkorridor	27

3.2.2	Einwohnerzahl, demografiebedingte und nichtdemografiebedingte Entwicklung	28
3.2.3	Verweildauer und Prognose der Verweildauerentwicklung	28
3.2.4	Bettennutzungsgrad	28
4	Fachprogramme	31
4.1	Fachgebiet Innere und Allgemeinmedizin	31
4.1.1	Spezialisierte Versorgung geriatrischer Patienten	31
4.1.2	Behandlung von Erkrankungen durch hochpathogene und lebensbedrohliche Erreger	31
4.1.3	Spezialisierte Adipositasbehandlungen	31
4.2	Versorgung Schwerbrandverletzter	32
4.3	Neurologische Frührehabilitation Phase B.....	32
4.4	Transplantation	32
4.4.1	Transplantationszentren nach Transplantationsgesetz.....	32
4.4.2	Stammzell-/Knochenmarktransplantation	33
4.5	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlear-Implantation.....	33
5	Besondere Aufgaben von Zentren gemäß Krankenhausentgeltgesetz	34
5.1	Zentren der Kategorie 1 (überörtliche und krankenhaushübergreifende Aufgabenwahrnehmung).....	35
5.1.1	Onkologische Zentren	35
5.1.2	Leiteinrichtungen der Traumanetzwerke.....	35
5.1.3	Zentren für Altersmedizin mit Geriatrienetzwerken	35
5.1.4	Weitere Zentren	36
5.2	Zentren der Kategorie 2 (Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen).....	36
5.3	Zentren der Kategorie 3 (Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen).....	36
6	Sonstige Festlegungen.....	38
6.1	Palliativversorgung	38
6.2	Spezialisierte kardiologische Leistungen	38
6.3	Spezialisierte septische Chirurgie.....	38
6.4	Versorgung von Schlaganfallpatienten	39
6.5	Kinder- und Jugendmedizin.....	39
6.6	Regionale onkologische Netzwerke (bisher: Tumorzentren).....	40
7	Ausbildungsstätten	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2006 bis 2016 nach Altersgruppen.....	13
Abbildung 2: Bevölkerung in Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsens im Jahr 2016 nach Altersgruppen	14
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2016 bis 2030 auf Basis der 6. RBV – Variante 2.....	16
Abbildung 4: Bevölkerung in Landkreisen und Kreisfreien Städten in Sachsen im Jahr 2030 nach Altersgruppen	17
Abbildung 5: Entwicklung der Bettenzahl je 10 000 Einwohner in den somatischen Fachgebieten von 2006 bis 2016.....	19
Abbildung 6: Entwicklung der Bettenzahl je 10 000 Einwohner in den psychischen Fachgebieten von 2006 bis 2016.....	19
Abbildung 7: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 1 000 Einwohner in den somatischen Fachgebieten von 2006 bis 2016.....	20
Abbildung 8: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 1 000 Einwohner in den psychischen Fachgebieten von 2006 bis 2016	21
Abbildung 9: Entwicklung der Verweildauer in den somatischen Fachgebieten von 2006 bis 2016	21
Abbildung 10: Entwicklung der Verweildauer in den psychischen Fachgebieten von 2006 bis 2016.....	22
Abbildung 11: Hill-Burton-Formel.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2006 bis 2016 nach Altersgruppen.....	13
Tabelle 2: Bevölkerungsstruktur am 31.12.2016 nach ausgewählten Altersgruppen in den Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsens	14
Tabelle 3: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen von 2016 bis 2030 auf Basis der 6. RBV – Variante 2 nach Altersgruppen und Kennziffern (in 1 000).....	16
Tabelle 4: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen bis 2030 auf Basis der 6. RBV – Variante 2 nach Landkreisen und Kreisfreien Städten (in 1 000)	18
Tabelle 5: Fallzahlentwicklung nach Patientenwohnort bis 2020 beziehungsweise 2030.....	22
Tabelle 6: Bettennutzungsgrad in den somatischen Fachgebieten	29
Tabelle 7: Bettennutzungsgrad in den psychischen Fachgebieten	30

Teil I

Allgemeine Grundsätze

1 Krankenhausplan des Freistaates Sachsen

1.1 Rechtsgrundlagen

Ausgehend von dem im Grundgesetz (GG) verbrieften Sozialstaatsprinzip ist der Staat verpflichtet, im Rahmen der Daseinsvorsorge auch die medizinische Versorgung durch Krankenhäuser sicherzustellen. Der Bundesgesetzgeber hat von der in Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG ihm für die Krankenhausfinanzierung zugewiesenen konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)¹ nur eingeschränkt Gebrauch gemacht und die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern weitgehend den Ländern überlassen. Den dadurch den Ländern eröffneten Gestaltungsspielraum füllt im Freistaat Sachsen das Sächsische Krankenhausgesetz (SächsKHG)² 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:

- 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.
- Die Strukturen, die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser sind unter Berücksichtigung des medizinischen, medizinisch-technischen und des pflegerischen Fortschritts sowie der demografischen Entwicklung kontinuierlich weiterzuentwickeln.
- Die Erfordernisse der Raumordnung sowie regionale Versorgungsbelange und -interessen sind zu berücksichtigen.
- Bei Universitätsklinika und akademischen Lehrkrankenhäusern sind die Belange der Forschung und Lehre angemessen zu berücksichtigen.
- Das Zusammenwirken der Träger der gesundheitlichen Versorgung ist zu fördern. Die stationäre Krankenversorgung wird durch das Angebot häuslicher Krankenpflege, teilstationärer Versorgung, Institutsambulanzen, vor- und nachstationärer Behandlung und ambulanten Operieren ergänzt. Das Angebot an stationären Kapazitäten ist entsprechend anzupassen.

¹ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (Bundesgesetzblatt – BGBl. I Seite 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I Seite 2581) geändert worden ist

² Gesetz zur Neuordnung des Krankenhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz – SächsKHG) vom 19. August 1993 (SächsGVBl. Seite 675), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 26. April 2018 (SächsGVBl. Seite 198) geändert worden ist

- Die Vielfalt der Krankenhausträger ist zu fördern; freigemeinnützigen und privaten Trägern ist ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung zu geben.

Laut § 6 Absatz 1a KHG sind die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PQI) gemäß § 136c Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)³ Bestandteil des Krankenhausplans. Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen PQI nach § 6 Absatz 1a KHG auf der Grundlage der vom G-BA nach § 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen laut § 8 Absatz 1a KHG ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Da bislang noch keine Auswertungen zur Erfüllung beziehungsweise Nichterfüllung von PQI vorliegen, bilden sich PQI und deren Folgen im vorliegenden Krankenhausplan noch nicht ab; dies kann in den kommenden Jahren eine wichtige Rolle spielen.

§ 3 in Verbindung mit § 36 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 1a KHG aus.

1.2 Funktion des Krankenhausplanes

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

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

Die 12. 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 ab dem zweiten Halbjahr 2018 bestimmt. Mit der Vorlage der 12. Fortschreibung des Krankenhausplanes erfolgt nach wie vor keine dauerhafte Fortschreibung 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 sowie der Erfüllung vorgeschriebener Qualitätsanforderungen aufgenommen sind. Daraus folgt, dass Krankenhäuser, soweit nicht medizinisch leistungsfähig oder bedarfsnotwendig, aus dem Krankenhausplan herausgenommen und/oder die aufgenommenen Fachgebiete beziehungsweise die Gesamtbettenzahl dem Bedarf entsprechend angepasst werden können.

³ Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I Seiten 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I Seite 3214) geändert worden ist

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.

Die für die Krankenhausplanung landesweit geltenden Ziele und Grundsätze der Raumordnung als überörtliche und fachübergreifende Rahmenseetzungen für die räumliche Ordnung und Entwicklung des Freistaates Sachsen ergeben sich derzeit aus dem Landesentwicklungsplan 2013 (LEP 2013)⁴ sowie aus den als Satzungen beschlossenen und genehmigten Regionalplänen in ihrer jeweils geltenden Fassung.

1.3 Inhalt des Krankenhausplanes

Teil I enthält im Wesentlichen 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 Nummer 2 benannten Einflussfaktoren.

Teil II Nummer 1 enthält alle Plankrankenhäuser im Freistaat Sachsen (Standorte und Tageskliniken) mit Angaben zum Krankenhausträger, zu den Fachgebieten unter Angabe der Haupt- und Belegabteilungen am jeweiligen Standort, den Fachprogrammen, der Anzahl der Gesamtbetten, die für die Akutversorgung der Bevölkerung bedarfsnotwendig sind, der Gesamtzahl der tagesklinischen Plätze sowie die Zuordnung als Allgemeinkrankenhaus der Regel-, Schwerpunkt- oder Maximalversorgung beziehungsweise als Fachkrankenhaus.

Die Anzahl der Betten sowie der Tagesplätze 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 in der Übersicht in Teil II Nummer 1 erfolgt in Anlehnung an die bisherigen Direktionsbezirke nach drei Regionen (Südwestsachsen, Ostsachsen und Nordwestsachsen) mit den kreisfreien Städten und Landkreisen gemäß dem Sächsischen Kreisgebietsneugliederungsgesetz (SächsKrGebNG)⁵ und in Anlehnung an das Landesplanungsgesetz (SächsLPIG)⁶.

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

⁴ Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über den Landesentwicklungsplan Sachsen (Landesentwicklungsplan 2013 – LEP 2013) vom 14. August 2013 (SächsGVBl. Seite 582)

⁵ Gesetz zur Neugliederung des Gebietes der Landkreise des Freistaates Sachsen (Sächsischen Kreisgebietsneugliederungsgesetz – SächsKrGebNG) vom 29. Januar 2008 (SächsGVBl. Seite 102), das durch Artikel 7 des Gesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. Seite 970) geändert worden ist

⁶ Gesetz zur Raumordnung und Landesplanung des Freistaates Sachsen (Landesplanungsgesetz – SächsLPIG) vom 11. Juni 2010 (SächsGVBl. Seite 174), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 4 des Gesetzes vom 13. Dezember 2016 (SächsGVBl. Seite 652) geändert worden ist

Teil II Nummer 3 enthält eine Übersichtskarte der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen (Ü1) und Übersichten der geförderten Krankenhäuser und Krankenhausbetten nach Versorgungsstufen und Trägerschaften (Ü2), eine Zusammenstellung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen, Fachgebieten und Gesamtbettenzahl (Ü3) sowie eine Übersicht zu den tagesklinischen Plätzen in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ü4).

1.4 Krankenhausstrukturen und Fachgebiete

1.4.1 Allgemein- und Fachkrankenhäuser, 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.

Allgemeinkrankenhäuser sind Einrichtungen, die die Voraussetzungen nach § 2 Nummer 1 KHG und § 107 Absatz 1 SGB V erfüllen, ohne dass in der Regel ein bestimmtes Fachgebiet im Vordergrund steht. Sie werden in Allgemeinkrankenhäuser der Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung unterschieden.

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 gibt es Fachkrankenhäuser, die insbesondere Schwerpunkte wie Herzchirurgie, Geriatrie, Pneumologie oder Orthopädie vorhalten. 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 Nummer 1 KHG vorliegen.

1.4.2 Fachgebiete und Fachprogramme

Bei den im Krankenhausplan, Teil II, angeführten Krankenhäusern werden – in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (WBO) vom 26.11.2005 in der Fassung der Änderungssatzung vom 28.11.2016 – die Gebiete ausgewiesen, in denen Betten oder Plätze zur stationären oder teilstationären Aufnahme von Patienten geplant werden. Eine differenziertere Zuordnung zu den in der WBO aufgeführten Teilgebieten und Schwerpunkten in den jeweiligen Gebieten erfolgt mit folgenden Ausnahmen nicht:

Die Herzchirurgie und die Kinderchirurgie als Teilgebiete im Gebiet Chirurgie werden als Versorgungsauftrag gesondert in Teil II Nummer 1 krankenhausesindividuell ausgewiesen.

Schwerpunkte im Sinne der WBO und sonstige Spezialisierungen innerhalb eines Fachgebietes werden als Versorgungsauftrag gesondert in Teil II Nummer 1 krankenhausindividuell ausgewiesen, sofern sie im Rahmen von Nummer 4 – Fachprogramme – gesondert geplant werden. In Nummer 4.4.1 werden auch die gemäß Transplantationsgesetz (TPG)⁷ zugelassenen Transplantationszentren ausgewiesen.

Der Ausweis von Belegbetten erfolgt schwerpunktbezogen; auf Nummer 1.5 wird verwiesen.

1.4.3 Zentren

Zentren im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)⁸ sind die unter Nummer 5 explizit als solche ausgewiesenen Zentren.

1.4.4 Sonstige Festlegungen

In Nummer 6 werden Festlegungen zu weiteren Versorgungsangeboten getroffen, die weder den Fachprogrammen (Nummer 4) noch den Zentren (Nummer 5) zuzuordnen sind.

1.5 Belegarztsystem

Das Belegarztsystem in den sächsischen Krankenhäusern richtet sich nach den gesetzlichen Grundlagen (§§ 115 und 121 SGB V sowie § 26 Absatz 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 sichergestellt ist. Die Bereitschaft zur intensiven Information und Kooperation sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis wird vorausgesetzt. Die belegärztliche Tätigkeit von Vertragsärzten richtet sich nach den Regelungen der §§ 38 fortfolgend Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).

Bei der Einrichtung beziehungsweise 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.

⁷ Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I Seite 2206), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I Seite 2757) geändert worden ist

⁸ Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I Seiten 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I Seite 2615) geändert worden ist

1.6 Tagesklinische Versorgung im Krankenhaus

Tageskliniken an Krankenhäusern ermöglichen ein patientengerechtes und zugleich wirtschaftliches Behandlungsangebot in Ergänzung der vollstationären Krankenhausleistung. Grundsätzlich werden in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Klassifizierung der Fachgebiete nach der WBO) 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, Onkologie und Schmerztherapie.

1.7 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.

Der Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (veröffentlicht am 18.05.2018 im amtlichen Teil des Bundesanzeigers, Bekanntmachung 4) legt für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert fest. Die Prüfung der Einordnung der Krankenhäuser in das gestufte System von Notfallstrukturen sowie die Prüfung der Möglichkeit eines krankenhauserplanerischen Ausweises bleibt einem gesonderten Verfahren vorbehalten.

Die Krankenhäuser stellen im Rahmen des § 28 Absatz 3 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG)⁹ Ärzte für den Rettungsdienst zur Verfügung. Zudem haben sie gemäß § 56 Absatz 1 SächsBRKG Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben.

Belange der Notfallversorgung in Krankenhäusern, der Bereitstellung von Notärzten durch Krankenhäuser, des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie des Rettungsdienstes sind künftig stärker aufeinander abzustimmen.

⁹ Sächsisches Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz vom 24. Juni 2004 (SächsGVBl. Seiten 245, 647), das zuletzt durch das Gesetz vom 10. August 2015 (SächsGVBl. Seite 466) geändert worden ist

2 Rahmenbedingungen

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

- sich verändernder Bedarf an Gesundheitsleistungen aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts,
- die zunehmende Inanspruchnahme nichtstationärer Leistungen,
- limitierte finanzielle und personelle Ressourcen der Krankenhäuser,
- Ausweitung sektorenübergreifender, integrierter Versorgungsmodelle inklusive Telemedizin,
- Verschärfung des Wettbewerbs aufgrund zunehmender Angebotstransparenz und Mündigkeit der Patienten und
- Qualität der Versorgung.

2.1 Bevölkerungsentwicklung

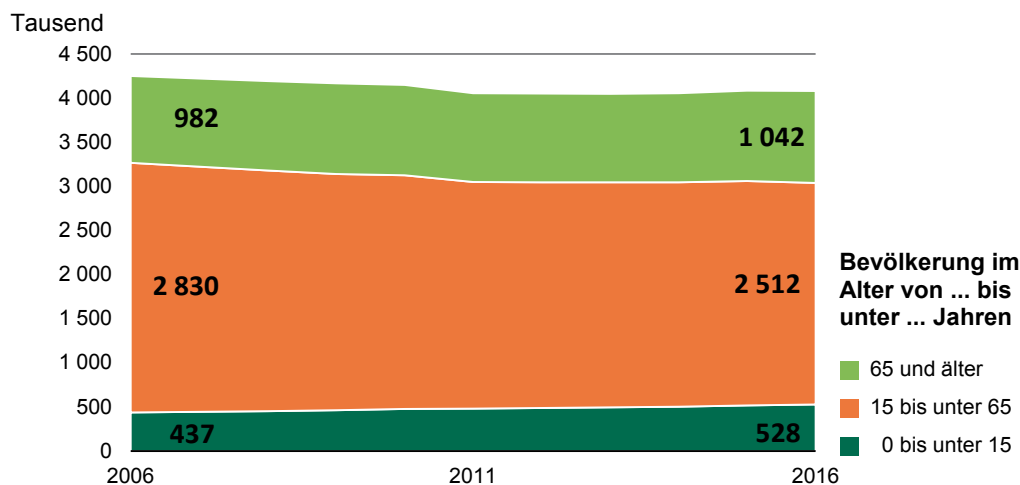
2.1.1 Ausgangssituation

Nach der Veröffentlichung der 11. Fortschreibung des Krankenhausplanes im Jahr 2013 wurden die endgültigen Ergebnisse des Zensus 2011 veröffentlicht, welche eine Revision der Bevölkerungszahlen für 2011 sowie der bereits veröffentlichten späteren Jahre zur Folge hatten. Durch den Zensus wurde die amtliche Bevölkerungszahl für Sachsen von 4 137 051 Einwohnern am 31.12.2011 auf 4 054 182 Einwohner korrigiert, ein Verlust von mehr als 80 000 Einwohnern. Dieser Rückgang ist zu bedenken, wenn Vergleiche von Bevölkerungszahlen über die Datumsgrenze des Zensus hinweg durchgeführt werden. Die Vergleichbarkeit von Daten früherer Fortschreibungen des Krankenhausplanes ist daher nur eingeschränkt möglich, da sich die Datenbasis teilweise verändert hat.

Seit 2006 hat sich die Bevölkerung des Freistaates Sachsen von damals 4 249 774 Einwohnern um nominell 167 991 Personen auf mittlerweile 4 081 783 am 31.12.2016 reduziert; berücksichtigt man den Zensus-Effekt, bedeutet dies einen realen Bevölkerungsrückgang von 85 122 Personen in diesem Zeitraum. Das Durchschnittsalter ist von 45,0 Jahre im Jahr 2006 auf zuletzt 46,7 Jahre in 2016 angestiegen. Damit gehört Sachsen nach wie vor zu den älteren Bundesländern, der Altersdurchschnitt betrug 2016 bundesweit 44,3 Jahre.

Die Zahl der unter 15-jährigen wuchs von 437 421 im Jahr 2006 innerhalb von 10 Jahren zwar um 90 122 Personen, ein nomineller Zuwachs um rund 20,6 Prozent auf 527 543 Personen (zensuskorrigiert 21,7 Prozent). Gleichzeitig wuchs jedoch auch die Zahl der Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter von 981 905 Personen im Jahr 2006 auf 1 042 258 Personen im Jahr 2016 an, ein nomineller Zuwachs von immerhin reichlich 6,1 Prozent (zensuskorrigiert 7,4 Prozent). Auf die Gesamtbevölkerung bezogen bedeutet dies, dass seit dem Jahr 2015 die Altersgruppe 65 Jahre und älter mehr als ein Viertel der sächsischen Gesamtbevölkerung ausmacht.

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2006 bis 2016 nach Altersgruppen



Quelle: Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2006 bis 2016 nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	2006	2011	2016	Veränderung 2006 zu 2016 in Prozent
0 - 15	437 421	480 220	527 543	+ 20,60
15 - 65	2 830 448	2 570 841	2 511 982	- 11,25
65 und älter	981 905	1 003 121	1 042 258	+ 6,15
Insgesamt	4 249 774	4 054 182	4 081 783	- 3,95

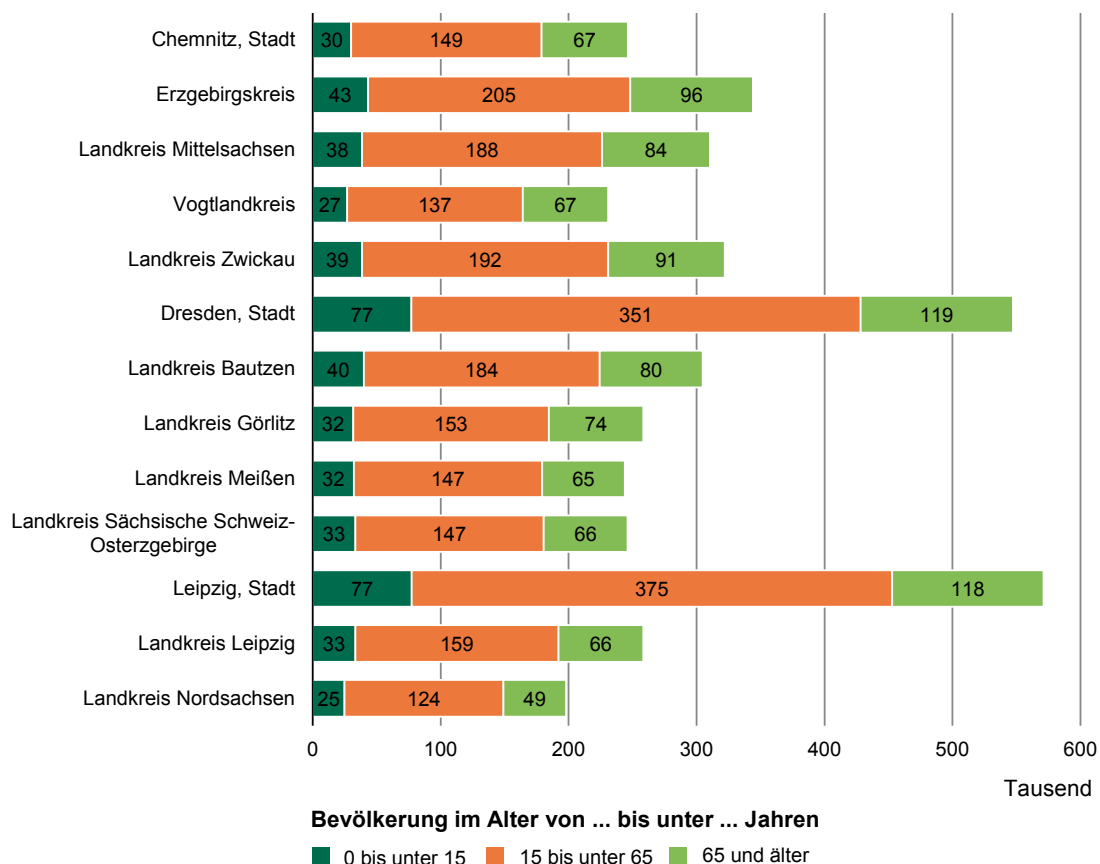
Die ausgewiesenen Veränderungen der Einwohnerzahl beinhalten die durch den Zensus 2011 veranlasste Korrektur des Bevölkerungsstandes.

Quelle: Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

Auch der Greying-Index, der die strukturelle Zusammensetzung der älteren Bevölkerung genauer beschreiben kann, und hier als das Verhältnis der Hochbetagten im Alter von 80 Jahren und älter zur Bevölkerung im Alter von 60 bis unter 80 Jahren berechnet wird, ist in den letzten 10 Jahren um nahezu ein Drittel angestiegen, und beträgt nun 29,5 Personen im Alter von 80 und älter je 100 Personen im Alter von 60 bis unter 80 Jahren.

Der Bevölkerungsrückgang und auch die Altersentwicklung in Sachsen fanden dabei nicht in allen Regionen gleichermaßen statt. Während insbesondere die Kreisfreien Städte Dresden und Leipzig einen deutlichen Bevölkerungsanstieg verzeichnen, aber auch die Kreisfreie Stadt Chemnitz ihren Bevölkerungsstand stabil halten kann, ist die Entwicklung in den Landkreisen durchgehend rückläufig, wobei insbesondere im Osten und im Südwesten Sachsens ein stärkerer Rückgang zu verzeichnen ist.

Abbildung 2: Bevölkerung in Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsens im Jahr 2016 nach Altersgruppen



Quelle: Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

Tabelle 2: Bevölkerungsstruktur am 31.12.2016 nach ausgewählten Altersgruppen in den Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsens

Landkreis Kreisfreie Stadt Land	0 bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	Insgesamt
Chemnitz, Stadt	30 069	148 841	67 443	246 353
Erzgebirgskreis	43 301	204 857	95 978	344 136
Landkreis Mittelsachsen	38 486	187 808	84 211	310 505
Vogtlandkreis	26 906	137 190	66 955	231 051
Landkreis Zwickau	38 572	192 299	91 228	322 099
Region Südwestsachsen	177 334	870 995	405 815	1 454 144
Dresden, Stadt	77 195	351 044	118 933	547 172
Landkreis Bautzen	40 035	184 374	80 282	304 691

Landkreis Kreisfreie Stadt Land	0 bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	Insgesamt
Landkreis Görlitz	31 706	152 887	73 744	258 337
Landkreis Meißen	32 208	147 147	64 534	243 889
Landkreis Sächsische Schweiz- Osterzgebirge	33 347	147 171	65 548	246 066
Region Ostsachsen	214 491	982 623	403 041	1 600 155
Leipzig, Stadt	77 415	375 484	118 189	571 088
Landkreis Leipzig	33 334	158 795	66 204	258 333
Landkreis Nordsachsen	24 969	124 085	49 009	198 063
Region Nordwestsachsen	135 718	658 364	233 402	1 027 484
Freistaat Sachsen	527 543	2 511 982	1 042 258	4 081 783

Quelle: Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

Absolut betrachtet hatten die Krankenhäuser in den Kreisfreien Städten Dresden und Leipzig im Jahr 2016 die meisten über 65-jährigen zu versorgen, obwohl der Anteil dieser Altersgruppe dort am geringsten ist (21,7 Prozent beziehungsweise 20,7 Prozent). Den höchsten Wert bei der Betrachtung der Bevölkerungsanteile hat hier aktuell der Vogtlandkreis inne, wo 29 Prozent der Bevölkerung 65 Jahre und älter sind. Betrachtet man die Hochbetagten, so liegt der Landkreis Görlitz an der Spitze, der 8,6 Prozent Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und älter aufweist.

Beim Anteil der Altersgruppe der unter 15-jährigen ist der Abstand in den regionalen Strukturen deutlich geringer und schwankt 2016 zwischen 11,6 Prozent im Vogtlandkreis und 14,1 Prozent in Dresden.

2.1.2 Bevölkerungsvorausberechnung

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

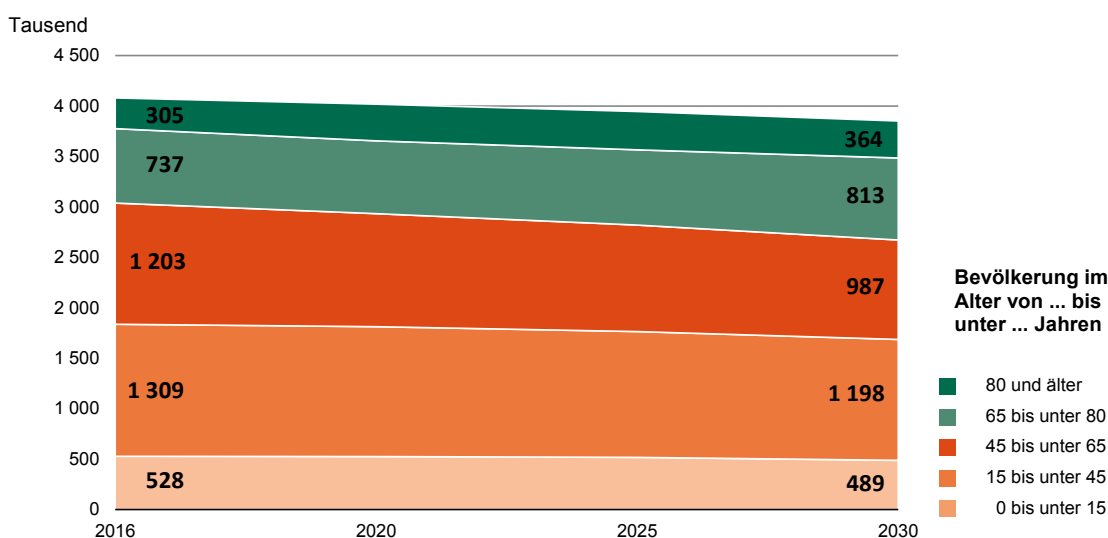
Nach der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen (6. RBV – Variante 2) ist für Sachsen bis zum Prognosehorizont 2030 mit einer Schrumpfung der Bevölkerung um rund 230 000 Personen auf dann 3,85 Millionen Einwohner zu rechnen.

Der in der 6. RBV modellierten Variante 1, welche von einem länger anhaltenden erhöhten Zuzug von Schutzsuchenden bis 2020 ausging, fehlt aufgrund der realen Entwicklung mittlerweile die Basis. Grundlage der Krankenhausplanung ist daher die Variante 2, welche eine sachsenspezifische Umsetzung der oberen Variante 2 (G1-L1-W2) der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundesamtes für Statistik (Destatis) darstellt.

Das Bundesamt für Statistik (Destatis) sieht in seiner längerfristigen 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung auch nach 2030 einen weiteren Bevölkerungsrückgang, der bis 2050 zu einer Bevölkerungszahl von rund 3,4 Millionen Einwohnern führt.

Eine unterschiedliche Entwicklung der Altersgruppen führt dazu, dass 2030 voraussichtlich ein knappes Drittel der Einwohner Sachsens 65 Jahre und älter sein wird. Andererseits wird sich die Altersgruppe der unter 15-jährigen, über einen langen Zeitraum um die 12 Prozent herum stabilisieren, so dass sich am Ende der Vorausberechnung der Anteil an der sächsischen Bevölkerung nicht nennenswert verändert hat. Den stärksten Rückgang verzeichnet die Altersgruppe der 45- bis 65-jährigen, der sich von einem Anteil von nicht ganz einem Drittel der Bevölkerung innerhalb von knapp 15 Jahren auf ein Viertel reduziert.

Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2016 bis 2030 auf Basis der 6. RBV – Variante 2



Quelle: 2016 Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen; 2017 bis 2030 - 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Sachsen bis 2030, Variante 2, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Tabelle 3: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen von 2016 bis 2030 auf Basis der 6. RBV – Variante 2 nach Altersgruppen und Kennziffern (in 1 000)

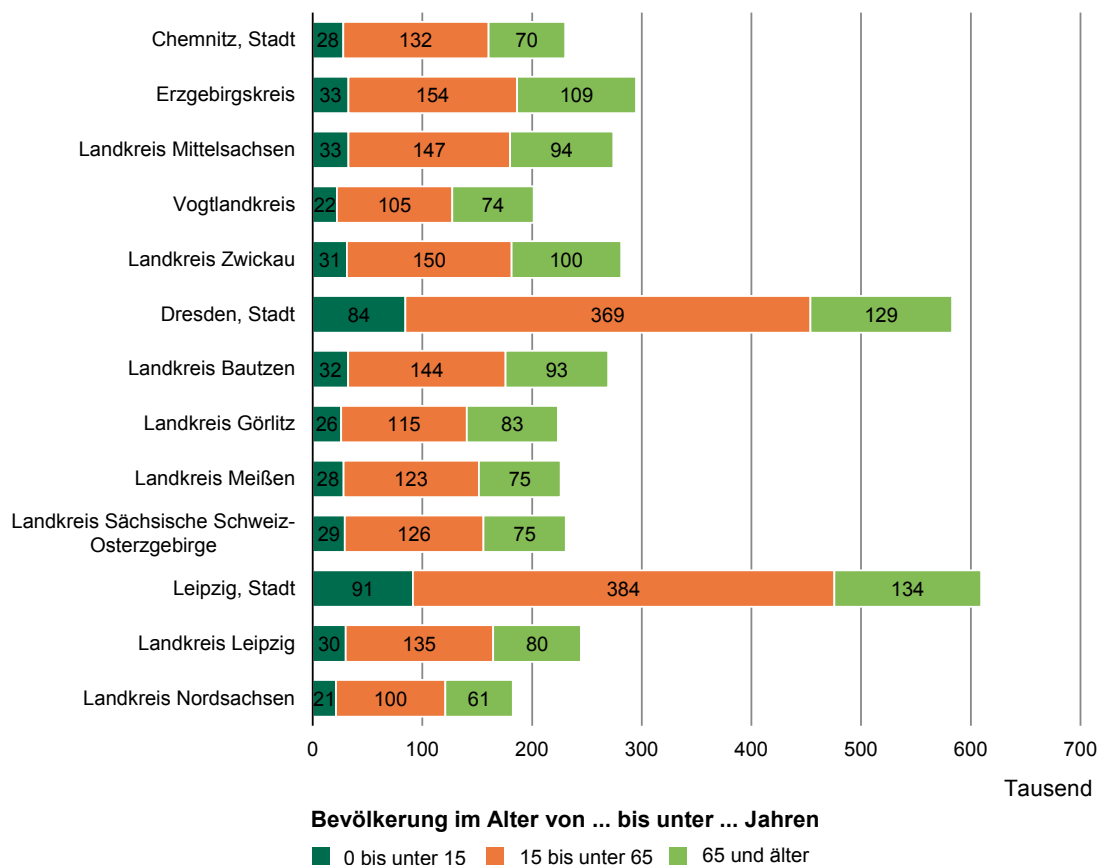
Alter von ... bis unter ... Jahren	2016	2020	2025	2030	Veränderung 2016 zu 2030 in Prozent
0 - 15	527,5	526,7	516,5	489,2	- 7,0
15 - 45	1 308,9	1 287,6	1 249,6	1 197,8	- 8,0
45 - 65	1 203,1	1 118,6	1 055,0	986,7	- 18,0
65 - 80	737,1	723,5	745,1	813,4	+ 10,0
80 und mehr	305,1	362,8	379,1	364,2	+ 19,0
Insgesamt	4 081,8	4 019,2	3 945,4	3 851,4	- 6,0

Alter von ... bis unter ... Jahren	2016	2020	2025	2030	Veränderung 2016 zu 2030 in Prozent
Bevölkerungsanteil 65+	25,5 %	27,0 %	28,5 %	30,6 %	
Bevölkerungsanteil 80+	7,5 %	9,0 %	9,6 %	9,5 %	

Quelle: 2016 Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen; 2020-2030 - 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Sachsen bis 2030, Variante 2, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Regional betrachtet setzt sich die aktuell zu beobachtende Entwicklung voraussichtlich auch in Zukunft fort. Während die Kreisfreien Städte Dresden und Leipzig kontinuierlich wachsen, werden alle anderen regionalen Einheiten kontinuierlich schrumpfen. Insgesamt wird diese Entwicklung zu einer weiter zunehmenden Bevölkerungskonzentration und dem Rückzug aus dem ländlichen Raum führen, so dass 2030 wahrscheinlich fast ein Drittel der sächsischen Bevölkerung in den beiden Halbmillionenstädten leben wird, was bislang nur bei einem reichlichen Viertel der Fall ist.

Abbildung 4: Bevölkerung in Landkreisen und Kreisfreien Städten in Sachsen im Jahr 2030 nach Altersgruppen



Quelle: 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Sachsen bis 2030, Variante 2, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Tabelle 4: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen bis 2030 auf Basis der 6. RBV – Variante 2 nach Landkreisen und Kreisfreien Städten (in 1 000)

Regionaleinheit	2016	2020	2025	2030	Veränderung 2016 zu 2030 in Prozent
Chemnitz, Stadt	246,4	242,5	236,0	230,1	- 6,60
Erzgebirgskreis	344,1	329,5	312,0	294,9	- 14,31
Landkreis Mittelsachsen	310,5	299,0	286,6	274,1	- 11,71
Vogtlandkreis	231,1	221,2	211,4	201,4	- 12,82
Landkreis Zwickau	322,1	308,8	294,9	281,2	- 12,70
Region Südwestsachsen	1 454,1	1 401,0	1 340,8	1 281,7	- 11,86
Dresden, Stadt	547,2	564,8	577,2	583,1	+ 6,56
Landkreis Bautzen	304,7	294,0	281,9	269,4	- 11,59
Landkreis Görlitz	258,3	247,2	235,4	223,6	- 13,43
Landkreis Meißen	243,9	238,2	232,5	226,2	- 7,26
Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	246,1	242,9	237,6	230,9	- 6,17
Region Ostsachsen	1 600,2	1 587,2	1 564,7	1 533,2	- 4,19
Leipzig, Stadt	571,1	586,3	603,7	609,5	+ 6,72
Landkreis Leipzig	258,3	253,2	249,2	244,7	- 5,29
Landkreis Nordsachsen	198,1	191,6	187,0	182,4	- 7,93
Region Nordwestsachsen	1 027,5	1 031,1	1 039,8	1 036,5	+ 0,88
Freistaat Sachsen	4 081,8	4 019,2	3 945,4	3 851,4	- 5,72

Quelle: 2016 Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen; 2020 bis 2030 - 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Sachsen bis 2030, Variante 2, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Die Entwicklung der demografischen Zusammensetzung auf regionaler Ebene ist dabei deutlich differenzierter. In den Kreisfreien Städten bleibt die Bevölkerungsstruktur überwiegend konstant, in Dresden und Leipzig dominiert dabei das Bevölkerungswachstum. Auf der Ebene der Landkreise steht der demografische Wandel mehr im Vordergrund. Der primär sichtbare Bevölkerungsrückgang überdeckt hier ein überproportionales Wachstum der Bevölkerungsgruppe im Alter von 65 Jahren und mehr, die gerade im ländlichen Raum einen absoluten Bevölkerungszuwachs erfahren wird.

2.2 Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung

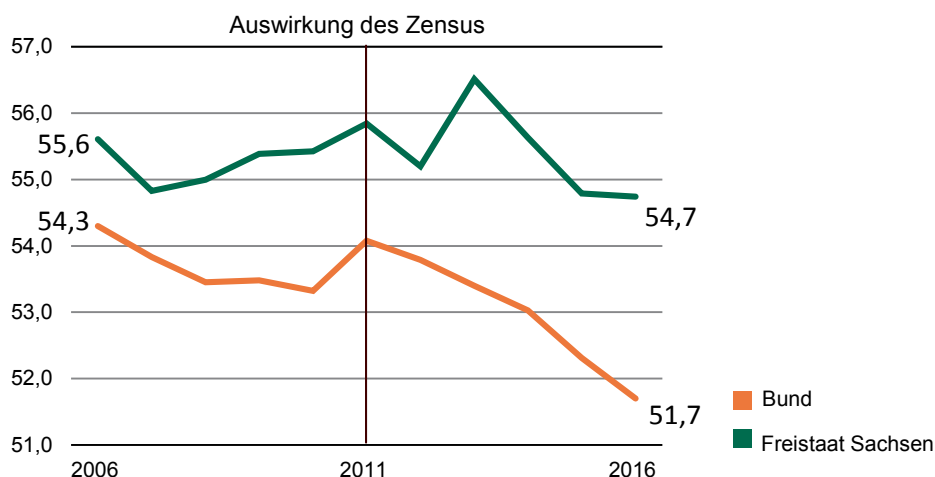
2.2.1 Ausgangssituation

2.2.1.1 Bettenentwicklung

Die Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten war in Sachsen – entsprechend dem Bundestrend – auch in den letzten zehn Jahren rückläufig. Die Anzahl der im sächsischen Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser reduzierte sich von 85 auf aktuell 78.

Gleichzeitig hat sich im Zeitraum 2006 bis 2016 die Zahl der aufgestellten Krankenhausbetten¹⁰ je 10 000 Einwohner (Bettenziffer) in den somatischen Fachgebieten in Sachsen um reichlich 1,6 Prozent, dies entspricht einem Abbau von 1 343 Betten, und bundesweit um 4,8 Prozent reduziert.

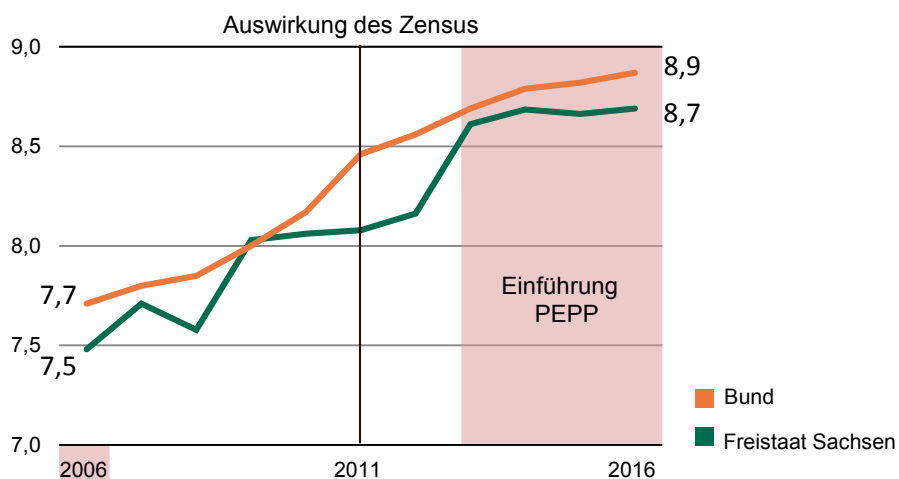
Abbildung 5: Entwicklung der Bettenzahl je 10 000 Einwohner in den somatischen Fachgebieten von 2006 bis 2016



Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen – Krankenhausstatistik, Grunddaten; Gesundheitsberichterstattung Bund

Dagegen stieg im gleichen Zeitraum die Bettenziffer in den psychischen Fachgebieten in Sachsen um 16,2 Prozent, das heißt, um 362 Betten, und im Bundesdurchschnitt um 15 Prozent an.

Abbildung 6: Entwicklung der Bettenzahl je 10 000 Einwohner in den psychischen Fachgebieten von 2006 bis 2016



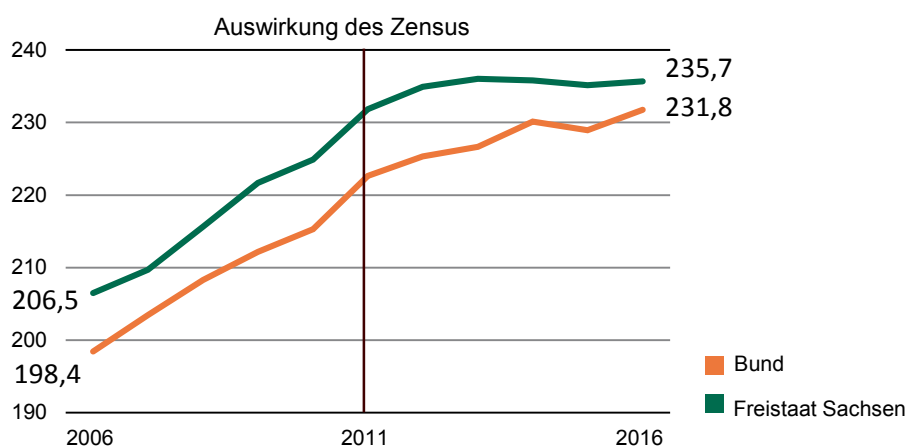
Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen – Krankenhausstatistik, Grunddaten; Gesundheitsberichterstattung Bund

¹⁰ Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Bundesamt für Statistik – Krankenhausstatistik, Grunddaten

2.2.1.2 Leistungsentwicklung

In den Jahren 2006 bis 2016 sind die somatischen Krankenhausfälle je 1 000 Einwohner in Sachsen insgesamt um 14,1 Prozent gestiegen, dies bedeutet einen Anstieg der absoluten Fallzahlen von rund 84 400 bei einer gleichzeitig um circa 168 000 Personen schrumpfenden Bevölkerung. Mittlerweile ist jedoch erkennbar, dass die Krankenhaushäufigkeit im somatischen Bereich nach einer längeren Phase der Steigerung seit 2012 stagniert. Ursächlich dafür sind hauptsächlich die zuletzt sinkenden Fallzahlen trotz einer anhaltenden Alterung der Bevölkerung. Dass es infolge der Fallzahlentwicklung nicht zu einem Rückgang der Krankenhaushäufigkeit kommt, ist in einem geringen Bevölkerungszuwachs in den Jahren 2012 bis 2016 begründet. Im Bundesdurchschnitt betrug der Anstieg der Krankenhaushäufigkeit in derselben Zeit 16,8 Prozent, wobei auf Bundesebene nicht nur die Fallzahlen, sondern seit 2011 auch die Bevölkerungszahl wieder kontinuierlich anwuchs.

Abbildung 7: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 1 000 Einwohner in den somatischen Fachgebieten von 2006 bis 2016

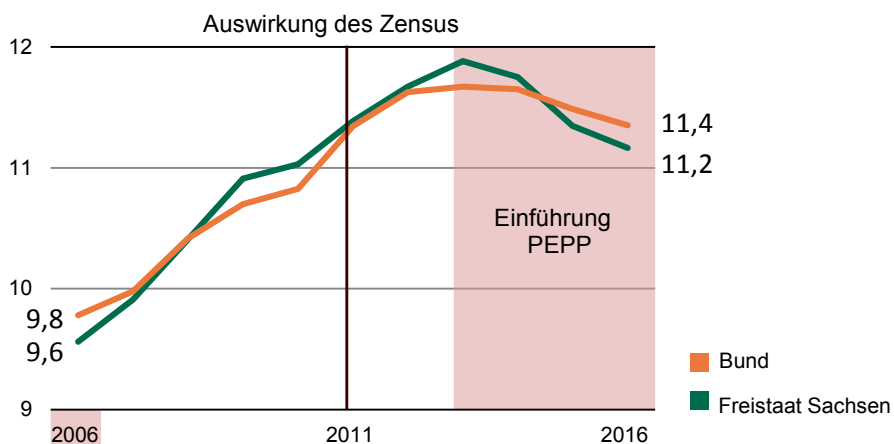


Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen – Krankenhausstatistik, Grunddaten; Gesundheitsberichtserstattung Bund

In den psychischen Fachgebieten stieg die Krankenhaushäufigkeit in den letzten 10 Jahren um insgesamt 16,8 Prozent, wobei seit 2013 wieder ein Rückgang, sowohl der Häufigkeit als auch der absoluten Zahlen, zu verzeichnen ist. Auf Bundesebene ist die Entwicklung zu Sachsen fast identisch (die Spitze der absoluten Fallzahlen ereignete sich mit 2014 ein Jahr später), hier gab es in der Bilanz einen Zuwachs von 16,1 Prozent.

Der Fallzahlrückgang und gleichzeitige Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer in den psychischen Fachgebieten beruht dabei auch auf einem technischen Effekt, da mit der Einführung des neuen Entgeltsystems für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (sogenanntes PEPP-System) ab dem Jahr 2013 gleichzeitig neue Regelungen zur Fallzusammenführung wirksam wurden. Im PEPP-System werden mehrere Aufenthalte bei kurzfristiger Wiederaufnahme zu einem Fall mit dementsprechend längerer Verweildauer zusammengeführt, während bislang ein Aufenthalt nach kurzfristiger Wiederaufnahme gesondert als Fall gezählt wurde. Die Teilnahme am PEPP-System ist jedoch erst ab 2018 nach den sogenannten Optionsjahren für alle Krankenhäuser verpflichtend, so dass auch der Umstieg der sächsischen Krankenhäuser zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgte beziehungsweise noch erfolgen wird.

Abbildung 8: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 1 000 Einwohner in den psychischen Fachgebieten von 2006 bis 2016

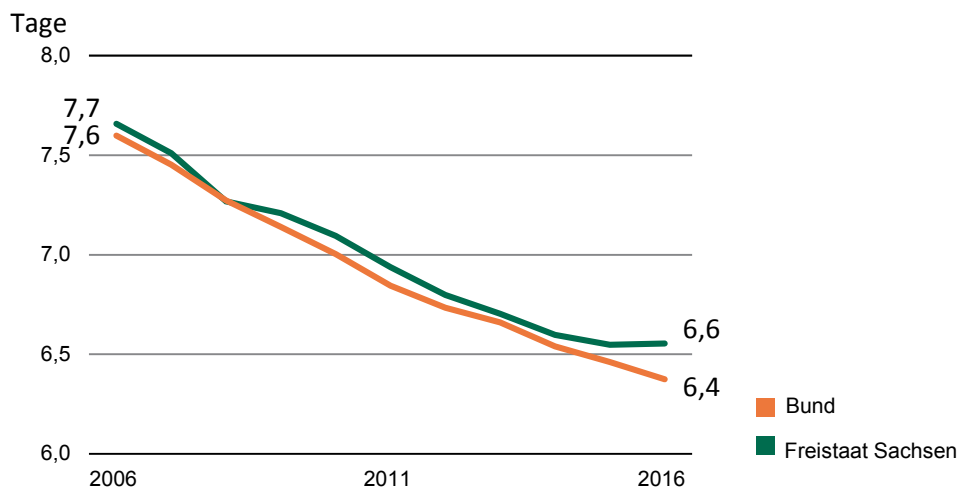


Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen – Krankenhausstatistik, Grunddaten; Gesundheitsberichtserstattung Bund

2.2.1.3 Verweildauerentwicklung

Die durchschnittliche Verweildauer in den somatischen Fachgebieten entwickelt sich in Sachsen und dem Bund vergleichbar. In beiden Betrachtungsebenen kann ein nahezu kontinuierlicher Rückgang beobachtet werden, der in den letzten 10 Jahren zu einer Absenkung der Verweildauer um 14,4 Prozent in Sachsen respektive 16,1 Prozent auf Bundesebene führte.

Abbildung 9: Entwicklung der Verweildauer in den somatischen Fachgebieten von 2006 bis 2016

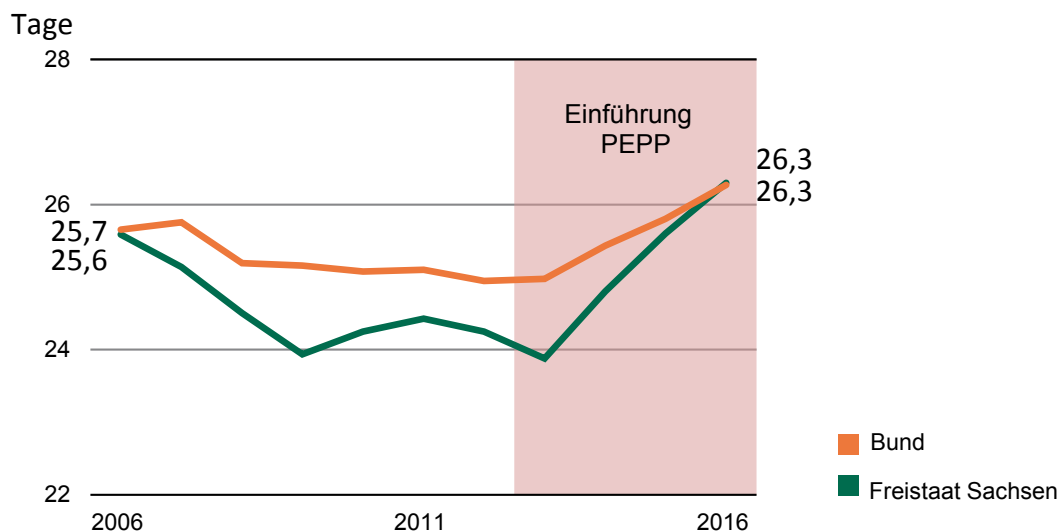


Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen – Krankenhausstatistik, Grunddaten; GBE Bund

In den psychischen Fachgebieten liegt die Verweildauer nach einem zeitweiligen Rückgang um bis zu 7 Prozent in den Jahren 2009 und 2013 mittlerweile wieder 2,8 Prozent höher als noch vor 10 Jahren. Auf Bundesebene fällt der zeitweilige Rückgang nicht so stark aus, aber insgesamt ist auch hier ein vergleichbares Verhalten zu beobachten, mit einem Anstieg um 2,4 Prozent im Beobachtungszeitraum.

Auf die Ausführungen zum technischen Effekt des PEPP-Umstieges unter Nummer 2.2.1.2 wird verwiesen.

Abbildung 10: Entwicklung der Verweildauer in den psychischen Fachgebieten von 2006 bis 2016



Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen – Krankenhausstatistik, Grunddaten; GBE Bund

2.2.1.4 Einzugsgebiet der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser dienen überwiegend der stationären Versorgung von Patienten aus Sachsen. 2016 wurden in den Krankenhäusern des Freistaates Sachsen laut Angaben der Krankenhausstatistik (Grunddaten) 1 007 532 stationäre Fälle behandelt, davon stammen 5,24 Prozent aus anderen Bundesländern und 0,33 Prozent aus dem Ausland.

2.2.2 Prognose der demografiebedingten Entwicklung der Krankenhausleistungen

Unter der Annahme, dass die alterskohortenspezifische Krankenhaushäufigkeit konstant bleibt, ist auf Grund der Alterung bei gleichzeitig anhaltendem Rückgang der Bevölkerung in Sachsen im Zeitraum von 2016 bis 2020 mit einem geringen Anstieg von 1,5 Prozent der Fallzahlen zu rechnen, bis 2030 würden diese wieder leicht absinken, und damit nur noch um 1 Prozent höher als 2016 ausfallen. Die Entwicklung innerhalb der Landkreise und Kreisfreien Städte ist dabei nicht einheitlich. Die nachfolgende Tabelle zeigt die regionalen Unterschiede:

Tabelle 5: Fallzahlentwicklung nach Patientenwohnort bis 2020 beziehungsweise 2030

Regionaleinheit	Veränderung 2016 zu 2020 in Prozent	Veränderung 2016 zu 2030 in Prozent
Chemnitz, Stadt	+ 0,6	- 1,8
Erzgebirgskreis	- 1,5	- 4,8
Landkreis Mittelsachsen	- 1,3	- 4,3
Vogtlandkreis	+ 0,2	- 2,8
Landkreis Zwickau	- 1,2	- 4,7
Region Südwestsachsen	- 0,8	- 3,9

Regionaleinheit	Veränderung 2016 zu 2020 in Prozent	Veränderung 2016 zu 2030 in Prozent
Dresden, Stadt	+ 6,8	+ 10,4
Landkreis Bautzen	+ 0,1	- 2,4
Landkreis Görlitz	+ 2,9	- 0,5
Landkreis Meißen	+ 0,7	+ 0,5
Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	- 0,4	- 0,2
Region Ostsachsen	+ 2,5	+ 2,3
Leipzig, Stadt	+ 6,2	+ 11,8
Landkreis Leipzig	+ 1,7	+ 3,7
Landkreis Nordsachsen	+ 1,1	+ 2,5
Region Nordwestsachsen	+ 3,7	+ 7,3
Freistaat Sachsen	+ 1,5	+ 1,0

Quelle: 2016 Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen; 2020-2030 - 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Sachsen bis 2030, Variante 2, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen; eigene Berechnungen des SMS

2.3 Medizinischer Fortschritt, Verhaltensänderungen, Versorgungsqualität und Wettbewerb, Modelle

Neben der demografischen Entwicklung wird der Bedarf an Krankenhausleistungen von weiteren Einflussfaktoren bestimmt. Dies sind zum Beispiel der medizinisch-technische Fortschritt, individuelle Verhaltensänderungen (Ernährung, Bewegung), exogene Umwelteinflüsse, neue Erkrankungsbilder sowie ein sich ökonomischen Rahmenbedingungen anpassendes Anspruchsverhalten der Bevölkerung. Diese Faktoren sind auch eine Erklärung, warum sich die Fallzahlen der somatischen Fachgebiete demografiebereinigt innerhalb der einzelnen Alterskohorten verändern.

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.

2.4 Finanz- und Personalressourcen

In sächsischen Krankenhäusern sind circa 49 000 Mitarbeiter beschäftigt. In Zukunft wird dem Gewinnen qualifizierter Fachkräfte eine zentrale Bedeutung zukommen.

Bereits heute fehlen Ärzte nicht nur im niedergelassenen Bereich, sondern auch im Krankenhaus. Nach Erhebungen des Deutschen Krankenhaus Institutes hatten zum Jahresbeginn 2016 rund 60 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland Probleme, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Bezogen auf die Gesamtzahl der Arztstellen in deutschen Krankenhäusern blieben bundesweit 3 Prozent der Stellen im Ärztlichen Dienst unbesetzt. Der jährliche Verlust 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.

Auch die Gewinnung des nichtärztlichen Personals ist und bleibt eine große Aufgabe für die Krankenhäuser. In diesem Bereich werden sie künftig noch stärker vor eine Herausforderung gestellt, da auch Forderungen nach Pflegepersonaluntergrenzen beziehungsweise Personalbedarfsziffern immer mehr in den Fokus rücken.

Angesichts knapper Personalressourcen bleibt die Konsolidierung und das Bemühen um eine stabile Personalwirtschaft daher eine anspruchsvolle Aufgabe.

Von dem sich verschärfenden Mangel an Ärzten und Pflegekräften – das zeigt bereits heute die regionale Verteilung der offenen Stellen – werden insbesondere Krankenhausstandorte im ländlichen Raum 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 Prämisse, die Wettbewerbsfähigkeit der sächsischen Wirtschaft zu erhalten, besteht eine ständige Aufgabe darin, zusätzliche Finanzressourcen wie Steuern, Beiträge sowie Eigenanteile der Versicherten zu generieren und diese gezielt und nachhaltig einzusetzen.

2.5 Ambulante Versorgung im Krankenhaus, sektorenübergreifende Versorgung

Die Krankenhausplanung betrifft auf Basis der aktuellen Rechtslage grundsätzlich nur den stationären Bereich. Gleichwohl wird an dieser Stelle ebenfalls betrachtet, wie Krankenhäuser rechtssystematisch und faktisch in das ambulante Leistungsgeschehen und in sektorenübergreifende Versorgungsmodelle eingebunden sind. Auch zu erwartende künftige Entwicklungen und neue gesetzliche Regelungen spielen im Rahmen einer Gesamteinschätzung eine Rolle.

2.5.1 Ausgangssituation

Die allgemeinen Krankenhausleistungen sind insbesondere gekennzeichnet durch stationäre ärztliche Behandlungen und Versorgung mit Unterkunft und Verpflegung. Darüber hinaus bieten Krankenhäuser eine große Anzahl ambulanter Leistungen, die gemessen an ihren Fallzahlen das stationäre Kerngeschäft deutlich übersteigen. Krankenhäuser leisten damit einen kooperativen und ergänzenden Beitrag zur ambulanten flächendeckenden Versorgung.

Insbesondere in ländlichen Regionen des Freistaates Sachsen werden die ambulanten Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser zunehmend in Anspruch genommen. Diese Entwicklung wird getrieben durch eine Verknappung der ärztlichen Ressourcen einerseits sowie der demografie- und morbiditätsbedingten Nachfrage nach gesundheitlicher Versorgung andererseits.

Mehr als die Hälfte der aktuell 174 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Sachsen (§ 95 SGB V) werden von Krankenhäusern betrieben. Die Krankenhäuser tragen damit bereits jetzt einen wichtigen Anteil zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, auch in den ländlichen Regionen, bei.

Krankenhäuser können darüber hinaus bei Erfüllung der jeweiligen gesetzlichen Vorgaben unter anderem folgende ambulante Leistungen erbringen:

- Notfallambulanzen, § 75 Absatz 1, 1b SGB V,
- Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, § 115a SGB V,
- Ambulantes Operieren im Krankenhaus, § 115b SGB V,
- Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (persönliche Ermächtigung), § 116 SGB V, und Ambulante Behandlung bei Unterversorgung (Institutsermächtigung), § 116a SGB V,
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, § 116b SGB V,
- Hochschulambulanzen, § 117 SGB V,
- Psychiatrische Institutsambulanzen, § 118 SGB V,
- Geriatriische Institutsambulanzen, § 118a SGB V,
- Sozialpädiatrische Zentren, § 119 SGB V und
- Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme), § 137f SGB V.

Dies wird ergänzt durch weitere Versorgungsangebote, in die sich Krankenhäuser einbringen können, wie zum Beispiel

- Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung, § 115d SGB V und
- Integrierte Versorgung gemäß §§ 140a fortfolgend SGB V

2.5.2 Entwicklungsperspektiven

In welchem Umfang sich die Versorgung künftig auf den ambulanten und stationären Bereich aufteilen wird, lässt sich aktuell nur schwer prognostizieren. Trotz wiederholter Bekenntnisse des Gesetzgebers zu integrierten, sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen ist die sektorale Trennung des Gesundheitswesens bisher nicht überwunden worden. Allerdings hat der Bundesgesetzgeber eine Reihe von gesetzlichen Neuregelungen angekündigt, die Auswirkungen auf die stationäre Versorgung durch Krankenhäuser erwarten lassen.

Lösungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen sollen jedoch im Freistaat Sachsen kurzfristig in zwei Modellregionen erprobt werden in der Erwartung, dass sich die Ergebnisse der Erprobung aus den Regionen, die unterschiedliche Voraussetzungen haben, später auch auf andere Regionen übertragen beziehungsweise anwenden lassen. Ende 2017 hat das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V folgende Modellregionen mit Entwicklungs- und Handlungsbedarf bestimmt:

- Modellregion Marienberg und
- Modellregion Weißwasser.

In diesen Modellregionen sollen solche Maßnahmen modellhaft erprobt werden, die die medizinische Versorgung unter Einbeziehung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zukunftsfähig machen. Dabei richtet sich der Blick auf das Jahr 2030. Maßgeblich ist dabei die aktive Mitwirkung aller Beteiligten der Region, das heißt unter anderem auch der kommunalen Ebene, der Wirtschaft sowie weiterer Akteure.

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

- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Telemedizin können einen Beitrag zur Stärkung der Versorgung im ländlichen Raum leisten. Die Krankenhäuser sind dabei durch ihren hohen internen Digitalisierungsgrad strukturelle Vorreiter. Für telemedizinische Projekte oder Regelanwendungen kommt ihnen eine Schlüsselrolle zu.
- Aufgrund der sich in ländlichen Regionen abzeichnenden Verschlechterung der Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte werden die Krankenhäuser beziehungsweise deren Träger zunehmend an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und diese ergänzen (zum Beispiel durch Errichtung eines Medizinischen Versorgungszentrums – MVZ).
- Aufgrund des medizinischen Fortschritts werden auch künftig teilweise bisher stationäre Leistungen durch ambulante Leistungen ersetzt werden. Die Vernetzung ambulanter und stationärer Leistungen gelingt vor allem dort, wo ambulant tätige Ärzte in das Krankenhaus eingebunden werden.
- Entsprechend der im Landespsychiatrieplan definierten Grundprinzipien und Zielstellungen der psychiatrischen Versorgung ist es ein erklärtes Ziel des Freistaates, dass die zur Behandlung psychischer Störungen notwendigen Hilfen möglichst ambulant erbracht werden sollen. Der Grundsatz ambulant vor stationär ist weiterhin ein wesentliches Element der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. Dabei geht es nicht prinzipiell um die Vermeidung stationärer Behandlung, sondern darum, den von psychischer Erkrankung betroffenen Personen die Behandlung zukommen zu lassen, die bei gleicher Wirksamkeit am geeignetsten ist.

Der Freistaat Sachsen unterstützt im Rahmen der Krankenhausplanung die Etablierung von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen im Sinne des § 64b SGB V. Gegenstand dieser Modelle ist die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen, ausgerichtet auf die Verbesserung der Patientenversorgung unter anderem durch sektorenübergreifende Leistungserbringung. Krankenhäuser, die sich an einem solchen Modell beteiligen, sollen durch die Erprobung innovativer Behandlungsansätze und dadurch eventuell entstehender Strukturveränderungen keine Nachteile erleiden. Für die Modellaufzeit und eine Nachlaufzeit von zwei Jahren bleiben modellbedingte Strukturveränderungen von der Krankenhausplanung unberührt. Maßgeblich hierfür sind die Feststellungen des Bescheides zur Durchführung des Krankenhausplans vor Beginn der Modellaufzeit. Ein Anspruch auf Investitionsförderung gemäß KHG besteht für modellbedingte Strukturveränderungen nicht.

3 Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfes

3.1 Einflussfaktoren auf die Krankenhausplanung

In die Ermittlung des stationären Bedarfes des einzelnen Krankenhauses fließen folgende Daten und Kennziffern ein:

- die Betten- und Tagesplatzkapazitäten des Krankenhausplanes, Stand 2017,
- die Anträge der Krankenhausträger für den Planungszeitraum ab 2018 und ihre Vorstellungen zur künftigen Entwicklung,
- die vom Krankenhaus übermittelten Leistungsdaten der Jahre 2015/2016,
- die DRG-Daten (diagnosebezogene Fallgruppen) der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG der Jahre 2010 bis 2016,
- die nach § 3 Nummer 14 der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV)¹¹ vom Statistischen Landesamt Sachsen erhobenen Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser für das Jahr 2015,
- 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 jeweils zum 31.12. der Jahre 2010 bis 2016 (für 2010 um Zensusdifferenz bereinigt), sowie die Entwicklung der zukünftigen Bevölkerungsstruktur in den Kreisfreien Städten und Landkreisen auf Basis der 6. RBV – Variante 2.

3.2 Methode zur Bedarfsberechnung

3.2.1 Hill-Burton-Methode, Bettenkorridor

Die Bedarfsanalyse, die dem Krankenhausplan für die Jahre ab 2018 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):

Abbildung 11: Hill-Burton-Formel

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

Die Festlegung des einrichtungsspezifischen Bettenbedarfes orientiert sich an einem **Betten-Bedarfskorridor**.

Für die **somatischen Fachgebiete** wird dessen obere beziehungsweise untere Begrenzung durch die tatsächliche Verweildauer des Krankenhauses sowie durch eine krankenhausspezifisch ermittelte Durchschnittsverweildauer jeweils unter Zugrundelegung eines krankenhausspezifischen Sollbettennutzungsgrades bestimmt.

¹¹ Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I Seite 730) die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 10. Juli 2017 (BGBl. I Seite 2300) geändert worden ist

Für die **psychischen Fachgebiete** Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird die obere beziehungsweise untere Begrenzung des Bettenbedarfskorridors jeweils durch die tatsächliche Verweildauer des Krankenhauses und durch die unter Nummer 3.2.3 für jedes Fachgebiet festgelegte Sollverweildauer sowie den unter Nummer 3.2.4 für jedes Fachgebiet festgelegten Sollbettennutzungsgrad bestimmt.

Die Ermittlung der einzelnen Determinanten im Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfes wird im Folgenden kurz dargelegt; eine ausführliche Erläuterung ist im Anhang zum Krankenhausplan enthalten.

3.2.2 Einwohnerzahl, demografiebedingte und nichtdemografiebedingte Entwicklung

Der Bedarfsberechnung des einzelnen Krankenhauses werden die für die jeweilige Region (Einzugsgebiet) im Jahr 2016 und im Jahr 2018 vom Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen prognostizierten Einwohnerzahlen zugrunde gelegt (6. RBV – Variante 2).

Neben der **demografiebedingten Entwicklung** wird getrennt für die somatischen und psychischen Fachgebiete für Sachsen insgesamt zudem eine **nichtdemografiebedingte Fallzahlentwicklung** berechnet und mit berücksichtigt.

3.2.3 Verweildauer und Prognose der Verweildauerentwicklung

Im somatischen Bereich wird auf Basis der DRG-Daten 2016 eine krankenhausesindividuelle Durchschnittsverweildauer ermittelt und zugrunde gelegt.

Für die psychischen Fachgebiete werden folgende Verweildauererichtwerte als Sollverweildauer zugrunde gelegt:

- Psychiatrie und Psychotherapie – 23,0 Tage,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – 44,0 Tage,
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – 38,0 Tage.

Für die Prognose der Verweildauerentwicklung wird getrennt für die somatischen und psychischen Fachgebiete für Sachsen insgesamt die tatsächliche Verweildauer ermittelt, jährliche Veränderungsdaten berechnet und mit fünf verschiedenen Wichtungsfaktoren gewichtet.

Die einrichtungsspezifische Verweildaueränderung wird mit berücksichtigt.

3.2.4 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 für jedes Fachgebiet normativ festgelegt ($BN_{\text{Soll Fachgebiet}}$):

Tabelle 6: Bettennutzungsgrad in den somatischen Fachgebieten

Fachgebiet beziehungsweise Teilgebiet oder Fachprogramm	Bettennutzungsgrad (BN _{Soll 2018 Fachgeb n}) in Prozent Hauptabteilung
Somatische Fachgebiete	
Augenheilkunde	80
Chirurgie	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

Der Bettennutzungsgrad für alle somatischen Fachgebiete in der Belegabteilung beträgt 60 Prozent.

Tabelle 7: Bettennutzungsgrad in den psychischen Fachgebieten

Fachgebiet beziehungsweise Teilgebiet oder Fachprogramm	Bettennutzungsgrad (BN _{Soll 2018 Fachgeb n}) in Prozent bezogen auf die Belegungstage inklusive Beurlaubungstage Hauptabteilung
Psychische Fachgebiete	
Psychiatrie und Psychotherapie	90
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	90
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	90

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 2016 ein krankenhausesindividueller Durchschnittswert unter Berücksichtigung der Fachgebietsstruktur jedes Krankenhauses ermittelt.

4 Fachprogramme

Ein Fachprogramm nimmt Bezug auf ein Teilgebiet einer Fachrichtung und wird aus Gründen der Qualitätssicherung in den Krankenhausplan aufgenommen. Damit werden die notwendigen strukturellen Voraussetzungen einer qualitativ hochwertigen und spezialisierten Versorgung durch die Konzentration von Leistungen an ausgewählten Kliniken sichergestellt. Mit der Zuordnung eines Fachprogrammes für ein Krankenhaus erfolgt die Übertragung des entsprechenden Versorgungsauftrages. Einzelne an einem Fachprogramm beteiligte Einrichtungen können bei Erfüllung der entsprechenden Kriterien gegebenenfalls zusätzlich auch als Zentrum gemäß KHEntgG ausgewiesen werden (siehe Nummer 5).

4.1 Fachgebiet Innere und Allgemeinmedizin

4.1.1 Spezialisierte Versorgung geriatrischer Patienten

Die medizinische Behandlung alter und älterer Menschen wird prinzipiell an allen Akutkrankenhäusern sichergestellt; dabei ist zu gewährleisten, dass auf die besonderen Belange alter Menschen Rücksicht genommen wird. Bei einem Anteil von 10 bis 25 Prozent der geriatrischen Patienten (höheres Lebensalter – überwiegend 70 Jahre oder älter – und geriatrietypische Multimorbidität oder sehr hohes Alter – 80 Jahre und älter – auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität) kann nach Ansicht des Bundesverbandes Geriatrie aufgrund der Spezifik der Erkrankung mit einer spezialisierten geriatrischen Versorgung in entsprechenden Fachabteilungen ein besseres Behandlungsergebnis erzielt werden.

Diese spezialisierte geriatrische Versorgung im Sinne der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-550) wird im Freistaat Sachsen ausschließlich in den in Teil II Nummer 1 des Krankenhausplanes ausgewiesenen akutgeriatrischen Abteilungen sichergestellt.

In den ausgewiesenen Akutgeriatrien stehen multiprofessionelle Behandlungsteams mit entsprechend geriatrisch qualifizierten Ärzten und Pflegekräften sowie die notwendigen therapeutischen, psychosozialen sowie ergänzenden Dienste zur Verfügung (vergleiche Kapitel 4.1 des Geriatriekonzeptes des Freistaat Sachsen, 2010). Die akutgeriatrischen Abteilungen sollen jeweils die Voraussetzungen für das Qualitätssiegel Geriatrie erfüllen.

4.1.2 Behandlung von Erkrankungen durch hochpathogene und lebensbedrohliche Erreger

Zur Behandlung von Patienten mit Erkrankungen durch hochpathogene und lebensbedrohliche Erreger steht im Klinikum St. Georg Leipzig als überregionale Schwerpunktlinik 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.

4.1.3 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 (Body-Mass-Index – BMI größer gleich 35 mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen, BMI größer gleich 40) zu verbessern, wird die Behandlung an folgenden multiprofessionell strukturierten Einrichtungen konzentriert:

- Klinikum Chemnitz, Standort Chemnitz,
- Heinrich-Braun-Klinikum, Standort Zwickau,
- Städtisches Klinikum Dresden,
- HELIOS Weißeritztal-Kliniken, Standort Freital,
- Universitätsklinikum Leipzig und
- Klinikum St. Georg Leipzig (Erwachsene).

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.

4.2 Versorgung Schwerbrandverletzter

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

4.3 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 gesamte 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 folgenden dafür spezialisierten Krankenhäusern:

- Heinrich-Braun-Klinikum, Standort Kirchberg,
- Klinik am Tharandter Wald (Niederschöna),
- MediClin Klinik am Brunnenberg, Bad Elster,
- Klinik Bavaria Kreischa,
- ELBLAND Reha- und Präventionsklinik Großenhain,
- Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche, Klinik Bavaria Zscheckwitz,
- HELIOS Klinik Schloss Pulsnitz,
- MediClin Waldkrankenhaus Bad Dübau und
- Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig.

4.4 Transplantation

4.4.1 Transplantationszentren nach Transplantationsgesetz

Transplantationszentren sind gemäß § 10 TPG Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern, die nach § 108 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender zugelassen sind. Bei der Zulassung nach § 108 SGB V sind Schwerpunkte für die Übertragung dieser Organe zu bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern.

Die nachfolgend genannten Kliniken sind im Freistaat Sachsen als Transplantationszentren mit folgenden organspezifischen Transplantationsprogrammen zugelassen:

- Universitätsklinikum Dresden: Niere, Lunge¹², Bauchspeicheldrüse
- Herzzentrum Dresden: Herz, Lunge¹³
- Universitätsklinikum Leipzig: Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse, Lunge¹⁴,
- Herzzentrum Leipzig: Herz, Lunge¹⁵

4.4.2 Stammzell-/Knochenmarktransplantation

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

- Klinikum Chemnitz,
- Universitätsklinikum Dresden und
- Universitätsklinikum Leipzig.

4.5 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlear-Implantation

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

¹² Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Dresden (nur Vor- und Nachbetreuung) mit dem Herzzentrum Dresden.

¹³ Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Dresden (nur Vor- und Nachbetreuung) mit dem Herzzentrum Dresden.

¹⁴ Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Leipzig (nur Vor- und Nachbetreuung) mit dem Herzzentrum Leipzig.

¹⁵ Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Leipzig (nur Vor- und Nachbetreuung) mit dem Herzzentrum Leipzig.

5 Besondere Aufgaben von Zentren gemäß Krankenhausentgeltgesetz

Bei den im Folgenden krankenhauserplanerisch ausgewiesenen Zentren handelt es sich nur um jene nach KHEntgG; die Benennung und Organisation von Zentren ist den Krankenhäusern im Übrigen unbenommen.

Gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten.

Die besonderen Aufgaben setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen des KHEntgG oder nach Regelungen des SGB V vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen (vergleiche § 2 Absatz 2 Sätze 4 und 5 KHEntgG).

Krankenhauserplanerisch ausgewiesene Zentren können Zuschläge für besondere Aufgaben erhalten (§ 5 Absatz 3 KHEntgG). Der Ausweis eines Zentrums hat – im Unterschied zu einem Fachprogramm (siehe Nummer 4) – dabei nicht zur Folge, dass andere Krankenhäuser von dem jeweils tangierten Versorgungsauftrag ausgeschlossen sind.

Die Zertifizierung durch Fachgesellschaften und die besonders gute Qualität der Patientenversorgung allein führen nicht zur Ausweisung eines Zentrums gemäß KHEntgG. Bei Zentren gemäß KHEntgG handelt es sich nur um einzelne wenige Einrichtungen, die sich durch die Wahrnehmung besonderer Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion abheben.

Besondere Aufgaben können sich gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG insbesondere aus

- einer überörtlichen und krankenhauserübergreifenden Aufgabenwahrnehmung (Kategorie 1),
- der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen (Kategorie 2), oder
- der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, (Kategorie 3)

ergeben.

Die Ausweisung der Zentren im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG erfolgt im Freistaat Sachsen erstmalig im Rahmen der vorliegenden 12. Fortschreibung und dabei in Anlehnung an den Schiedsspruch der Bundesschiedsstelle gemäß § 18a KHG vom 08.12.2016 zur Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung). Mit den hier getroffenen Entscheidungen erfolgt keine dauerhafte Festschreibung; dies bedeutet, dass auch die Zentrumsfunktion einer laufenden Überprüfung unterfällt und die jetzt ausgewiesenen Zentren spätestens in der kommenden Krankenhausplanung auf den Prüfstand zu stellen sind (vergleiche auch Nummer 1.2).

Im Freistaat Sachsen sind Zentren im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG die im Folgenden genannten Zentren:

5.1 Zentren der Kategorie 1 (überörtliche und krankenhaushübergreifende Aufgabenwahrnehmung)

Die besondere Aufgabe eines Zentrums der Kategorie 1 liegt insbesondere im Management eines Netzwerkes von Plankrankenhäusern und gegebenenfalls anderen medizinischen Leistungserbringern mit dem Ziel des Wissenstransfers und der Qualitätssicherung, in regelmäßigen, strukturierten, zentrumsbezogenen und unentgeltlichen sowie sponsoringfreien Fort- und Weiterbildungsangeboten sowie in der Unterstützung anderer Plankrankenhäuser bei der Etablierung standardisierter Prozesse im Sinne eines Qualitätsmanagements.

5.1.1 Onkologische Zentren

Onkologische Zentren erbringen besondere überörtliche und krankenhaushübergreifende Managementaufgaben im Bereich der Onkologie.

Zentren sind:

- Klinikum Chemnitz: Onkologisches Zentrum für Südwest-Sachsen,
- Universitätsklinikum Dresden: Universitäts KrebsCentrum,
- Städtisches Klinikum Dresden: Onkologisches Zentrum und
- Universitätsklinikum Leipzig: Universitäres Krebszentrum Leipzig.

5.1.2 Leiteinrichtungen der Traumanetzwerke

Ziel von Traumanetzwerken ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität und Sicherheit der flächendeckenden Versorgung von Schwerverletzten rund um die Uhr. Zu diesem Zweck werden Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen (lokale, regionale und überregionale Traumazentren) regional miteinander in Traumanetzwerken vernetzt.

Zentren sind

- das Universitätsklinikum Dresden und das Städtische Klinikum Dresden als gemeinsame Leiteinrichtung des Traumanetzwerkes Ostsachsen und
- das Universitätsklinikum Leipzig als Leiteinrichtung des Traumanetzwerkes Westsachsen.

5.1.3 Zentren für Altersmedizin mit Geriatrienetzwerken

Zentren für Altersmedizin sind auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung geriatrischer Patienten ausgerichtet. Mit der Tätigkeit als Leiteinrichtung von Geriatrienetzwerken wird durch die Vernetzung medizinischer Leistungserbringer im ambulanten, teilstationären, stationären und rehabilitativen Bereich zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zu einem effektiven Ressourceneinsatz im Bereich der geriatrischen Versorgung beigetragen.

Zentren sind:

- Klinikum Chemnitz: Zentrum für Altersmedizin mit dem Geriatrienetzwerk_C Chemnitz,
- Städtisches Klinikum Görlitz: Görlitzer Geriatriezentrum mit dem Netzwerk Geriatrie Ost-sachsen,
- Fachkliniken für Geriatrie Radeburg: Geriatriezentrum mit dem Geriatriischen Netzwerk Radeburg – GerN

- HELIOS Park-Klinikum Leipzig: Zentrum für Altersmedizin mit dem Geriatrischen Netzwerk GeriNet Leipzig und
- Sana Kliniken Leipziger Land: Zentrum für Altersmedizin (ab dem 01.01.2019).

5.1.4 Weitere Zentren

Als weitere Zentren der Kategorie 1 werden ausgewiesen:

- Universitätsklinikum Dresden: Kinderpalliativzentrum,
- Universitätsklinikum Dresden: Neurovaskuläres Centrum (exklusive Schlaganfallnetzwerk Ostsachsen),
- Universitätsklinikum Dresden und Fachkrankenhaus Coswig gemeinsam (Vorsitz wechselt alle zwei Jahre): Ostdeutsches Lungenzentrum,
- Universitätsklinikum Dresden: Zentrum für fetoneonatale Gesundheit,
- Universitätsklinikum Dresden: Zentrum für Infektiologie und Krankenhaushygiene,
- Universitätsklinikum Dresden: Zentrum für Seelische Gesundheit,
- Herzzentrum Leipzig: Zentrum für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler,
- Herzzentrum Leipzig: Kinderherzzentrum.

5.2 Zentren der Kategorie 2 (Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen)

Die besondere Aufgabe eines Zentrums der Kategorie 2 liegt insbesondere in der Vorhaltung und dem Betrieb außergewöhnlicher technischer Angebote und der Vorhaltung und Erbringung außergewöhnlich kostenintensiver und komplexer Behandlungsformen, die aufwendige interdisziplinäre technische und personelle Vorhaltungen erfordern und deren Konzentration daher an einzelnen Standorten notwendig ist.

Als Zentren der Kategorie 2 werden ausgewiesen:

- Universitätsklinikum Leipzig: Hyperbarmedizinisches Zentrum für Notfall- und Intensivmedizin und
- Klinikum St. Georg Leipzig: Kinderneurologie mit Schwerpunkt Nierenersatztherapie.

5.3 Zentren der Kategorie 3 (Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen)

Eine Erkrankung gilt als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10 000 Menschen in der Europäischen Union von ihr betroffen sind. Derzeit werden etwa 7 000 bis 8 000 Erkrankungen als selten eingestuft.

Das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) zielt durch die Bündelung bestehender Initiativen, die Vernetzung von Forschern und Ärzten und die Zusammenführung von Informationen auf eine bessere Patientenversorgung für Menschen mit Seltenen Erkrankungen ab. Schwerpunktartig ist die Bildung von national anerkannten Fachzentren geplant. Es wurden bereits Anforderungskataloge entwickelt; eine Anerkennung als Referenzzentrum (Typ A Zentrum) oder Fachzentrum (Typ B Zentrum) durch das NAMSE erfolgt zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht.

Entsprechend des Anforderungskataloges an Referenzzentren nehmen diese insbesondere folgende Aufgaben wahr: Organisation des Erstkontakts, Fallführung von Patienten mit unklarer Diagnose, Weiterleitungsmanagement, Koordination zentrenübergreifender Aufgaben inklusiv Dokumentation, Organisation der Diagnostik der Patienten mit unklarer Diagnose, Beteiligung an der medizinischen Ausbildung, krankheits- und patientenorientierte Forschung, Pflege von Datenbanken und Registern.

Aufgrund der besonderen Vorhaltungen bei gleichzeitig geringen Fallzahlen von seltenen Erkrankungen und aufgrund der zusätzlichen Aufgaben der Referenzzentren (zum Beispiel Fortbildungen, Registerpflege) gelten ab sofort, jedoch sobald eine Entscheidung durch das NAMSE möglich ist, unter der Bedingung der Anerkennung als Referenzzentrum durch das NAMSE, die folgenden Einrichtungen als Zentren der Kategorie 3:

- Universitätsklinikum Dresden: Zentrum für seltene Erkrankungen (ZfSE) und
- Universitätsklinikum Leipzig: Zentrum für Seltene Erkrankungen (ZSE).

6 Sonstige Festlegungen

Nachfolgend werden Festlegungen zu weiteren Versorgungsangeboten getroffen, die weder den Fachprogrammen (Nummer 4) noch den Zentren (Nummer 5) zuzuordnen sind.

6.1 Palliativversorgung

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, 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 (Bundestagsdrucksache 15/5858, Seite 27 fortfolgend) ausgeht. Die Palliativstationen sollen in der Regel zwischen 6 und 12 Betten umfassen. Das Angebot der Palliativstationen wird ergänzt durch Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der Hospizversorgung sowie der internen oder externen Palliativdienste im Krankenhaus.

6.2 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- beziehungsweise 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 e.V. (DGK) zu berücksichtigen.

Sektorenübergreifende Analysen und verstärkte Kooperationen sollen unter Beachtung von Qualitätsanforderungen der Verbesserung der Patientenversorgung dienen.

6.3 Spezialisierte septische Chirurgie

Vor dem Hintergrund des deutlichen Anstieges von Knochen-, Gelenk- und periprothetischen Infektionen wurde zur Optimierung der Versorgung am Klinikum St. Georg in Leipzig ein überregionales Kompetenz- und Behandlungszentrum etabliert, das eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten mit schweren und schwersten muskuloskeletalen Infektionen sicherstellen soll. Diagnostik und Therapie einschließlich rekonstruktiver Maßnahmen können interdisziplinär unter besonderen betrieblich-organisatorischen Voraussetzungen im Klinikum St. Georg in Leipzig erbracht werden.

Optimale strukturelle Voraussetzungen wurden insbesondere für Patienten geschaffen, deren Infektionen des Bewegungsapparates durch multiresistente Erreger verursacht werden. Patienten mit Infektionen an Gelenken, Knochen, Wirbelsäule oder Weichteilgewebe durch multiresistente Erreger sollen zur Behandlung frühzeitig in das Klinikum St. Georg verlegt werden.

Auf Grund der Komplexität der Problematik und der erforderlichen Interdisziplinarität ist eine wissenschaftliche Begleitung zu gewährleisten.

6.4 Versorgung von Schlaganfallpatienten

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

- „Teleneuromedizinisches Schlaganfallnetzwerk Südwestsachsen TNS-NET“,
- „Schlaganfallversorgung Ostsachsen Netzwerk SOS-NET“,
- „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. Eine Ausweisung als Zentrum nach KHEntgG erfolgt aus diesem Grund nicht.

6.5 Kinder- und Jugendmedizin

Um eine qualitativ hochwertige altersgerechte stationäre Versorgung auch weiterhin für alle Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten, wird 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 e.V. (BaKuK) und der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) entwickelten Strukturpapier „Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ definiert sind, erfüllen.

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

Spezialisierte Leistungen insbesondere in der 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 Absatz 7 SächsKHG gesichert und umfasst gegebenenfalls auch die psychosomatische Behandlung.

6.6 Regionale onkologische Netzwerke (bisher: Tumorzentren)

Die im Krankenhausplan bisher ausgewiesenen fünf regionalen, nicht kurativen Tumorzentren e.V. erfüllen nicht die Voraussetzungen für Zentren im Sinne des KHEntgG (Nummer 5). Die Aufgabe der klinischen Krebsregistrierung ist durch das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG)¹⁶ auf die allein und ausschließlich dort definierten klinischen Krebsregister übergegangen. Die Tumorzentren können als regionale onkologische Netzwerke von Krankenhäusern, onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten und anderen an der Versorgung Beteiligten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung leisten. Wichtig ist daher eine enge Zusammenarbeit der Krebsregister nach KFRG mit den bestehenden Strukturen. Ziel ist die Pflege der aufgebauten regionalen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen Krankenhäusern und onkologisch tätigen Ärzten.

¹⁶ Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG) vom 3. April 2013 (BGBl. I Seite 617) geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I Seite 2229)

7 Ausbildungsstätten

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

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

1. Ergotherapeut, Ergotherapeutin,
2. Diätassistent, Diätassistentin,
3. Hebamme, Entbindungspfleger,
4. Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin,
5. Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger,
6. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
7. Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer,
8. medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent, medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin,
9. medizinisch-technischer Radiologieassistent, medizinisch-technische Radiologieassistentin,
10. Logopäde, Logopädin,
11. Orthoptist, Orthoptistin,
12. medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik.

Ausbildungsplätze für die durch das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBerG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I Seite 2581) eingeführten neuen Berufsbezeichnungen Pflegefachmann und Pflegefachfrau werden in der 12. Fortschreibung noch nicht ausgewiesen; die betreffende Änderung des KHG tritt zum 01.01.2019 in Kraft. Gegebenenfalls erforderliche Anpassungen erfolgen im Rahmen der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Krankenhausplanung.