



Krankenhausplan des Freistaates Sachsen 2026

Stand: 10. März 2026

Inhaltsverzeichnis

Teil I – Allgemeine Grundsätze

1	Einleitung	5
2	Rechtsgrundlagen und Funktion des Krankenhausplanes	7
2.1	Bundesrecht und Landesrecht.....	7
2.2	Funktion des Krankenhausplanes	8
2.3	Vorgaben des Sächsischen Krankenhausgesetzes für die Krankenhausplanung	9
3	Rahmenbedingungen	11
3.1	Bevölkerungsentwicklung	11
3.1.1	Ausgangssituation	11
3.1.2	Auswirkungen der Coronapandemie sowie der Ukraine Krise.....	15
3.1.3	Bevölkerungsvorausberechnung	16
3.2	Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung und Morbidität.....	19
3.2.1	Ausgangssituation.....	19
3.2.1.1	Eckpunkte der Versorgungsumfänge, Auswirkungen der Pandemie	19
3.2.1.2	Morbidität	19
3.2.1.3	Einzugsgebiet der Krankenhäuser.....	20
3.2.2	Prognose der demografiebedingten Entwicklung der Krankenhausleistungen.....	20
3.3	Personal- und Finanzressourcen.....	22
3.4	Medizinischer Fortschritt, Verhaltensänderungen, Versorgungsqualität und Wettbewerb, Modelle.....	23
3.5	Ambulante Versorgung im Krankenhaus, sektorenübergreifende Versorgung....	23
4	Inhalt und Struktur des Krankenhausplanes	25
4.1	Berücksichtigung von Vorgaben der Krankenhausreform.....	25
4.2	Krankenhausstrukturen und Einzelfestlegungen.....	26
4.2.1	Allgemein- und Fachkrankenhäuser, Versorgungsstufen, Zusammenarbeit	26
4.2.2	Leistungsgruppen, Fachgebiete, Fachprogramme, Zentren und sonstige Festlegungen	29
4.2.3	Krankenhausplan Teil II – Krankenhausentwicklungsplan.....	32
4.3	Belegarztsystem.....	32
4.4	Teilstationäre und tagesstationäre Versorgung im Krankenhaus	33
4.5	Notfallversorgung	34
5	Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfes	35
5.1	Einflussfaktoren auf die Krankenhausplanung.....	35

5.2	Methode zur Bedarfsberechnung	36
5.2.1	Hill-Burton-Methode, Bettenkorridor	36
5.2.2	Einwohnerzahl, demografiebedingte und nichtdemografiebedingte Entwicklung	36
5.2.3	Verweildauer und Prognose der Verweildauerentwicklung	36
5.2.4	Bettennutzungsgrad	37
6	Fachprogramme	38
6.1	Behandlung von Erkrankungen durch hochpathogene und lebensbedrohliche Erreger	38
6.2	Adipositasbehandlungen	38
6.3	Versorgung Schwerbrandverletzter	38
6.4	Neurologische Frührehabilitation Phase B.....	38
6.5	Transplantationszentren nach Transplantationsgesetz.....	39
6.6	Stammzell-/Knochenmarktransplantation	39
6.7	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	39
6.8	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlea-Implantation	39
6.9	Spezialisierte kardiologische Leistungen	39
6.10	Strahlentherapie.....	40
6.11	Nuklearmedizin	40
7	Besondere Aufgaben von Zentren nach den Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	40
8	Sonstige Festlegungen.....	41
8.1	Landesspezifische Zentren	41
8.2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	41
8.3	Kinder- und Jugendmedizin.....	43
8.4	Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten.....	43
8.5	Palliativversorgung.....	44
8.6	Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten.....	44
8.7	Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen im Sinne des § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	44
9	Ausbildungsstätten.....	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2013 bis 2023 nach Altersgruppen.....	13
Tabelle 2: Ausgewählte Bevölkerungsindikatoren am 31. Dezember 2023 nach ausgewählten Altersgruppen in den Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsens.....	14

Tabelle 3: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen von 2019 bis 2040 auf Basis der 8. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 3 nach Altersgruppen	17
Tabelle 4: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen 2031 bis 2040 auf Basis der 8. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 3 nach Landkreisen und Kreisfreien Städten (in 1.000)	18
Tabelle 5: Ausgewählte (ohne Geburten) häufigste Fälle nach aG-DRG 2023 in Sachsen	20
Tabelle 6: Fallzahlenentwicklung nach Patientenwohnort insgesamt sowie nach ausgewählten Fachbereichen bis 2035	21
Tabelle 7: Bundeseinheitliche Leistungsgruppen (Stand: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)	29
Tabelle 8: Bettennutzungsgrad in den psychischen Fachgebieten	37
Abbildungsverzeichnis	
Abbildung 1: Zielbild 2030 – Gesundheit neu denken"	5
Abbildung 2: Hill-Burton-Formel.....	36

Teil II – Abstraktes Zielbild Versorgung (Stand: 10. März 2026)

Tabellarische Übersichten

Anhang – Legende der Abkürzungen

Teil I

Allgemeine Grundsätze

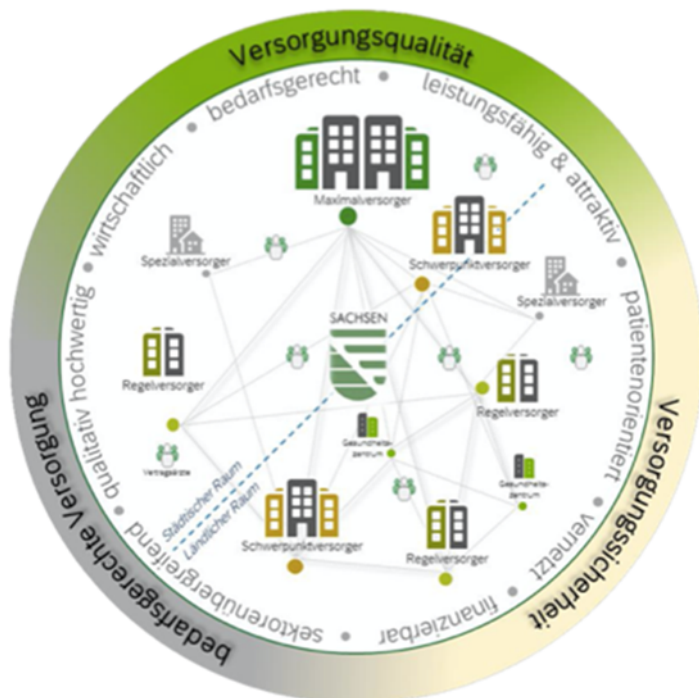
1 Einleitung

Krankenhäuser stellen flächendeckend die stationäre medizinische Versorgung sicher und sind dabei in der Regel auch wichtiger Anker in der Notfallversorgung und für andere – vor allem ambulante – Gesundheitsangebote.

Die Krankenhäuser des Freistaates Sachsen stehen jedoch bereits seit einiger Zeit vor großen Herausforderungen insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung und der Fachkräftesituation. Wirtschaftlich schwierige Zeiten durch die Folgen des Ukraine-Krieges kamen hinzu. Gleichzeitig ist die enorme Bedeutung einer gut aufgestellten und vernetzten Krankenhauslandschaft jedoch gerade während der Corona-Pandemie sehr deutlich geworden.

Aus diesem Grund hat sich der Freistaat Sachsen gemeinsam mit den Akteuren des Gesundheitswesens im Jahr 2021 in einer „Zukunftswerkstatt für ein neues Sächsisches Krankenhausgesetz“ auf den Weg gemacht, gemeinsam über die Herausforderungen zu diskutieren und Lösungen zu erarbeiten, wie die flächendeckende Versorgung durch Krankenhäuser weiterhin sichergestellt werden kann.

Abbildung 1: Zielbild 2030 – Gesundheit neu denken"



Quelle: „Zielbild 2030 – Gesundheit neu denken“ vom 7. Februar 2022

Aufbauend darauf wurde durch die verantwortlichen Akteure im Gesundheitswesen das „Zielbild 2030 – Gesundheit neu denken“ erarbeitet.

Die Zukunftswerkstatt sowie das Zielbild 2030 gaben wiederum wichtige Impulse für die Novellierung des Sächsischen Krankenhausgesetzes¹, welches am 1. Januar 2023 in Kraft getreten ist.

Daran schloss sich die Erarbeitung des Regelwerks für eine Krankenhausreform durch den Bund an. Dieser Prozess fand mit dem Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)² am 12. Januar 2024 seinen vorläufigen Abschluss.

Mit dem Krankenhausplan 2026 wird die Krankenhausreform des Bundes (erstmalig) im Freistaat Sachsen umgesetzt.

Das führt insbesondere dazu, dass in der Somatik nicht mehr in Anlehnung an die Fachgebiete der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, sondern nach Leistungsgruppen geplant wird.

Für die psychischen Versorgungsbereiche sieht die Krankenhausreform keine (neue) Planungssystematik vor. Für den Krankenhausplan 2026 wird insoweit daher an der Planung nach Fachgebieten festgehalten.

Darüber hinaus besteht aufgrund der Regelungen des KHVVG die Notwendigkeit, das Planungsverfahren anzupassen, um die Umstellung auf die Planungssystematik (für die Somatik) rechtzeitig umsetzen zu können. So steht die Zuweisung der Leistungsgruppen unter dem Vorbehalt der Prüfung der jeweiligen Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst (MD). Daher können im Unterschied zu den bisherigen Krankenhausplänen die somatischen Versorgungsaufträge nicht mehr zeitgleich mit dem Inkrafttreten des Verbalteils des Krankenhausplanes, sondern erst nach Vorliegen der Gutachten des Medizinischen Dienstes erteilt werden.

Der Freistaat Sachsen verfügt aufgrund der bereits seit den 1990er Jahren erfolgten Transformation über eine gut strukturierte Krankenhauslandschaft. Gleichwohl stellen insbesondere die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt auch die sächsische Krankenhauslandschaft vor erhebliche Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt, um auch in Zukunft eine flächendeckende und dauerhaft tragfähige Krankenhauslandschaft sicherzustellen.

Angesichts der skizzierten Herausforderungen und der Umsetzung der Krankenhausreform des Bundes gelten für das Krankenhausplanungsverfahren 2026 folgende Grundsätze:

- Die vorhandenen somatischen Krankenhausstrukturen werden von der Fachrichtungssystematik in die an Strukturqualität orientierte Leistungsgruppensystematik der Krankenhausreform des Bundes überführt („Übersetzung“).
- Dabei wird auf stabile, wirtschaftlich tragfähige und qualitativ hochwertig arbeitende Einheiten und damit auf sachgerechte Größenordnungen von Leistungen pro Leistungsgruppenzuweisung hingewirkt. Mögliche Mindestvorhaltezahlen werden berücksichtigt und Kleinstfallzahlen/Gelegenheitsversorgung soll ausgeschlossen werden.
- Etwaige Versorgungslücken sollen vermieden beziehungsweise geschlossen werden.

¹ Sächsisches Krankenhausgesetz (SächsKHG) vom 15. Dezember 2022 (SächsGVBl. Seite 752).

² Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400).

Eine bedarfsgerechte Krankenhauslandschaft ist und bleibt Ziel der Krankenhausplanung.

Im Mittelpunkt stehen dabei stets die Patientinnen und Patienten. Die Krankenhausversorgung muss qualitativ hochwertig, patienten- und bedarfsgerecht sein. Dabei sollen die Krankenhäuser auch gute Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden bieten. Dies wird nur durch eine weiterhin gut abgestufte Krankenhauslandschaft, aufeinander abgestimmte Leistungsangebote und mehr Zusammenarbeit realisiert werden können. Dafür bietet der vorliegende Krankenhausplan den Rahmen.

2 Rechtsgrundlagen und Funktion des Krankenhausplanes

2.1 Bundesrecht und Landesrecht

Ausgehend von dem im Grundgesetz verbrieften Sozialstaatsprinzip ist der Staat verpflichtet, im Rahmen der Daseinsvorsorge auch die medizinische Versorgung durch Krankenhäuser sicherzustellen.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze unterfällt dabei entsprechend Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes der konkurrierenden Gesetzgebung. Der Bundesgesetzgeber hat von dieser ihm für die Krankenhausfinanzierung zugewiesenen konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz insbesondere mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz³ und dem Krankenhausentgeltgesetz⁴ Gebrauch gemacht. Mit der Krankenhausreform des Bundes im Zuge der 20. Legislaturperiode wurden umfangreiche Änderungen an den maßgeblichen bundesgesetzlichen Regelungen vorgenommen. Hervorzuheben sind:

- die Einführung von bundeseinheitlichen Leistungsgruppen als Planungssystematik für alle Länder im Bereich Somatik,
- die bundeseinheitliche Definition der Inhalte der Leistungsgruppen durch einen Leistungsgruppen-Grouper,
- die Verknüpfung der Leistungsgruppen mit bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen (Qualitätskriterien),
- die Prüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien durch die Medizinischen Dienste der Länder,
- die Einführung eines Vorhaltebudgets, dessen Erhalt wiederum insbesondere an die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe geknüpft ist und
- die Möglichkeit, eine Rechtsverordnung zu erlassen, die Mindestfallzahlen für Leistungsgruppen vorgibt, bei deren Unterschreitung das betreffende Vorhaltebudget nicht abgerechnet werden darf (Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung der Länder).

³ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I Seite 886), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 26. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nummer 202) geändert worden ist.

⁴ Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I Seite 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nummer 197) geändert worden ist.

Der Bereich der Krankenhausorganisation und der Krankenhausplanung ist von Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes dabei nicht umfasst und verbleibt somit in der Gesetzgebungskompetenz der Länder⁵. Die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern ist somit weitgehend den Ländern überlassen. Den dadurch den Ländern eröffneten Gestaltungsspielraum füllt im Freistaat Sachsen das Sächsische Krankenhausgesetz aus.

Für das Krankenhausrecht maßgebliche weitere Kompetenzen des Bundes finden sich jedoch in Artikel 74 Absatz 1 Nummern 12 und 19 des Grundgesetzes (Sozialversicherung sowie medizinische Berufe und Arzneimittel). Auch die auf dieser Grundlage normierten bundesrechtlichen Regelungen haben Auswirkungen insbesondere auf die Krankenhausplanung (zum Beispiel Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Regelungen zur Qualitätssicherung, Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung).

2.2 Funktion des Krankenhausplanes

Der Krankenhausplan ist das maßgebliche Instrument, mit dem der Freistaat Sachsen

- den konkreten gegenwärtigen und voraussichtlichen zukünftigen Bedarf zur stationären und teilstationären Krankenhausversorgung feststellt und
- bestimmt, welche Krankenhäuser zur qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und damit nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Sächsischen Krankenhausgesetzes Anspruch auf Investitionskostenförderung haben sowie berechtigt sind, Krankenhausbehandlungen für die gesetzlichen Krankenkassen zu erbringen (§ 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V).

Der Krankenhausplan 2026 legt ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter Krankenhäuser fest, die in ihrem diagnostischen und therapeutischen Leistungsangebot aufeinander abgestimmt sind. Er enthält für den Freistaat Sachsen Aussagen, an welchem Standort, für welche Zweckbestimmung, in welcher Zahl und Größe Krankenhäuser vorhanden sein müssen, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung im Sinne der gesetzlichen Zielstellungen zu sichern.

Der Krankenhausplan ist dabei ein reines Verwaltungsinternum⁶. Erst der sogenannte (Feststellungs-)Bescheid der Krankenhausplanungsbehörde (§ 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 9 des Sächsischen Krankenhausgesetzes), der über die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan und die Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entscheidet, entfaltet eine konstitutive Wirkung.

Mit dem Krankenhausplan 2026 erfolgt nach wie vor keine dauerhafte Festschreibung im Bereich der Krankenhausversorgung in Sachsen im Sinne eines unabdingbaren Bestandsschutzes, der mit der Krankenhausplanung ohnehin unvereinbar ist und auch dem gesetzlichen Auftrag zur Planung zuwiderliefe. Die Krankenhausplanung unterliegt vielmehr einer fortlaufenden Überprüfung und Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der jeweils zu beachtenden Rahmenbedingungen. Dies bedeutet insbesondere, dass die schließlich im Teil III

⁵ Vergleiche BVerfG, Beschluss vom 7. Februar 1991 – 2 BvL 24/84 –, BVerfGE 83, 363 bis 395, Rn. 60.

⁶ BVerwG, Urteil vom 25. Juli 1985 – 3 C 25/84 –, BVerwGE 72, 38 bis 59, Rn. 47.

aufgeführten Krankenhäuser stets unter dem Vorbehalt der gesetzlich vorgeschriebenen Anpassung an den tatsächlichen Bedarf sowie der Erfüllung vorgeschriebener Qualitätsanforderungen aufgenommen sind. Die Aufnahme in Teil III begründet also keinen unentziehbaren Besitzstand, sondern steht unter dem Vorbehalt fortlaufender Überprüfung⁷.

Um den Betrieb sowie einen gegebenenfalls notwendigen strukturellen Umbau der Krankenhausversorgung zu ermöglichen und zu unterstützen, erfordert die Krankenhausplanung eine enge Abstimmung mit der Investitionsplanung und eine bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung gemäß Abschnitt 3 des Sächsischen Krankenhausgesetzes.

Die für die Krankenhausplanung landesweit geltenden Ziele und Grundsätze für die räumliche Ordnung und Entwicklung des Freistaates Sachsen ergeben sich derzeit aus dem Landesentwicklungsplan 2013 (LEP 2013)⁸ als dem zusammenfassenden, überörtlichen und fachübergreifenden landesplanerischen Gesamtkonzept der Staatsregierung sowie aus den beschlossenen und genehmigten Regionalplänen in Verbindung mit der Gliederung in drei Planungsregionen für die Krankenhausplanung in Anlehnung an die bisherigen Direktionsbezirke (Südwestsachsen, Ostsachsen und Nordwestsachsen).

2.3 Vorgaben des Sächsischen Krankenhausgesetzes für die Krankenhausplanung

§ 4 in Verbindung mit § 32 Absatz 1 des Sächsischen Krankenhausgesetzes verpflichtet das zuständige Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, einen Krankenhausplan für das Gebiet des Freistaates Sachsen gemäß § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufzustellen und ihn in der Regel im Dreijahresrhythmus fortzuschreiben.

Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes sind dabei folgende Grundsätze zu berücksichtigen (§ 5 Absatz 3 in Verbindung mit § 1 Absatz 1 des Sächsischen Krankenhausgesetzes):

- Im Freistaat Sachsen soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleistet und dadurch zu sozial tragbaren Pflegesätzen und Entgelten beigetragen werden.
- Die Patientenversorgung soll unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte, der Morbidität und der demografischen Entwicklung durch ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates Sachsen verteilter einander ergänzender Krankenhäuser sichergestellt und patientenzentriert organisiert werden.
- Die Vielfalt der Krankenhausträger im Freistaat Sachsen ist zu beachten.
- Die Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung sowie regionale Versorgungsbelange sind zu berücksichtigen.
- Bei Universitätsklinika und akademischen Lehrkrankenhäusern sind die Belange der Forschung und Lehre angemessen zu berücksichtigen.

⁷ Vergleiche. BVerwG, Urteil vom 25. September 2008 – 3 C 35/07 –, BVerwGE 132, 64 bis 79, Rn. 21.

⁸ Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über den Landesentwicklungsplan Sachsen (Landesentwicklungsplan 2013 – LEP 2013) vom 14. August 2013 (SächsGVBl. Seite 582).

Der Krankenhausplan weist gemäß § 5 Absatz 1 des Sächsischen Krankenhausgesetzes aus:

- den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Krankenhausstandort, Krankenhausträger, Gesamtbettenzahl, Fachrichtungen und den drei Versorgungsstufen der Regel-, Schwerpunkt- oder Maximalversorgung oder als Fachkrankenhaus,
- die Ausbildungsstätten nach § 2 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
- die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten entsprechend § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Darüber hinaus kann der Krankenhausplan gemäß § 5 Absatz 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes

- Bettenzahlen je Fachrichtung ausweisen,
- einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche innerhalb von Fachrichtungen vom Versorgungsauftrag ausnehmen, soweit es aus Gründen der Qualitätssicherung notwendig ist,
- die vorgehaltenen und tatsächlich belegten Ausbildungskapazitäten der Ausbildungsstätten enthalten,
- anstelle einer auf Bettenzahlen und Fachrichtungen ausgerichteten Systematik auf der Grundlage einer anderen Planungssystematik, zum Beispiel auf Basis von Leistungen und Leistungsbereichen, aufgestellt und fortgeschrieben werden.

Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes können gemäß § 5 Absatz 4 des Sächsischen Krankenhausgesetzes

- die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch⁹ ganz oder teilweise Bestandteil des Krankenhausplanes werden,
- weitere Qualitätsanforderungen in ausgewählten Versorgungsbereichen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden,
- die Ergebnisse der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung berücksichtigt werden, wobei die Krankenhausträger diese Ergebnisse dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen vorzulegen haben,
- Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen berücksichtigt werden.

Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes haben Krankenhäuser Vorrang, die eine ununterbrochene Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sowie eine interdisziplinäre Behandlung sicherstellen und mindestens die Fachgebiete Chirurgie und Innere Medizin abdecken. Fachkrankenhäuser sollen nur in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn sie bedarfsgerecht sind und glaubhaft machen, dass ihr Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistung die Versorgung der Bevölkerung verbessern (§ 5 Absatz 5 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).

⁹ Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I Seite 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nummer 217) geändert worden ist.

3 Rahmenbedingungen

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

- Dem Ziel und den damit verbundenen Anforderungen, eine bestmögliche Qualität der Versorgung zu erreichen,
- die demografische und morbiditätsbedingte Entwicklung im Freistaat Sachsen mit regionalen Unterschieden mit gegenläufigem Trend von weiter sinkender Einwohnerzahl insgesamt und steigender Anzahl älterer und alter Menschen sowie gleichbleibender beziehungsweise sinkender Anzahl von Kindern und Jugendlichen und den damit einhergehenden Folgen
 - für eine bereits heute kritische und sich künftig noch verschärfende Fachkräftesituation und
 - für die Fallzahlentwicklung/Bedarfe der Bevölkerung;
- regional unterschiedliche Versorgungssituationen auch im Hinblick auf die ambulante Versorgung,
- zunehmende Inanspruchnahme nichtstationärer Leistungen infolge des medizinisch-technischen Fortschritts und der dadurch bedingten zunehmenden Ambulantisierung von Leistungen sowie Ausweitung sektorenübergreifender, integrierter Versorgungsmodelle inklusive Telemedizin,
- neue Behandlungsmöglichkeiten durch medizinisch-technischen Fortschritt sowie zunehmende Spezialisierung,
- limitierte finanzielle und personelle Ressourcen der Krankenhäuser,
- Verschärfung des Wettbewerbs aufgrund zunehmender Angebotstransparenz und Mündigkeit der Patientinnen und Patienten sowie gegenwärtig
- die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz initiierte Krankenhausreform des Bundes.

3.1 Bevölkerungsentwicklung

3.1.1 Ausgangssituation

Das Inkrafttreten des Krankenhausplanes 2024 erfolgte zum 1. Januar 2024, etwas mehr als fünf Jahre nach der letzten, der 12. Fortschreibung des Vorgängerplanes, die im Jahr 2018 in Kraft trat.

Nach der durch die Fluchtbewegungen nach und durch Europa in den Jahren 2014/2015, die auch für die Bevölkerung des Freistaates zum ersten Mal seit mehr als zwei Jahrzehnten eine positive Entwicklung mit sich brachte, verlangsamte sich diese in den Folgejahren rasch, so dass sich der Bevölkerungsschwund nach 2018 wieder beschleunigte. Diese negative Entwicklung wurde durch die Fluchtbewegung im Zuge des Ukrainekrieges wiederum nur vorübergehend und in einem sehr geringen Maße abgeschwächt.

Die 12. Fortschreibung entstand zu einer Zeit, als die Bevölkerung des Freistaates Sachsen 4.077.937 Personen betrug, die Krankenhausplanung für das Jahr 2024 setzte auf einem Bevölkerungsstand von 4.043.002 Personen auf. Für den Krankenhausplan 2026 ist von einem Bevölkerungsstand von 4.054.689 Personen im Basisjahr 2023 auszugehen¹⁰.

¹⁰ Bevölkerungsforschreibung auf Basis der Zensusdaten vom 15. Mai 2022.

Das Durchschnittsalter im Freistaat Sachsen betrug Ende 2023 weiterhin 46,9 Jahre und lag damit deutlich über dem Durchschnitt in Deutschland, der zu diesem Zeitpunkt bei 44,6 Jahren lag. Damit gehört Sachsen zu den fünf „ältesten Bundesländern“, zu denen im Übrigen die restlichen neuen Bundesländer zählen.

Zu den zentralen Merkmalen des demografischen Wandels zählen, neben der klar nachweisbaren fortschreitenden Alterung der Bevölkerung, unter anderem folgende Indikatoren, zu denen im Folgenden konkrete Entwicklungen beispielhaft beleuchtet werden:

- Verschiebung der Bevölkerungsstruktur zu Lasten der erwerbsfähigen Bevölkerung,
- Starker Anstieg der hochalten (80 Jahre und älter) Bevölkerung,
- Kontinuierliches und anhaltendes Sinken der Geburtenzahlen,
- Permanentes negatives Bevölkerungswachstum.

Von besonderer Bedeutung ist dabei die Tatsache, dass der im Freistaat Sachsen bereits deutlich zu beobachtende Wandel mit all seinen negativen Auswirkungen auch die westlichen Bundesländer betreffen wird, hier liegt nur eine Verzögerung aufgrund der spezifisch getrennt verlaufenden Entwicklung während und unmittelbar nach der Wende im Osten und Westen vor, aber keine grundsätzlich voneinander abweichenden Pfade. Ebenso soll noch einmal explizit darauf hingewiesen werden, dass die demografischen Entwicklungen nicht gestoppt werden können, sondern maximal mit entsprechenden Maßnahmen wie gezielter Zuwanderungspolitik eine Verlangsamung, aber keine Stagnation oder sogar Umkehr erreicht werden kann. Auch regionale Erfolge durch lokale Entwicklungsprogramme sind nur auf Kosten anderer, meist direkt angrenzender Regionen möglich und in der Regel hinsichtlich einer nachweisbaren Wirkung zeitlich stark begrenzt und ohne Nachhaltigkeit für die Region.

Als positiver Aspekt kann im Rahmen der Betrachtung der einzelnen Alterskohorten konstatiert werden, dass die Geburtenspitze aus den Jahren 2014 bis 2018 als planbare Größe existiert, die noch für die nächsten 10 Jahre eine dem aktuellen Niveau vergleichbare Ausbildungssituation ermöglichen wird. Darauf folgend wird es jedoch innerhalb von weiteren 10 Jahren zu einem signifikanten Rückgang dieser Alterskohorte kommen, sodass längerfristig mit bis zu einem Viertel weniger an potenziellen Auszubildenden zu rechnen ist.

So ist das Anwachsen der Bevölkerungsgruppe im Alter von 16 Jahren und jünger um rund 10,5 Prozent in den letzten 10 Jahren zwar ein auf den ersten Blick positiver Effekt, allerdings sind hierbei zwei zentrale Einflüsse zu bedenken: Einerseits resultiert dieser Anstieg aus dem langsamen Wiederanstieg der Geburten nach dem massiven Geburtenknick zwischen 1992 bis 1995, den bisher niedrigsten Geburtenzahlen überhaupt in Sachsen. Andererseits liegt die stärkste Besetzung zurzeit auf der Altersgruppe der 7 bis 9-jährigen, die 0 bis 2-jährigen sind bis zu einem Drittel geringer besetzt. Es handelt sich dabei also um eine temporäre Entwicklung, die nicht als positiver Umschwung fehlinterpretiert werden darf.

Von ganz anderer und durchaus nachhaltiger Qualität sind hingegen die Veränderungen der Altersgruppe der erwerbsfähigen Bevölkerung, die hier unter Berücksichtigung von Ausbildungs- und Studienzeit sowie dem durchschnittlichen realen Renteneintrittsalter mit den Grenzen von 24 bis unter 65 Jahren angenommen wird. Hier hat sich die Zahl in den letzten 10 Jahren um scheinbar moderate 8,3 Prozent verringert, allerdings bedeutet dies in der Praxis fast 200.000 potenziell erwerbstätige Einwohner weniger. Und was deutlich kritischer ist, zumindest auf regionaler Ebene, ist ein noch deutlich zunehmender Rückgang für mindestens die nächsten 25 bis 35 Jahre zu erwarten¹¹.

¹¹ Ergebnisse der 8. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen.

Ausgehend von der aktuellen Beschäftigungsrate werden für wenigstens 10 Jahre jährlich bis zu 20.000 Personen mehr den Arbeitsmarkt durch Renteneintritt verlassen, als ihn nach Abschluss von Ausbildung und Studium betreten. Die Spreizung sinkt danach langsam, aber sie wird voraussichtlich in der Größenordnung von mehreren Tausend Personen pro Jahr bestehen bleiben.

Zudem zeigt sich die starke Alterung der sächsischen Bevölkerung in Folge des demografischen Wandels auch in Umfang und Entwicklung der hochalten Bevölkerung. Diese Bevölkerungsgruppe wuchs in den letzten 10 Jahren um reichlich 40 Prozent und macht mittlerweile fast 10 Prozent der Gesamtbevölkerung in Sachsen aus, eine Entwicklung, die sich noch beschleunigen und verstärken wird. Der Greying-Index, der das strukturelle Verhältnis der hochalten (80 Jahre und älter) zu den aktiven Älteren (60 bis unter 80 Jahre) beschreibt, stieg um mehr als 15 Prozentpunkte, auf nunmehr 53 hochalten zu 100 normalalten Personen¹².

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2013 bis 2023 nach Altersgruppen

Alter von bis unter Jahren	2013	2018	2023	Veränderung 2013 zu 2023	Anteil an der Gesamtbevölkerung 2023
0 bis 16	524.961	573.799	580.324	+ 10,5 %	14,3 %
16 bis 24	242.178	266.164	298.169	+ 23,1 %	7,4 %
24 bis 65	2.277.899	2.171.662	2.088.425	- 8,3 %	51,5%
65 bis 80	732.891	736.119	709.701	- 3,2 %	17,5 %
80 und älter	268.456	330.193	378.070	+ 40,8 %	9,3 %
Insgesamt	4.046.385	4.077.937	4.054.689	+ 0,2 %	100,0 %

Quelle: Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

Allgemein steht das Lastverhältnis, das in der Regel das Verhältnis zwischen der potenziell erwerbsfähigen Bevölkerung (die im Rahmen der Quotientenbestimmung meist mit 20 bis unter 65 Jahren definiert wird) und der nicht erwerbsfähigen Bevölkerung (sowohl die Jugend als auch die Rentner) angibt, vor einem Kipppunkt. Lag der Gesamtquotient im Jahr 2013 noch bei rund 67 nicht erwerbsfähigen Personen je 100 potenziell erwerbsfähigen Personen, so stieg er in nur 10 Jahren auf rund 81 nicht erwerbsfähige Personen je 100 potenziell erwerbsfähige Personen. Da sich diese Entwicklung aufgrund der konkreten altersspezifischen Zusammensetzung der Altersgruppen noch beschleunigen wird, ist bereits in naher Zukunft der Anteil der nicht erwerbsfähigen Bevölkerung in Sachsen höher als der Anteil der potenziell erwerbsfähigen. Diese Betrachtung vernachlässigt den Fakt, dass nicht alle potenziell erwerbstätigen Personen auch tatsächlich eine Erwerbstätigkeit ausüben, so dass der Kipppunkt bereits noch eher erreicht werden wird.

Von besonderer Beachtung ist die Entwicklung der Geburten im Freistaat. Hier gab es in den letzten 10 Jahren einen eher negativen Wandel, der insbesondere auch für das Krankenhauswesen nachhaltige Auswirkungen haben wird. Im Jahr 2013 führte Sachsen mit einer zusammengefassten Geburtenrate von 1,53 Kindern den Vergleich der Bundesländer noch an. Im Jahr 2018 konnte man mit einer Geburtenrate von 1,60 Kindern immer noch einen sehr guten Platz im Bundesvergleich einnehmen, auch wenn dies bereits einen leichten Rückgang gegenüber dem bisherigen Spitzenjahr nach der Wende, 2016 mit 1,66 Kindern pro Frau darstellte.

¹² Daten der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes, eigene Berechnung.

Seitdem ist jedoch ein deutlicher und vor allem sehr schneller Rückgang zu beobachten. Die Geburtenziffer für 2023 lag mit 1,28 Kindern im Durchschnitt pro potenziell gebärfähiger Frau bei einem Wert, der zuletzt zur Jahrtausendwende erreicht wurde. Der Rückgang war zwar ein deutschlandweiter Trend, jedoch war Sachsen übermäßig stark betroffen, man fiel nicht nur aus der Spitze heraus, sondern landete unter den letzten fünf Bundesländern. Selbst innerhalb der ostdeutschen Bundesländer stand man fast am Ende der Rangliste. Da gleichzeitig die Zahl der potenziellen Mütter auf einem Tiefstand ist (hier spielen die geringen Geburtenzahlen nach und während der Wende eine bedeutende Rolle) gab es 2023 mit insgesamt 26.194 Geburten einen Rückgang um mehr als 8.500 Geburten innerhalb von 10 Jahren, rund 25 Prozent der damals erreichten Geburtenmenge. Die Größenordnung der Geburtenzahlen liegt damit in einer Größenordnung, welche den Geburtenknick nach der Wende im Jahr 1992 einläutete. Eine Verlangsamung dieses Trends ist bislang nicht absehbar, in 2024 lag die Geburtenzahl bei 24.697, ein Wert, der seit der Wende bislang nur dreimal unterschritten wurde. Dieser Trend setzt sich bislang auch in 2025 fort, so dass man aktuell von einem weiteren Geburtenknick sprechen kann, mit allen Konsequenzen, die aus dem ersten Geburtenknick kurz nach der Wende bereits bekannt sind. Ein erneutes Erreichen oder gar Unterschreiten des bisherigen Geburtenminimums aus dem Jahr 1994 mit 22.734 Geburten liegt in den nächsten Jahren durchaus im Rahmen der Möglichkeiten und sollte konsequent hinsichtlich der erwartbaren Auswirkungen vorgedacht werden.

Insgesamt ist die Bevölkerungsentwicklung wie bereits in der Vergangenheit stark regional differenziert. Die drei Kreisfreien Städte können aktuell noch tatsächlichen Bevölkerungszuwachs verzeichnen, der jedoch mittlerweile ausschließlich über den Zuzug von Schutzsuchenden realisiert wird. Die Landkreise hingegen müssen teilweise deutliche Rückgänge verzeichnen, wobei insbesondere der Raum Südwestsachsen besonders von Bevölkerungsverlusten betroffen ist und in den letzten 10 Jahren nahezu 100.000 Personen verlor – das sind mehr als 5 Prozent der Bevölkerung jedes einzelnen Landkreises in dieser Region. Bei den Bevölkerungsgewinnen sticht insbesondere die Kreisfreie Stadt Leipzig mit einem Bevölkerungszuwachs von 12,5 Prozent in den letzten 10 Jahren positiv heraus, auch wenn die Zuwachsrate zuletzt kontinuierlich fiel. Auf Landkreisebene zeigt sich, dass nach einer vorübergehenden Erholung durch die Ukraine-Krise im Jahr 2024 nun endgültig wieder jeder einzelne Landkreis Bevölkerungsverluste aufweist. Es sei darauf hingewiesen, dass eine alleinige Betrachtung der Bevölkerungszahlen an sich nur einen eingeschränkten Informationsgehalt hat. Denn oft kann nur der begleitende Blick auf die konkrete Altersstruktur und im Zweifel begleitende Kernindikatoren einen fundierten ersten Eindruck der demografischen Situation vermitteln.

Denn insbesondere die konkrete Bevölkerungsstruktur in den Landkreisen und Kreisfreien Städten ist entscheidend für die aktuellen Herausforderungen und die zukünftige Entwicklung. Denn auch wenn die Kernindikatoren für nahezu alle Regionen in Sachsen eine vergleichbare Entwicklung vor sich haben, so ist die Ausgangssituation oftmals entscheidend für die dabei entstehenden regionalen Besonderheiten und notwendigen Handlungsfelder.

Tabelle 2: Ausgewählte Bevölkerungsindikatoren am 31. Dezember 2023 nach ausgewählten Altersgruppen in den Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsens

Kreisfreie Stadt Landkreis	Einwohner	Bevölkerungs- dichte in Einwohner/km ²	Durch- schnittsalter	Altenquotient (Über 65 zu 20 bis unter 65 Jahren)
Chemnitz, Stadt	245.150	1 109	46,7	51,0
Erzgebirgskreis	322.179	176	49,3	61,0
Mittelsachsen	297.766	141	48,7	55,4

Kreisfreie Stadt Landkreis	Einwohner	Bevölkerungs- dichte in Einwohner/km ²	Durch- schnittsalter	Altenquotient (Über 65 zu 20 bis unter 65 Jahren)
Vogtlandkreis	221.088	157	49,8	59,3
Zwickau	309.866	326	49,0	56,4
Südwestsachsen	1.396.049	214	48,7	56,7
Dresden, Stadt	563.019	1 717	43,5	37,0
Bautzen	294.746	123	48,6	54,9
Görlitz	245.867	116	49,7	60,4
Meißen	240.368	165	48,6	54,3
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	245.143	148	48,1	53,6
Ostsachsen	1.589.143	200	46,9	48,6
Leipzig, Stadt	608.013	2 040	42,3	31,6
Leipzig	260.706	158	48,0	50,8
Nordsachsen	200.778	99	47,7	49,1
Nordwestsachsen	1.069.497	269	44,7	39,0
Freistaat Sachsen	4.054.689	220	46,9	48,6

Quelle: Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

3.1.2 Auswirkungen der Coronapandemie sowie der Ukraine Krise

Die Zeit seit der 12. Fortschreibung des Krankenhausplans war aus Sicht der Bevölkerungsentwicklung vor allem durch zwei zentrale Ereignisse geprägt, deren konkrete Auswirkungen hier kurz beleuchtet werden sollen.

Dabei handelt es sich einerseits um die Coronapandemie, die vor allem hinsichtlich der Sterblichkeit und der Lebenserwartung Auswirkungen hatte. Sachsen gehörte zusammen mit Thüringen im Jahr 2021 zur absoluten Spitze, was die Übersterblichkeit gerade im zweiten Halbjahr anging, mit 12,5 Prozent mehr Sterbefällen, als nach der Hochrechnung der zu erwartenden Fällen vorhergesagt wurde¹³. Dies sind in absoluten Zahlen rund 3.500 Todesfälle mehr, die insbesondere in den hohen Altersgruppen nachweisbar sind. Die Übersterblichkeit hat jedoch nur eine eingeschränkte Wirkung auf die demografische Entwicklung in Sachsen, da der nachkommende Umfang an älterer Bevölkerung die Übersterblichkeit mehr als nur ausgleicht. Damit kommt es nur zu einer geringen Verlangsamung der Durchalterung und einer damit einhergehenden Reduktion der besonders betroffenen Alterskohorten.

Die Lebenserwartung in Sachsen ging im Rahmen der Coronapandemie vorübergehend zurück, konnte sich jedoch zuletzt wieder erholen. Hierbei ist jedoch eine geschlechterspezifische Differenzierung zu beachten. Während die Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung in der aktuellen Sterbetafel 2022/2024 der jeweils höchste bisherige Wert aller ausgewiesenen Altersjahre ist, trifft dies nicht auf die männliche Bevölkerung zu. Hier liegt auch in der aktuellsten Sterbetafel in der weit überwiegenden Zahl der Altersjahre trotz einer Erholung der Spitzenwert weiterhin vor der Pandemie, konkret in der Sterbetafel 2017/2019.

¹³ Marcel Thum, ifo Dresden berichtet – 02/2022, Seite 3 bis 5.

Der Krieg gegen die Ukraine führte seit Beginn des Jahres 2022 zunächst zu einer deutlichen Zunahme an Schutzsuchenden. Anfangs zeigte sich eine besondere Versorgungssituation für die sächsischen Krankenhäuser durch zu versorgende Patientinnen und Patienten. Bis heute wurden und werden auch Patientinnen und Patienten mit typischen Kriegsfolgeschäden, die vor allem im Rahmen des Kleeblattverfahrens an sächsische Kliniken verteilt werden, aufgenommen und behandelt. Der Schwerpunkt der Versorgung liegt jedoch auf dem regulären Versorgungsgeschehen.

Der Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine führte zudem zu einer sogenannten Energiekrise und einer überdurchschnittlichen Inflation, die die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zusätzlich verschlechterte und den Reformprozess hin zur Krankenhausreform des Bundes¹⁴ beschleunigte.

3.1.3 Bevölkerungsvorausberechnung

Die Krankenhausplanung verwendet insbesondere für die Bestimmung der voraussichtlich zu leistenden Versorgungsumfänge die jeweils aktuelle Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (RBV) des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen. Für den Krankenhausplan 2026 wird auf die 8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung zurückgegriffen (die 9. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung wird erst im Laufe des Jahres 2026 und damit im Laufe des bereits vorangeschrittenen Krankenhausplanungsverfahrens veröffentlicht, so dass sie in den Berechnungen noch nicht berücksichtigt werden konnte).

Da die 8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung am 15. Juni 2023 veröffentlicht wurde, können zur Einordnung der Datengrundlage einige Aussagen zu den bisher festgestellten Abweichungen getroffen werden. Da die zeitliche Distanz zur Veröffentlichung eher gering ist, sind die Abweichungen bislang sehr moderat, und betreffen nur bestimmte Bevölkerungsgruppen in einem nennenswerten Maße. Insbesondere die untere Variante der 8. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 3, hat in Summe im Basisjahr 2023 nur eine Abweichung von 0,1 Prozent zur tatsächlichen Entwicklung. Tatsächlich signifikante Abweichungen sind nur in den niedrigen Altersjahren zu finden, die jedoch im Vergleich zur oberen Variante 1 nahezu 10 Prozent erreichen, und selbst in Variante 3 mit reichlich 3 Prozent zu beachten sind.

Die Gründe dafür sind in mehreren Faktoren zu finden. So wurde die Geburtenrate deutlich überschätzt, der Freistaat hat sich hier abweichend zu den ursprünglichen Annahmen nicht nur weiterhin negativ entwickelt, die Geburtenziffer sank sogar um vielfaches des bisherigen Trends. Es gibt auch auf Basis aktueller Entwicklung bisher keine Anzeichen für einen bevorstehenden Wandel. Die Coronapandemie hat sich hinsichtlich der Sterbefälle als einmaliger Sondereffekt ohne Langzeitwirkung erwiesen. Auch der schnelle Rückgang der Zuwanderung im Rahmen der Ukraine-Krise wurde gut modelliert, was bei der nun sichtbaren deutlichen Ausweitung der Bildungszuwanderung ausländischer Studenten weniger gelang.

¹⁴ Siehe Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.

Der Prognosehorizont lag mit 2040 zum Zeitpunkt der Veröffentlichung mehr als 15 Jahre in der Zukunft und stellt mit einer Annahme von voraussichtlich 3,73 Millionen Einwohnern (Variante 3) zu diesem Zeitpunkt eine positivere Entwicklung als die vorhergehende Bevölkerungsvorausberechnung in Aussicht. Die tatsächliche Entwicklung insbesondere der Geburten deutet darauf hin, dass dieser Wert wohl klar unterschritten werden wird. Im letzten vergleichbaren Datenpunkt 2035 lag die Differenz zwischen den beiden realistischen Varianten 2 (7. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung) und 3 (8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung) bei rund 13.000 Personen.

Im Ergebnis kann an der Verwendung von Variante 3 der 8. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Krankenhausplan 2026 festgehalten werden, da diese Vorausberechnung zwar eine Überschätzung der tatsächlichen Entwicklung darstellt, allerdings nur in einem sehr geringen Maße und den zu erwartenden Entwicklungstrend weiter angemessen abbildet. Es ist jedoch der aktuellen Entwicklung im Rahmen der Geburten und Kinderjahrgänge besonders Rechnung zu tragen, da diese Abweichung für das relativ geringe Prognosealter bereits signifikant ist, und eine unmittelbare Auswirkung auf Teile der Krankenhausplanung hat.

Die stärksten Strukturveränderungen der Zukunft sind neben den Geburten ein weiteres Anwachsen des Anteils der älteren Bevölkerung. So wird 2040 ein knappes Drittel der Einwohner Sachsens 65 Jahre und älter sein, mehr als 10 Prozent der Bevölkerung wird sogar über 80 Jahre alt sein. Gleichzeitig nähert sich der Anteil der potenziell erwerbsfähigen Bevölkerung rund 50 Prozent, und wäre damit so gering wie noch nie zuvor. Dabei erfolgt das Schrumpfen dieser Altersgruppe insbesondere in den Altersjahren von 45 bis 65, die sich primär noch aus geburtenstarken Jahrgängen der DDR-Zeit speisen.

Tabelle 3: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen von 2019 bis 2040 auf Basis der 8. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 3 nach Altersgruppen

Alter von bis unter Jahren	2021	2025	2030	2035	2040	Veränderung 2021 zu 2040
0 bis 15	547.131	540.260	490.100	447.090	439.150	- 24,6 %
15 bis 45	1.306.361	1.325.250	1.269.940	1.207.550	1.187.620	- 10,0 %
45 bis 65	1.107.611	1.086.680	1.034.740	1.030.840	997.250	- 11,1 %
65 bis 80	709.658	734.840	795.900	768.690	708.850	- 0,1 %
80 und älter	372.241	370.210	345.620	372.740	394.350	+ 5,6 %
Insgesamt	4.043.002	4.057.240	3.936.300	3.826.910	3.727.220	- 8,5 %

Quelle: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

Auf der regionalen Ebene lassen sich deutliche Differenzen zwischen den verschiedenen Regionen des Freistaates erkennen. Diese beschränken sich nicht nur auf den erwartbaren Unterschied zwischen den Kreisfreien Städten und den Landkreisen, sondern auch die Planungsregionen selbst unterscheiden sich durchaus signifikant.

So ist Nordwestsachsen im Großen und Ganzen der am wenigsten kritische Bereich in Sachsen, welcher insbesondere durch eine weiterhin stabile Kreisfreie Stadt Leipzig dominiert wird und deutlich erkennbar positive Entwicklungseffekte zumindest in die unmittelbar angrenzenden Bereiche der sie umgebenden Landkreise ausstrahlt. Der Anteil der Personen im Rentenalter bleibt voraussichtlich mit rund 25 Prozent auch 2040 noch vergleichsweise niedrig, wobei die Landkreise der Region zwar höhere Werte aufweisen, aber im Sachsenvergleich noch am besten abschneiden. Besonders bedeutsam wird aber sein, dass die potenziell erwerbstätige

Bevölkerung hier insgesamt noch deutlich mehr als die Hälfte der Bevölkerung stellt, selbst in den Landkreisen herrscht hier noch Parität.

Ganz anders sieht dies in Südwestsachsen aus. Der Anteil der Rentner wird 2040 hier bei einem Drittel liegen und der Anteil der hochalten Bevölkerung immerhin bei rund 12,5 Prozent. Das bedeutet, dass in dieser Region fast 10 Prozent mehr Menschen über 80 Jahren als Menschen unter 15 Jahren leben werden, die zu diesem Zeitpunkt nur noch rund 11 Prozent Anteil ausmachen werden, unabhängig vom konkreten Kreis. Die daraus resultierenden Anforderungen der Daseinsvorsorge werden durch eine potenziell erwerbsfähige Bevölkerung, die droht, einen Anteil von 50 Prozent zu unterschreiten, zusätzlich erschwert.

Zwischen diesen Extremen findet die Entwicklung in Ostsachsen statt. Hier ist insbesondere der relativ klare Eigencharakter der einzelnen Landkreise auffällig, der von einem deutlich überaltertem Landkreis Görlitz mit einer teils schwierigen Siedlungsstruktur über den Flächenlandkreis Bautzen, der auf seine Fläche verteilt unterschiedliche regionale Entwicklungen aufweist, bis zum Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, der abgesehen von der Geburtenzahl auch in Zukunft im Raum Ostsachsen zumindest in der näheren Zukunft noch zu demografisch stabilsten Regionen zählt.

Tabelle 4: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen 2031 bis 2040 auf Basis der 8. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 3 nach Landkreisen und Kreisfreien Städten (in 1.000)

Kreisfreie Stadt Landkreis	2021	2030	2040
Chemnitz, Stadt	243,1	237,0	223,3
Erzgebirgskreis	328,7	302,1	269,6
Mittelsachsen	299,3	281,4	258,3
Vogtlandkreis	221,4	205,5	185,5
Zwickau	309,6	288,6	262,4
Südwestsachsen	1.402,1	1.314,5	1.199,2
Dresden, Stadt	555,4	560,8	548,6
Bautzen	296,3	280,9	259,3
Görlitz	248,3	231,4	209,8
Meißen	239,3	230,0	215,0
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	244,0	237,5	223,7
Ostsachsen	1.583,3	1.540,6	1.456,3
Leipzig, Stadt	601,9	631,3	638,0
Leipzig	258,2	255,9	247,1
Nordsachsen	197,5	194,1	186,6
Nordwestsachsen	1.057,6	1.081,3	1.071,7
Freistaat Sachsen	4.043,0	3.936,3	3.727,2

Quelle: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

3.2 Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung und Morbidität

3.2.1 Ausgangssituation

3.2.1.1 Eckpunkte der Versorgungsumfänge, Auswirkungen der Pandemie

Aufgrund der Pandemie, welche die Jahre 2020/2021 nicht nur zusätzlich belastete, sondern auch direkte Auswirkungen auf die Möglichkeit der Leistungserbringung der Krankenhäuser hatte, wird auf eine jährliche Darstellung der Entwicklung der Fallzahlen, Verweildauerentwicklung und Krankenhaushäufigkeit verzichtet. Diese würden zu möglichen Fehlinterpretationen des tatsächlichen Versorgungsgeschehens führen, da der konkrete Umfang der Auswirkung der externen Einflüsse nicht bestimmt werden kann.

Es werden daher stattdessen zunächst die Fallzahlen und die Berechnungs- und Belegungstage des Basisjahres 2023 dargestellt.

Im Jahr 2023 gab es an sächsischen Krankenhäusern insgesamt 855.630 vollstationäre Fälle¹⁵, davon 814.634 somatische und 40.996 psychiatrische Fälle. Die Verweildauer lag im somatischen Bereich bei durchschnittlich 6,43 und in den psychiatrischen Fachgebieten bei 27,34 Tagen. Damit kehrt sich die bisherige langfristige Tendenz (Senkung im somatischen Bereich, Steigerung im psychiatrischen Bereich) zumindest im aktuellen Betrachtungszeitraum um; es kam zu einer geringfügigen Steigerung der Verweildauer im somatischen Bereich sowie einer Senkung der Verweildauer in den psychiatrischen Fachgebieten. Inwiefern diese Veränderungen mit Entwicklungen der Verweildauer während und nach der Pandemie zusammenhängen, kann nicht beurteilt werden, ebenso, ob es sich um eine grundsätzliche Veränderung des Trends handelt. Sicherheitshalber sollte davon ausgegangen werden, dass es sich um singuläre Effekte im Rahmen der Wiederaufnahme der regulären Krankenhausversorgung handelt, die aus einer veränderten Prozessorganisation im Krankenhausgeschehen während der Pandemie resultieren.

Auswirkungen der Pandemie sind auch im Jahr 2024 kaum mehr auszumachen. Die Entwicklung deutet vielmehr auf eine Stabilisierung der stationären Fallzahlen hin. Deshalb wird dieses Jahr als Basisjahr der Berechnungen für das notwendigerweise vorzuhaltende Versorgungsvolumen im Krankenhausplan herangezogen.

3.2.1.2 Morbidität

Neben der demografischen Entwicklung und der Bevölkerungsdichte spielt auch die Morbidität (Häufigkeit der Erkrankungen) für die Sicherstellung der Patientenversorgung eine maßgebliche Rolle.

Das Versorgungsgeschehen im stationären Bereich wird im Bereich der vergebenen Hauptdiagnosen des DRG-Systems¹⁶ insbesondere durch Erkrankungen des Kreislaufsystems (2023: 14,8 Prozent aller stationären Fälle) und Neubildungen (2023: 12,8 Prozent), diese umfassen sowohl bösartige als auch gutartige, dominiert, die zusammen mehr als ein Viertel aller Fälle ausmachen. Externe Ursachen, das heißt Verletzungen, Vergiftungen und andere

¹⁵ Dies umfasst sowohl sächsische als auch nicht-sächsische Patientinnen und Patienten, daher sind Angaben des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt grundsätzlich zu Veröffentlichungen des Statistischen Landesamtes abweichend.

¹⁶ DRG: Diagnosis Related Groups

äußere Einflüsse, verursachen an dritter Stelle mit 11,0 Prozent aller Fälle die Notwendigkeit einer vollstationären Versorgung.

Natürlich spielt hierbei teilweise das Alter der Patientinnen und Patienten eine besondere Rolle. So sind Erkrankungen des Verdauungssystems in der Regel nahezu altersunabhängig mit durchgehend rund 10 Prozent aller Fälle, unabhängig vom Alter der Patientinnen und Patienten, wohingegen Erkrankungen des Kreislaufsystems bei Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren mit knapp 2 Prozent aller Fälle eher Ausnahmen sind, bei über 80-Jährigen aber mit deutlich über 20 Prozent aller Fälle nahezu ein Viertel der notwendigen Krankenhausbehandlungen verursachen.

Tabelle 5: Ausgewählte (ohne Geburten) häufigste Fälle nach aG-DRG 2023 in Sachsen

Anzahl	Bezeichnung
33.140	Ösophagitis, Gastroenteritis und andere Erkrankungen der Verdauungsorgane
22.411	Herzinsuffizienz
17.255	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane
14.596	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich
13.500	kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen
13.330	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes
13.073	Kopfverletzungen
12.028	Apoplexie (Schlaganfall)
12.019	Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
10.757	Infektion der Harnorgane

Quelle: Daten des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), eigene Berechnung

3.2.1.3 Einzugsgebiet der Krankenhäuser

Krankenhäuser dienen überwiegend der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Sachsen.

Im Jahr 2024 war die Versorgung sächsischer Patientinnen und Patienten mit rund 91,2 Prozent der mit Abstand höchste Anteil. 5,3 Prozent der Patientinnen und Patienten stammen aus anderen Bundesländern und 3,5 Prozent aus dem Ausland.

3.2.2 Prognose der demografiebedingten Entwicklung der Krankenhausleistungen

Im Rahmen der Krankenhausplanung 2026 wurde – wie üblich und für eine rechtssichere Krankenhausplanung erforderlich – eine Berechnung der zu erwartenden Krankenhaufälle durchgeführt. Wie bereits ausgeführt, geschah dies auf Basis der Leistungsdaten des Jahres 2024.

Insbesondere durch den inzwischen sehr zügig stattfindenden demografischen Wandel mit einem schnellen Anstieg des älteren Bevölkerungsanteils kommt es dabei zu einem durchaus dynamischen Geschehen. So ist in den nächsten drei bis vier Jahren zunächst mit einem weiteren Sinken der Fallzahlen zu rechnen, bevor dann wieder ein langsamer Anstieg für rund fünf Jahre einsetzt. Nach dem Erreichen des Maximums aus dieser vorübergehenden Steigerung (welches 2,5 Prozent über den Fallzahlen aus 2019 liegen wird) tritt dann der endgültige Zustand ein, ein permanentes Fallzahlsinken bis zum Ende des aktuell möglichen Prognosehorizontes 2060.

Es sei darauf hingewiesen, dass diese Veränderungen, die auf der Ebene der Gesamtfallzahlen mit Schwankungen in der Höhe von 2 bis 3 Prozent im Maximum stattfinden, in den einzelnen Leistungsbereichen deutlich differenzierter ablaufen. Wenig überraschend steigt der Bedarf an gezielter geriatrischer Versorgung sehr stark und schnell an, ein Umstand, dem die sächsischen Krankenhäuser durch einen gezielten Ausbau der entsprechenden Versorgungsangebote in der Vergangenheit bereits Rechnung getragen haben. Diese Entwicklung setzt sich fort.

Deutlich kritischer ist die zu erwartende Entwicklung im geburtshilflichen und pädiatrischen Bereich zu sehen. Seit dem Krankenhausplan 2024 haben bereits einige Geburtshilfen an sächsischen Krankenhäusern und auch vereinzelte Pädiatrien geschlossen. Die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendmedizin und die Geburtenrate waren bereits längerfristig im Rückgang und diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Für eine Sicherstellung einer angemessenen flächendeckenden Versorgung wird hier eine gezielte regionale Planung und Kommunikation aller Beteiligten notwendig werden.

Tabelle 6: Fallzahlenentwicklung nach Patientenwohntort insgesamt sowie nach ausgewählten Fachbereichen bis 2035

Kreisfreie Stadt Landkreis	Veränderung 2023 zu 2030		
	Insgesamt	Frauenheilkunde/ Geburtshilfe (LG 39 bis 42)	Pädiatrie (LG 46 bis 49)
Chemnitz, Stadt	- 3,0 %	- 5,1 %	- 7,9 %
Erzgebirgskreis	- 1,9 %	- 7,1 %	- 11,7 %
Mittelsachsen	- 3,1 %	- 8,2 %	- 11,2 %
Vogtlandkreis	- 4,2 %	- 8,0 %	- 11,4 %
Zwickau	- 3,6 %	- 7,6 %	- 11,2 %
Südwestsachsen	- 3,1 %	- 7,2 %	- 10,7 %
Dresden, Stadt	- 0,5 %	- 1,9 %	- 4,7 %
Bautzen	- 2,0 %	- 5,8 %	- 11,4 %
Görlitz	- 3,0 %	- 5,5 %	- 10,9 %
Meißen	- 1,6 %	- 5,4 %	- 10,1 %
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	- 1,0 %	- 5,2 %	- 8,4 %
Ostsachsen	- 1,4 %	- 4,0 %	- 8,2 %
Leipzig, Stadt	+ 3,1 %	+ 3,1 %	+ 2,3 %
Leipzig	+ 0,1 %	- 4,3 %	- 4,7 %
Nordsachsen	- 0,4 %	- 4,6 %	- 5,8 %
Nordwestsachsen	+ 1,6 %	+ 0,5 %	- 0,8 %
Freistaat Sachsen	- 1,3 %	- 3,7 %	- 7,0 %

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen sowie der Daten des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

3.3 Personal- und Finanzressourcen

In sächsischen Krankenhäusern waren im Jahr 2023 64.594 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt¹⁷. Bereits heute und umso mehr in Zukunft kommt der Gewinnung und Bindung qualifizierter Fachkräfte eine zentrale Bedeutung zu. Auf die unter Nummer 3.1 beschriebene Bevölkerungsentwicklung sei an dieser Stelle nochmals verwiesen.

Nach Erhebungen des Deutschen Krankenhaus Institutes hatten im Frühjahr 2022 rund 72 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland Probleme, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. 89 Prozent der Krankenhäuser hatten Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Allgemeinstationen und 56 Prozent bei festangestellten Hebammen/Geburthelfern. Dieser Trend setzt sich fort bei den vielfältigen sonstigen im Krankenhaus tätigen Berufen.

Dabei ist jedoch bundesweit die Anzahl der Beschäftigten im Krankenhaus nach Köpfen faktisch gestiegen. Waren im Jahr 2010 noch 148.696 Beschäftigte im ärztlichen Dienst sowie 964.263 im nichtärztlichen Dienst im Krankenhaus tätig, so waren es im Jahr 2021 insgesamt 203.286 im ärztlichen Dienst sowie 1.156.608 im nichtärztlichen Dienst¹⁸ und im Jahr 2023 insgesamt 211.994 im ärztlichen Dienst und 1.202.610 im nichtärztlichen Dienst¹⁹. Diese Entwicklung konnte auch im Freistaat Sachsen beobachtet werden. So gab es 2010 insgesamt 7.390 Beschäftigte im ärztlichen Dienst, bis zum Jahr 2021 stieg diese Zahl auf 9.858 Personen und bis zum Jahr 2023 auf 10.150. Im nichtärztlichen Dienst betrug die Zahl für Sachsen 2010 noch 40.101 Beschäftigte und erreichte 2021 insgesamt 46.314 Personen²⁰ und im Jahr 2023 47.839²¹.

Dass sich die Fachkräftesituation dennoch nicht entspannt, sondern vielmehr flächendeckend in Sachsen weiter verschärft, liegt nicht zuletzt an geänderten Arbeitsbedingungen sowie Lebensmodellen mit einem zunehmenden Anteil an Teilzeittätigkeiten.

Die Krankenhäuser stehen diesbezüglich vor enormen Herausforderungen und sind damit nicht allein, denn auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens (zum Beispiel niedergelassener Bereich, Pflege) und prinzipiell allen Bereichen des Lebens fehlen zunehmend Arbeitskräfte.

Diese immer knapper werdenden Personalressourcen können allein durch die Erhöhung von Studien- und Ausbildungsplätzen und Zuwanderung nicht kompensiert oder gar aufgestockt werden.

¹⁷ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-bl.html?templateQueryString=%C3%A4rztliches+und+nicht%C3%A4rztliches+personal>

¹⁸ Quelle: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-jahre.html>

¹⁹ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-bl.html?templateQueryString=%C3%A4rztliches+und+nicht%C3%A4rztliches+personal>

²⁰ Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Freistaates Sachsen.

²¹ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-bl.html?templateQueryString=%C3%A4rztliches+und+nicht%C3%A4rztliches+personal>

So bleibt die Konsolidierung und das Bemühen um eine stabile Personalwirtschaft eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe.

Demgegenüber stehen zudem begrenzte finanzielle Ressourcen. 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, Finanzressourcen wie Steuern, Beiträge sowie Eigenanteile der Versicherten zu generieren und diese verantwortungsbewusst, gezielt und nachhaltig einzusetzen. Dem Bürokratieabbau kommt daher ein besonderer Stellenwert zu.

3.4 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.

Transparente Leistungs- und Qualitätsinformationen werden in der Patientensteuerung zunehmend mehr Gewicht erhalten. Katalysatoren dieser Entwicklung sind die dahingehende Aufklärung und das damit einhergehende (Gesundheits-)Bewusstsein der Patientinnen und Patienten sowie die Verfügbarkeit internetbasierter Gesundheitsnavigationssysteme, die auch diagnosebezogene Recherchen von Qualitätsparametern zulassen. Betroffen werden insbesondere elektive Leistungen bei schweren oder komplexen Erkrankungen sein.

3.5 Ambulante Versorgung im Krankenhaus, sektorenübergreifende Versorgung

Es ist Aufgabe aller an der Versorgung Beteiligten, Verantwortung für eine gute regionale Gesundheitsversorgung zu übernehmen und diese zunehmend sektorenübergreifend sicherzustellen. In § 6 Absatz 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes wurde mit der Regelung zu Krankenhäusern der Regelversorgung mit dem Zusatz Gesundheitszentrum ein erster Impuls in Richtung sektorenübergreifender Versorgungsangebote geschaffen. Damit sollen zukünftig auch Versorgungslücken in anderen Sektoren durch Krankenhäuser mit dem Zusatz Gesundheitszentren geschlossen werden können. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wurde überdies die Möglichkeit der Umwandlung von Krankenhäusern in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) geschaffen. Diese sollen ambulante und stationäre Behandlungsangebote unter einem Dach vereinen und insbesondere in strukturschwachen Regionen eine gesundheitliche Versorgung an dem jeweiligen Standort aufrechterhalten und einen Ankerpunkt für weitere gesundheitliche, pflegerische und rehabilitative Angebote bieten. Den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird die Möglichkeit eingeräumt, unter vereinfachten Bedingungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Sie sollten stets dort mitgedacht werden, wo die vollstationäre Versorgung aufgrund der Rahmenbedingungen nicht mehr in einem grundständigen Sinne aufrechterhalten werden kann. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren ferner die konkreten stationären Leistungsinhalte der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§ 115g Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Auch im Freistaat Sachsen gibt es Regionen, in denen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen künftig als Ankerpunkt für eine gesundheitliche Versorgung dienen und damit eine wichtige Funktion erfüllen könnten. Die Ausweisung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

wird bei entsprechenden Anträgen geprüft. Eine dahingehende Ausweisung im Krankenhausplan ist dann möglich.

Die Krankenhausplanung betrifft auf Basis der aktuellen Rechtslage jedoch grundsätzlich nur den stationären Bereich auch wenn Krankenhäuser eine große Anzahl ambulanter Leistungen erbringen, die – gemessen an den Fallzahlen – das stationäre Kerngeschäft deutlich übersteigen. Die Krankenhäuser leisten damit heute schon ihren Beitrag zur ambulanten flächendeckenden Versorgung. Daten des ambulanten Bereichs können aufgrund der aktuellen Rechtslage jedoch nicht in die Krankenhausplanung einbezogen werden. Es ist dennoch das Ziel der Krankenhausplanung, Versorgung vernetzt zu denken.

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 und der demografie- und morbiditätsbedingten Nachfrage nach gesundheitlicher Versorgung andererseits.

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

Krankenhäuser können darüber hinaus bei der Erfüllung der jeweiligen gesetzlichen Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verschiedene ambulante Leistungen²² erbringen und sich in weitere Versorgungsangebote einbringen²³.

In welchem Umfang sich die Versorgung künftig auf den ambulanten und stationären Bereich aufteilen wird, lässt sich nur schwer prognostizieren. Trotz wiederholter Bekenntnisse des Gesetzgebers zu integrierten, sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen ist die sektorale Trennung des Gesundheitswesens bisher nicht überwunden worden.

Allerdings lassen sich folgende Entwicklungen abgrenzen:

- Insbesondere die Telemedizin kann potenziell einen erheblichen 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.
- Wegen 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.

²² uUnter anderem: 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 durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (Institutsermächtigung, § 116a SGB V), Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V), Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V), Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme, § 137f SGB V).

²³ Zum Beispiel: Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (§ 115d SGB V) und Besondere Versorgung (§ 140a SGB V).

- Aufgrund des medizinischen Fortschritts werden auch künftig teilweise weitere 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.

Mit der seit dem 1. Januar 2023 geltenden Regelung des § 22 des Sächsischen Krankenhausgesetzes können zudem Modellvorhaben gefördert werden. Dabei handelt es sich um zeitlich begrenzte Vorhaben zur Entwicklung, Erprobung, Überprüfung und Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen, Methoden und Konzeptionen sowie zur Notwendigkeit und Ausgestaltung gesetzlicher Regelungen. Modellvorhaben können und sollen somit mittelfristig ebenfalls einen wesentlichen Impuls hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung setzen.

4 Inhalt und Struktur des Krankenhausplanes

4.1 Berücksichtigung von Vorgaben der Krankenhausreform

Die **Krankenhausreform des Bundes**, die im Freistaat Sachsen erstmalig mit dem Krankenhausplan 2026 umgesetzt wird, bedingt zahlreiche **Anpassungen an Inhalt und Struktur des Krankenhausplanes** im Vergleich zu den vorhergehenden Krankenhausplänen des Freistaates Sachsen.

Die weitreichendste **inhaltliche Anpassung** ist die Umstellung der Planungssystematik im Bereich **Somatik** von einer Planung nach Fachgebieten in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer hin zu einer **Planung nach bundeseinheitlichen Leistungsgruppen**. Die Inhalte dieser Leistungsgruppen werden ebenfalls bundeseinheitlich mittels Leistungsgruppen-**Groupen** definiert. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist grundsätzlich an die Erfüllung bundeseinheitlich definierter **Qualitätskriterien** gebunden. Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch den Medizinischen Dienst des Freistaates Sachsen zu prüfen.

Ebenfalls reformiert wurden die Vergütungsregelungen für Krankenhausleistungen. Nach der Ausgliederung des Pflegebudgets wird der übrige Teil (aDRG) aufgeteilt in eine **Vorhaltevergütung** und die übrigen fallabhängigen Kosten (rDRG). Die Vergütung ist künftig an die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe gebunden, der die betreffende Leistung (mittels Groupen) zugeordnet ist.

Die zweite weitreichende Anpassung betrifft die **Struktur des Krankenhausplanes**. Die letzten Krankenhauspläne und deren Fortschreibungen hatten jeweils zwei Teile. Der Teil I enthielt allgemeine Grundsätze und Bestimmungen zur Krankenhausplanung im Freistaat Sachsen. Der Teil II enthielt eine Übersicht über alle Plankrankenhäuser im Freistaat Sachsen mit den jeweiligen Einzelfestlegungen, insbesondere der Art des Krankenhauses, der jeweiligen Versorgungsstufe, den jeweiligen Versorgungsaufträgen und den verbundenen Ausbildungsstätten. **Der Krankenhausplan 2026 wird drei Teile haben.** Teil I enthält – wie bisher – die allgemeinen Grundsätze und Bestimmungen zur Krankenhausplanung im Freistaat Sachsen. Der Teil II enthält – abweichend von dem bisherigen Teil II – ein abstraktes Zielbild für die vorgesehene – rein zahlenmäßige Zielstellung zur Anzahl und Verteilung der Versorgungsaufträge und der Ausbildungsstätten je Landkreis und Planungsregion. Der Teil III des Krankenhausplanes 2026 wird sodann – wie der bisherige Teil II – die Einzelfestlegungen für alle Plankrankenhäuser im Freistaat Sachsen enthalten.

Schritt 1: Krankenhausplan Teil I und Teil II

Teil I und Teil II des Krankenhausplanes 2026 werden im zeitlichen Zusammenhang mit der Beauftragung des Medizinischen Dienstes Sachsen zur Prüfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen (Leistungsgruppenprüfungen) erarbeitet und verabschiedet. Die Frist zur Beauftragung des Medizinischen Dienstes Sachsen mit den Leistungsgruppenprüfungen ist gesetzlich normiert.

Schritt 2: Leistungsgruppenprüfungen

Daran schließen sich die Leistungsgruppenprüfungen des Medizinischen Dienstes Sachsen an. Diese müssen – gemäß den gesetzlichen Vorgaben – bis Mitte des Jahres 2026 abgeschlossen sein.

Schritt 3: Krankenhausplan Teil III

Nach Abschluss der Leistungsgruppenprüfungen durch den Medizinischen Dienst übermittelt dieser die Ergebnisse an die Landeskrankenhausplanungsbehörde. Die Prüfergebnisse werden sodann im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Krankenhausplanung des Krankenhausplanungsausschusses mit dem abstrakten Zielbild des Krankenhausplanes Teil II derart in Einklang gebracht, dass die zahlenmäßige Verteilung der Versorgungsaufträge auf die Landkreise und Planungsregionen möglichst in konkrete Einzelfestlegungen, insbesondere Versorgungsaufträge, für die Plankrankenhäuser überführt werden kann. Diese Einzelfestlegungen werden sodann in den – neuen – Teil III des Krankenhausplanes 2026 überführt.

4.2 Krankenhausstrukturen und Einzelfestlegungen

4.2.1 Allgemein- und Fachkrankenhäuser, Versorgungsstufen, Zusammenarbeit

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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, ohne dass in der Regel eine bestimmte Fachrichtung im Vordergrund steht.

Sie werden in Allgemeinkrankenhäuser der Regel- (mit oder ohne Zusatz Gesundheitszentrum), Schwerpunkt- und Maximalversorgung unterschieden:

- **Krankenhäuser der Regelversorgung** zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin umfassen. Besteht ein entsprechender Bedarf, können sie daneben insbesondere die Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Urologie vorhalten (§ 6 Absatz 1 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).

- In Ausnahmefällen können **Krankenhäuser der Regelversorgung mit dem Zusatz Gesundheitszentrum** im Krankenhausplan ausgewiesen werden (§ 6 Absatz 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes). Dabei handelt es sich um Krankenhäuser der Regelversorgung, die nur noch entweder die Fachrichtung Chirurgie oder die Fachrichtung Innere Medizin oder beide Fachrichtungen in eingeschränktem Umfang umfassen. Bei nicht anderweitig gedecktem Bedarf können sie die Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Urologie vorhalten.
- **Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung** erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. Sie umfassen die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin und Urologie. Ausnahmen von dem Fachgebietsspektrum sind zulässig, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung erforderlich ist. Besteht ein entsprechender Bedarf, können sie auch weitere Fachrichtungen vorhalten, insbesondere Dermatologie, Neurochirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (§ 6 Absatz 3 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).
- **Krankenhäuser der Maximalversorgung** müssen im Rahmen des Bedarfs mit ihren Leistungsangeboten über Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung wesentlich hinausgehen. Sie sollen die entsprechenden hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtungen vorhalten (§ 6 Absatz 4 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).

Universitätsklinika nehmen Aufgaben der Maximalversorgung wahr. Im Übrigen werden die Versorgungstufen nach pflichtgemäßem Ermessen zugewiesen. Dabei sind die zugewiesenen und wahrgenommenen Versorgungsaufgaben, die Belange der Raumordnung und Landesplanung sowie die Erreichbarkeit von Leistungsangeboten der Schwerpunkt- und Maximalversorgung zu berücksichtigen und eine möglichst gleichmäßige Verteilung einander ergänzender Krankenhäuser anzustreben (§ 6 Absatz 5 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).

Fachkrankenhäuser sind Krankenhäuser, in denen überwiegend einer bestimmten Fachrichtung zugehörige Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden (§ 6 Absatz 6 des Sächsischen Krankenhausgesetzes). Fachkrankenhäuser sollen nur in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn sie bedarfsgerecht sind und glaubhaft machen, dass ihr Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistung die Versorgung der Bevölkerung verbessern (§ 5 Absatz 5 Satz 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes). In Fachkrankenhäusern werden in der Regel Fachgebiete wie Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie vorgehalten. Darüber hinaus gibt es Fachkrankenhäuser, die insbesondere Schwerpunkte wie Herzchirurgie, Pneumologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Orthopädie vorhalten.

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

Fachkrankenhäuser werden nicht durch Versorgungsstufen gemäß § 6 des Sächsischen Krankenhausgesetzes spezifiziert.

„**Level F**“- **Krankenhäuser** sind Plankrankenhäuser, die von der Krankenhausplanung dem Status „Level F“ im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet werden. Die Möglichkeit, Krankenhäuser dem „Level F“ im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzuordnen, wurde im Zuge der Krankenhausreform des Bundes eröffnet. Diese Zuordnung ist

insbesondere Voraussetzung für die Anwendung von Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit der Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen (in Kooperation).

Im Rahmen der Krankenhausplanung 2026 soll möglichst ein Gleichklang zwischen der Ausweisung als Fachkrankenhaus im Sinne des Sächsischen Krankenhausgesetzes und der Zuordnung des Status „Level F“ hergestellt werden. Ausnahmen sind insbesondere zur Sicherstellung der Versorgung möglich.

Zur **Zusammenarbeit** sind alle Plankrankenhäuser im Freistaat Sachsen verpflichtet. Gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 des Sächsischen Krankenhausgesetzes sind die Krankenhäuser ihrem Versorgungsauftrag entsprechend zur Zusammenarbeit untereinander und mit anderen Personen und Institutionen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, andere Leistungserbringer der gesundheitlichen Versorgung, der öffentliche Gesundheitsdienst, die sonstigen Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, der Rettungsdienst, die Integrierten Regionalleitstellen sowie die Krankenkassen und anderen Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung) verpflichtet.

Auch die Festlegung von Versorgungsstufen ist Bestandteil des Versorgungsauftrages. Dementsprechend kommt den Krankenhäusern der Maximalversorgung und der Schwerpunktversorgung mithin eine besondere Verpflichtung im Rahmen der Zusammenarbeit mit den anderen Krankenhäusern der jeweiligen Region zu.

Die Zusammenarbeit sollte ihren Schwerpunkt in der Region haben, zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen und zu Behandlungsschwerpunkten geschlossen werden und einem Wissenstransfer in die Fläche dienen.

Mit der Krankenhausreform ist die Zusammenarbeit (Kooperation) weiter in den Fokus gerückt, da insbesondere Qualitätskriterien und Leistungsgruppen zum Teil in Kooperation erbracht beziehungsweise vorgehalten werden dürfen beziehungsweise müssen, um die Qualitätskriterien (deren Erfüllung durch den Medizinischen Dienst Sachsen geprüft wird) zu erfüllen. Die dargelegten Grundsätze zur Zusammenarbeit gelten daher im Rahmen des Krankenhausplanes 2026 in besonderem Maße und haben besondere Bedeutung für die Sicherstellung der Versorgung.

Die **Zusammenarbeit** der Leistungserbringer wurde ferner bereits im Zuge der Novellierung des Sächsischen Krankenhausgesetzes stärker in den Vordergrund gerückt und damit der Blick auf sektorenübergreifende Strukturen und Kooperationen gerichtet. Ein Nebeneinanderher-Agieren wird künftig immer weniger funktionieren; der Ausbau und das Leben von Kooperationen wird immer wichtiger werden, um die Versorgung sicherzustellen. Dieser grundlegende Gedanke wird auch vom vorliegenden Krankenhausplan getragen. Nicht überall kann es ein Krankenhaus geben und auch dort, wo sich Krankenhäuser befinden, können – auch aus Qualitätsgründen und im Sinne des zielgenauen Einsatzes personeller Ressourcen – nicht immer alle Leistungen angeboten werden. Daher soll einerseits die Grundversorgung wohnortnah sichergestellt sein, andererseits jedoch bedarf es bei spezialisierten Leistungen der stärkeren Konzentration an ausgewählten Standorten. Die abgestufte Krankenhauslandschaft ist dabei ebenso wichtig wie eine stärkere Kooperation der Leistungserbringer, gegebenenfalls unter Nutzung von telemedizinischen Angeboten. Nur so wird für alle Patienten und Patientinnen in ganz Sachsen eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sichergestellt werden können.

Mit dem neuen Sächsischen Krankenhausgesetz wurden schließlich auch Regionalkonferenzen ermöglicht, deren Vorschläge in die Krankenhausplanung einbezogen werden können. Die Akteure vor Ort erörtern und erarbeiten hierfür zunächst gemeinsam regionale Entwicklungsstrategien in Bezug auf konkrete planerische Schwerpunkte ihrer jeweiligen Region.

4.2.2 Leistungsgruppen, Fachgebiete, Fachprogramme, Zentren und sonstige Festlegungen

Abweichend zu der bisherigen Systematik im Bereich Somatik werden (im Teil III) nicht mehr Gebiete in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, sondern bundeseinheitliche Leistungsgruppen ausgewiesen. Es werden die folgenden (bundeseinheitlichen) Leistungsgruppen (LG) aus- und zugewiesen:

Tabelle 7: Bundeseinheitliche Leistungsgruppen (Stand: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Leistungsgruppe	
LG 01	Allgemeine Innere Medizin
LG 02	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
LG 03	Infektiologie
LG 04	Komplexe Gastroenterologie
LG 05	Komplexe Nephrologie
LG 06	Komplexe Pneumologie
LG 07	Komplexe Rheumatologie
LG 08	Stammzelltransplantation
LG 09	Leukämie/Lymphome
LG 10	EPU/Ablation
LG 11	Interventionelle Kardiologie
LG 12	Kardiale Devices
LG 13	Minimalinvasive Herzklappenintervention
LG 14	Allgemeine Chirurgie
LG 15	Kinder- und Jugendchirurgie
LG 16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
LG 17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
LG 18	Bauchaortenaneurysma
LG 19	Carotis operativ/interventionell
LG 20	Komplexe periphere arterielle Gefäße
LG 21	Herzchirurgie
LG 22	Herzchirurgie Kinder und Jugendliche
LG 23	Endoprothetik Hüfte
LG 24	Endoprothetik Knie
LG 25	Revision Hüfteendoprothese
LG 26	Revision Knieendoprothese
LG 27	Spezielle Traumatologie
LG 28	Wirbelsäuleneingriffe
LG 29	Thoraxchirurgie
LG 30	Bariatrische Chirurgie
LG 31	Lebereingriffe

Leistungsgruppe	
LG 32	Ösophaguseingriffe
LG 33	Pankreaseingriffe
LG 34	Tiefe Rektumeingriffe
LG 35	Augenheilkunde
LG 36	Haut- und Geschlechtskrankheiten
LG 37	MKG
LG 38	Urologie
LG 39	Allgemeine Frauenheilkunde
LG 40	Ovarial-CA
LG 41	Senologie
LG 42	Geburten
LG 43	Perinataler Schwerpunkt
LG 44	Perinatalzentrum Level 1
LG 45	Perinatalzentrum Level 2
LG 46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
LG 47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin
LG 48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation
LG 49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie/Lymphome
LG 50	HNO
LG 51	Cochleaimplantate
LG 52	Neurochirurgie
LG 53	Allgemeine Neurologie
LG 54	Stroke Unit
LG 55	Neuro-Frühreha (NNF Phase B)
LG 56	Geriatric
LG 57	Palliativmedizin
LG 58	Darmtransplantation
LG 59	Herztransplantation
LG 60	Lebertransplantation
LG 61	Lungentransplantation
LG 62	Nierentransplantation
LG 63	Pankreastransplantation
LG 64	Intensivmedizin
LG 65	Notfallmedizin

Leistungsgruppen werden jedoch nur dann geplant und zugewiesen, wenn sie in dem bundeseinheitlichen Katalog der Leistungsgruppen enthalten sind²⁴.

²⁴ Die Leistungsgruppen 3 – Infektiologie, 16 – Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, 47 – Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und 65 – Notfallmedizin waren ursprünglich in dem Katalog der Leistungsgruppen enthalten, sind jedoch für eine Streichung vorgesehen (vergleiche Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) in der Fassung des Beschlusses des Bundeskabinetts am 01. Oktober 2025, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHAG_Kabinett.pdf

Die Leistungsgruppen werden überdies – im Einklang mit dem Sächsischen Krankenhausgesetz – planungstechnisch bestimmten Fachrichtungen zugeordnet (vergleiche insbesondere § 6 des Sächsischen Krankenhausgesetzes). Außerdem werden sie dabei in sogenannte Basisleistungsgruppen der Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung, spezialisierte Leistungsgruppen und hochspezialisierte Leistungsgruppen eingeteilt.

Basisleistungsgruppen der Regelversorgung sind Leistungsgruppen, die an Krankenhäusern der Regelversorgung (und damit auch an den höheren Versorgungsstufen – Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung) vorgehalten werden müssen. Zu den Basisleistungsgruppen der Regelversorgung zählen die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin.

Basisleistungsgruppen der Schwerpunktversorgung sind Leistungsgruppen, die an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung (und damit auch an der höheren Versorgungsstufe – Maximalversorgung) vorgehalten werden müssen und an Krankenhäusern der Regelversorgung vorgehalten werden können. Zu den Basisleistungsgruppen der Schwerpunktversorgung zählen die Leistungsgruppen Urologie, Frauenheilkunde, Geburten, Perinataler Schwerpunkt, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Kinder- und Jugendmedizin.

Spezialisierte Leistungsgruppen sind Leistungsgruppen, die an Krankenhäusern der Regelversorgung vorgehalten werden können, an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung hingegen vorgehalten werden sollen. Zu den spezialisierten Leistungsgruppen zählen die Leistungsgruppen Spezielle Traumatologie, Geriatrie, Palliativmedizin, Augenheilkunde, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Carotis operativ/interventionell, Komplexe periphere arterielle Gefäße, Endoprothetik, Wirbelsäuleneingriffe, Pankreaseingriffe, Tiefe Rektumeingriffe, Senologie, Perinatalzentrum Level 2, Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, Komplexe Gastroenterologie, Komplexe Rheumatologie, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices, Kinder- und Jugendchirurgie und Stroke Unit.

Hochspezialisierte Leistungsgruppen sind Leistungsgruppen, die nicht an Krankenhäusern der Regelversorgung vorgehalten werden sollen, an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung vorgehalten werden können und an Krankenhäusern der Maximalversorgung vorgehalten werden sollen. Zu den hochspezialisierten Leistungsgruppen zählen die Leistungsgruppen Bauchaortenaneurysma, Thoraxchirurgie, Lebereingriffe, Ösophaguseingriffe, Ovarial-CA, Perinatalzentrum Level 1, Komplexe Nephrologie, Komplexe Pneumologie, Leukämie und Lymphome, EPU/Ablation, Haut- und Geschlechtskrankheiten, MKG, Neurochirurgie und Allgemeine Neurologie.

Bestimmte Leistungsbereiche werden ferner als **Fachprogramme** gesondert geplant.

Darüber hinaus werden die psychischen Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Krankenhausplan (Teil III) ausgewiesen.

Bettenzahlen und tagesklinische Plätze werden im Krankenhausplan 2026 ergänzend ausgewiesen, bei den psychischen Fachgebieten fachgebietsspezifisch, in der Somatik als Gesamtbettenzahl.

Auch mit dem vorliegenden Krankenhausplan wird die Zentralisierung und Spezialisierung in den Blick genommen. Dies erfolgt wie bisher insbesondere durch die gezielte Zuweisung von bestimmten Versorgungsaufgaben, insbesondere über die Zuweisung von Leistungsgruppen und Fachprogrammen.

Gemäß § 5 Absatz 6 des Sächsischen Krankenhausgesetzes werden die gemäß Transplantationsgesetz²⁵ zugelassenen **Transplantationszentren** im Krankenhausplan (Teil III) ausgewiesen. Damit verbunden erfolgt die Zuweisung der entsprechenden Leistungsgruppe(n) für Darm-, Herz-, Leber-, Lungen-, Nieren- und Pankreastransplantationen.

Belegabteilungen werden im Krankenhausplan explizit ausgewiesen. Die Krankenhausplanung ermöglicht – im Rahmen der einschlägigen gesetzlichen Regelungen – die Ausweisung von Bereichen für **Belegbetten**.

Zentren im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes werden ebenfalls im Krankenhausplan (Teil III) ausgewiesen.

Auch Strukturen, die modellhaft eingerichtet wurden/werden oder die sektoren- beziehungsweise länderübergreifend vorgehalten werden und/oder erheblich entgelt- sowie versorgungsrelevant sind, werden unter Beachtung der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen nachrichtlich ausgewiesen (betrifft derzeit § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

4.2.3 Krankenhausplan Teil II – Krankenhausentwicklungsplan

Die Krankenhausplanung 2026, im Besonderen der Teil II stellt ausdrücklich nicht nur auf den derzeitigen Stand beziehungsweise die aktuell für die Versorgung vorgesehenen Krankenhäuser ab, sondern erstreckt sich auch auf die vorgesehene Entwicklung der Krankenhäuser und berücksichtigt bereits avisierte und geplante Konzentrationsvorhaben. Die Krankenhausplanung ist somit grundsätzlich auf ein strategisches, über den jeweiligen Geltungszeitraum hinausgehendes mittel- und langfristiges Zielbild und auf die Integration und Berücksichtigung dieses Zielbildes bei den im jeweiligen Krankenhausplan getroffenen Einzelfestlegungen ausgerichtet.

Die unter Nummer 3.1 beschriebene Bevölkerungsentwicklung ist ein Fakt, mit dem sich die Regionen und die Krankenhäuser zwangsläufig auseinandersetzen müssen und der zu Veränderungen führen wird. Hinzu kommt die Morbiditätsentwicklung sowie die Ambulantisierung, die keinesfalls negativ, sondern vielmehr positiv im Sinne einer besseren Genesung der Patientinnen und Patienten zu werten ist.

Auch die Fachkräftesituation wird sich weiter verschärfen, was – sowohl zugunsten der Patientinnen und Patienten als auch der Fachkräfte – weiterhin zu Konzentrationen der Leistungserbringung und Spezialisierungen sowie zunehmend zu Kooperationen führen muss. Zudem werden sich die Bedarfe der Patientinnen und Patienten verändern beziehungsweise entsprechend der veränderten Altersstruktur verschieben.

4.3 Belegarztsystem

Das Belegarztsystem in den sächsischen Krankenhäusern richtet sich nach den einschlägigen gesetzlichen Grundlagen. Die Krankenhausplanung im Freistaat Sachsen bekennt sich zur belegärztlichen Versorgung und versucht diese – als sektorenverbindende Versorgung – weiterhin zu ermöglichen.

²⁵ 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 15d des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I Seite 2754) geändert worden ist.

Eine Belegabteilung setzt aus Sicht der Krankenhausplanung im Freistaat Sachsen 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 des Bundesmantelvertrages der Ärzte (BMV-Ä). Die Ausweisung im Krankenhausplan setzt die Erfüllung etwaiger bundesrechtlicher Vorgaben voraus.

Die Krankenhausplanung ermöglicht – im Rahmen der einschlägigen gesetzlichen Regelungen – ferner die Ausweisung von Bereichen für Belegbetten.

Die Neueinrichtung oder Schließung von Bereichen für Belegbetten außerhalb eines entsprechenden Versorgungsauftrages bedarf der Beratung im Krankenhausplanungsausschuss und der Letztentscheidung der Planungsbehörde.

Die Neueinrichtung, Änderung oder Schließung von Bereichen für Belegbetten innerhalb eines bestehenden – entsprechenden – Versorgungsauftrages ist gegenüber der Planungsbehörde anzeigepflichtig.

4.4 Teilstationäre und tagesstationäre Versorgung im Krankenhaus

Tageskliniken an Krankenhäusern ermöglichen ein patientengerechtes und zugleich wirtschaftliches Behandlungsangebot in Ergänzung der vollstationären Krankenhausleistung. Sie können die vollstationäre und die ambulante Versorgung sinnvoll ergänzen und so die sektorübergreifende Versorgung stärken.

Grundsätzlich werden in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Klassifizierung der Fachgebiete nach der Weiterbildungsordnung – WBO) die stationären und die teilstationären Kapazitäten getrennt ausgewiesen.

Ergänzend können in ausgewählten somatischen Fachbereichen teilstationäre Kapazitäten ausgewiesen werden; dies betrifft vorliegend ausschließlich die Geriatrie, Adipositasbehandlungen, Onkologie, Schmerztherapie und Kinderkardiologie (als Bestandteil des spezifischen Versorgungsauftrages des Herzzentrums Leipzig). Insofern erfolgt jeweils eine inhaltliche und eine zahlenmäßige Ausweisung (Anzahl der Tagesplätze).

Im Übrigen werden teilstationäre Versorgungsaufträge in der Somatik nicht gesondert beplant. Es erfolgt insoweit weder eine inhaltliche Ausweisung noch eine Ausweisung der Anzahl der Tagesplätze. Die Kapazitäten sind insbesondere nicht bereits in den ausgewiesenen Tagesplätzen für die beplanten Bereiche (dazu Absatz zuvor) enthalten. Für einen dahingehenden Versorgungsauftrag bedarf es jedoch **grundsätzlich** der Ausweisung eines entsprechenden vollstationären Versorgungsauftrages (in inhaltlicher Hinsicht, das heißt eines vollstationären Versorgungsauftrages für die entsprechende Leistungsgruppe und/oder Fachprogramm) und eines verbindlichen medizinischen Behandlungskonzeptes mit Indikationsbereichen, Behandlungsspektren sowie strukturellen und personellen Rahmenbedingungen. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, können die Leistungen und Vergütungen zwischen den örtlichen Vertragsparteien nach § 18 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart werden.

Darüber hinaus können gemäß § 115e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Krankenhäuser in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen.

4.5 Notfallversorgung

Die Notfallversorgung ist ein Zusammenwirken insbesondere von Krankenhäusern, Rettungsdienst und dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Alle Bereiche stehen vor der oben beschriebenen Herausforderung endlicher Personalressourcen. Daher gilt es auch weiterhin, die Belange der Notfallversorgung in Krankenhäusern, der Bereitstellung von Notärzten durch Krankenhäuser, des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie des Rettungsdienstes stärker aufeinander abzustimmen.

Bereits in der letzten Legislaturperiode des Bundestages wurde über eine umfassende Reform der Notfallversorgung diskutiert und auch in der aktuellen Legislaturperiode sollen die Reformansätze wieder aufgegriffen werden. Kernfrage dabei ist, wie die Patientinnen und Patienten in Notfällen schnell und effektiv dort versorgt werden können, wo dies auch medizinisch sinnvoll ist.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung vom 5. Dezember 2024 legt für jede Stufe der Notfallversorgung (Basisnotfallversorgung – Stufe 1, erweiterte Notfallversorgung – Stufe 2, umfassende Notfallversorgung – Stufe 3) insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert fest. Die strukturellen Anforderungen steigen mit der Höhe der Stufe. Die Prüfung der Einordnung der Krankenhäuser in das gestufte System von Notfallstrukturen erfolgt im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

Gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 3 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses kann die Landeskrankenhausplanungsbehörde in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die zwar keiner Stufe zugeordnet werden können aber für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen, als Spezialversorger ausweisen. Diese Entscheidung erfolgt in einem gesonderten Verfahren.

Die Regelung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Grundlage für Zu- oder Abschlüsse nach dem Krankenhausentgeltrecht. Insofern erfolgt der krankhausplanerische Ausweis der Notfallstufen-Zuordnung lediglich nachrichtlich im Teil III des Krankenhausplanes.

Unabhängig von der Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an dem Notfallstufensystem sind Krankenhäuser verpflichtet, eine ihrem Versorgungsauftrag entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Unbeschadet der Aufnahmekapazität und des Versorgungsauftrages sind die Krankenhäuser verpflichtet, Notfallpatientinnen und -patienten zum Zwecke einer qualifizierten ärztlichen Erstversorgung aufzunehmen und gegebenenfalls die anschließende Weiterleitung zu veranlassen (§ 27 Absatz 1 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).

Die Krankenhäuser und die Integrierten Regionalliektstellen informieren einander über Aufnahmekapazitäten und entsprechende Bedarfe. Hierzu soll eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende digitale Lösung eingesetzt werden (§ 27 Absatz 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes). Die Krankenhäuser nehmen an dem teilweise noch einzuführenden Kapazitätserfassungssystem der Integrierten Regionalliektstellen teil; deren Auswertungen können in zukünftigen Planungsprozessen einbezogen werden.

Die Krankenhäuser stellen im Rahmen des § 28 Absatz 3 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz²⁶ Ärzte für den Rettungsdienst zur Verfügung. Gemäß § 56 Absatz 1 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz haben sie Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben sowie mit der zuständigen Brandschutz-, Rettungsdienst- und Katastrophenschutzbehörde und der Leitstelle abzustimmen und diesen die Pläne zur Verfügung zu stellen. Zudem sind gemäß § 27 Absatz 4 des Sächsischen Krankenhausgesetzes Alarm- und Einsatzpläne für den Fall der Evakuierung der Krankenhäuser aufzustellen, fortzuschreiben und einzuüben.

5 Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfes

An dem bisherigen Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfs soll im Wesentlichen festgehalten werden.

5.1 Einflussfaktoren auf die Krankenhausplanung

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

- die Betten- und Tagesplatzkapazitäten des bisher gültigen Krankenhausplanes 2024
- die Anträge der Krankenhausträger und ihre Vorstellungen zur künftigen Entwicklung,
- Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (sogenannte „InEK-Daten“) für die Jahre 2023 und 2024,
- die nach § 3 Nummer 14 der Krankenhausstatistikverordnung²⁷ vom Statistischen Landesamt (StLA) Sachsen erhobenen Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser für das Jahr 2022,
- 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 sowie die Entwicklung der zukünftigen Bevölkerungsstruktur in den Kreisfreien Städten und Landkreisen auf Basis der 8. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung in Sachsen vom Juni 2023, Variante 3,
- Abweichungsanalyse des Statistischen Landesamtes des Freistaates.

Auf Basis der vorliegenden Daten (InEK, StLA) wurden in ausgewählten Leistungsgruppen bereits im Vorfeld der Antragsstellung Voranalysen durchgeführt und den betreffenden Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

²⁶ Sächsisches Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz vom 24. Juni 2004 (SächsGVBl. Seiten 245, 647), das zuletzt durch das Gesetz vom 25. Juni 2019 (SächsGVBl. Seite 521) geändert worden ist.

²⁷ 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.

5.2 Methode zur Bedarfsberechnung

5.2.1 Hill-Burton-Methode, Bettenkorridor

Die Bedarfsanalyse, die dem Krankenhausplan für die Jahre ab 2026 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 2: Hill-Burton-Formel

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

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

Für die somatischen Leistungsbereiche 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.

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 für jedes Fachgebiet festgelegte Sollverweildauer sowie den unter Nummer 5.2.4 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.

5.2.2 Einwohnerzahl, demografiebedingte und nichtdemografiebedingte Entwicklung

Der Bedarfsberechnung des einzelnen Krankenhauses werden die für die jeweilige Region (Einzugsgebiet) im Jahr 2024 die Daten der Bevölkerungsfortschreibung und im Jahr 2027 die vom Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen prognostizierten Einwohnerzahlen zugrunde gelegt (8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 3 und Abweichungsanalyse).

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

5.2.3 Verweildauer und Prognose der Verweildauerentwicklung

Im somatischen Bereich wird auf Basis der DRG-Daten 2024 eine krankenhausspezifische Durchschnittsverweildauer ermittelt und zugrunde gelegt.

Für die psychischen Fachgebiete werden folgende Verweildauerrichtwerte 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 Leistungsbereiche für Sachsen insgesamt die tatsächliche Verweildauer ermittelt und jährliche Veränderungsraten berechnet.

5.2.4 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 jeden Leistungsbereich normativ festgelegt ($BN_{\text{Soll Leistungsbereich}}$):

Für die Leistungsgruppe Augenheilkunde beträgt der Bettennutzungsgrad 80 Prozent.

Für die Leistungsgruppen Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Kinderherzchirurgie, Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome beträgt der Bettennutzungsgrad 75 Prozent.

Für die Leistungsbereiche der Neurologischen Frührehabilitation Phase B beträgt der Bettennutzungsgrad 90 Prozent.

Im Übrigen beträgt der Bettennutzungsgrad in der Somatik 85 Prozent.

Der Bettennutzungsgrad von Belegabteilungen wird individuell pro Krankenhaus betrachtet.

Tabelle 8: Bettennutzungsgrad in den psychischen Fachgebieten

Fachgebiet beziehungsweise Teilgebiet oder Fachprogramm	Bettennutzungsgrad ($BN_{\text{Soll 2024 Leistungsbereich}}$) 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 Leistungsbereiche ähnlich wie bei der Verweildauer auf Basis der DRG-Daten 2014 ein krankenhausesindividueller Durchschnittswert unter Berücksichtigung der Leistungsstruktur jedes Krankenhauses ermittelt.

6 Fachprogramme

Ein Fachprogramm 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 Krankenhäusern sichergestellt. Mit der Zuordnung eines Fachprogrammes für ein Krankenhaus erfolgt die Übertragung des entsprechenden Versorgungsauftrages.

6.1 Behandlung von Erkrankungen durch hochpathogene und lebensbedrohliche Erreger

Zur Behandlung von Patientinnen und 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 Staatsvertrages beteiligen sich Sachsen-Anhalt und Thüringen an der Finanzierung der Einrichtung.

6.2 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 Patientinnen und Patienten (Body-Mass-Index – BMI größer gleich 35 mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen, BMI größer gleich 40) zu verbessern, wird die Behandlung an multiprofessionell strukturierten Einrichtungen konzentriert. Diesen Einrichtungen wird insbesondere die Leistungsgruppe Bariatrische Chirurgie zugewiesen. Teilstationäre Adipositasbehandlungen sollen auf die Einrichtungen des Fachprogramms beschränkt werden.

Ziel ist es, auf Grundlage einer individuellen Behandlungsstrategie eine nachhaltige Gewichtsreduktion und abnehmende Insulinpflichtigkeit mit Verringerung sonstiger 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.

6.3 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.

6.4 Neurologische Frührehabilitation Phase B

In Anlehnung an die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Neurologischen Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen erfolgt die gesamte Behandlung von Patientinnen und 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 Krankenhäusern. Diesen Krankenhäusern sollen die Leistungsgruppen Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) und gegebenenfalls Neurologie zugewiesen werden.

6.5 Transplantationszentren nach Transplantationsgesetz

Gemäß § 5 Absatz 6 des Sächsischen Krankenhausgesetzes wird im Rahmen der Aufstellung des Krankenhausplanes über die Zulassung von Transplantationszentren nach § 10 des Transplantationsgesetzes entschieden. Transplantationszentren sind gemäß § 10 des Transplantationsgesetzes Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 Entscheidung über die Zulassung sind Schwerpunkte für die Übertragung von Organen zu bilden, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten sowie die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern.

6.6 Stammzell-/Knochenmarktransplantation

Darüber hinaus wird die stationäre Behandlung von malignen hämatologischen Systemerkrankungen zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung an Kompetenzzentren für die Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation an den Krankenhäusern der Maximalversorgung sichergestellt. Die betreffenden Leistungsgruppen werden diesen Einrichtungen zugewiesen. Autologe und allogene Stammzelltransplantationen werden gemeinsam geplant.

6.7 Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome

Die Leistungsbereiche Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome werden ebenfalls zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung an Kompetenzzentren an Krankenhäusern der Maximalversorgung angesiedelt. Zur Gewährleistung der erforderlichen Qualität angesichts der geringen Fallzahlen sind auch dabei gegebenenfalls noch weitergehende Konzentrationen vorzusehen.

6.8 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlea-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 Cochlea-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 unter Berücksichtigung der aktuellen S2k-Leitlinie zur Cochlea-Implantat-Versorgung durchzuführen ist. Zur Sicherstellung des Behandlungserfolges erfolgt die Cochlea-Implantation in Versorgungsstrukturen, die zum einen die klinische Basistherapie und auch die Folgetherapie interdisziplinär an einem Standort in enger Zusammenarbeit mit Rehabilitationskliniken sicherstellt.

6.9 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- und Maximalversorgung sowie in

Herzzentren mit überregionalem Versorgungsauftrag erbracht. Die Ausweisung der jeweiligen Versorgungsaufträge erfolgt mit Zuweisung der Leistungsgruppe Interventionelle Kardiologie.

Die Herzchirurgie und die Kinderherzchirurgie werden zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung spezialisierten Einrichtungen zugewiesen.

6.10 Strahlentherapie

Die stationäre Strahlentherapie wurde bereits in der Vergangenheit gesondert geplant und ist dementsprechend ein bereits gut strukturierter Leistungsbereich. Ausgehend davon soll im Rahmen des Krankenhausplanes 2026 an dieser gesonderten Planung und der bisherigen Struktur festgehalten werden.

6.11 Nuklearmedizin

Die stationäre Nuklearmedizin wird insbesondere aufgrund der hohen Anforderungen an eine sichere Leistungserbringung, zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung – im Besonderen zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung – und angesichts der erheblichen baulichen und medizinisch-technischen Anforderungen an den Krankenhäusern der Maximalversorgung konzentriert.

7 Besondere Aufgaben von Zentren nach den Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Im Teil III des Krankenhausplanes 2026 werden Zentren nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes in Verbindung mit den Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses²⁸ ausgewiesen; die Benennung und Organisation von Zentren sind den Krankenhäusern im Übrigen unbenommen.

Gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patientinnen und 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. Dies bedeutet, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien der Zentrums-Regelungen nicht automatisch auch den krankenhauserischen Ausweis als Zentrum zur Folge hat. Der Ausweis erfolgt nach krankenhauserischen Belangen.

Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen (vergleiche § 2 Absatz 2 Sätze 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes).

²⁸ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) in der Fassung vom 5. Dezember 2019 (Banz T 12.03.2020 B2), zuletzt geändert am 18. März 2022 (Banz AT 03.06.2022 B3).

Der Ausweis eines Zentrums hat dabei – im Unterschied zu einem Fachprogramm – nicht zur Folge, dass andere Krankenhäuser von dem jeweils tangierten Versorgungsauftrag ausgeschlossen sind. Jedoch können nur solche krankenhausplanerisch ausgewiesenen Zentren Zuschläge erhalten, die besondere Aufgaben auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen (§ 5 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes). Dabei erfolgt die Prüfung der weiteren Erfüllung der Qualitätskriterien jeweils im Rahmen der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen.

Bei den Zentren gemäß Krankenhausentgeltgesetz handelt es sich daher um einzelne wenige Einrichtungen, die sich durch die Wahrnehmung besonderer Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion abheben. Für die Zentren gemäß Krankenhausentgeltgesetz geht dabei eine besondere Verpflichtung im Rahmen der Zusammenarbeit mit den anderen Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion, aber auch der Zentren untereinander einher.

8 Sonstige Festlegungen

Nachfolgend werden Festlegungen zu weiteren Versorgungsangeboten getroffen, die weder den Fachprogrammen (Nummer 6) noch den Zentren nach Krankenhausentgeltgesetz (Nummer 7) zuzuordnen sind.

8.1 Landesspezifische Zentren

Die Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten nur die unter Nummer 7 aufgeführten Zentrenarten, die entsprechende krankenhausentgeltrechtliche Folgen haben (Zentrenzuschläge). Mit dem Krankenhausplan 2018 und damit vor dem Inkrafttreten der Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden jedoch weitere Zentren ausgewiesen, die sich aus Sicht des Freistaates Sachsen grundsätzlich bewährt haben und daher weiterhin im Krankenhausplan aufgeführt werden. Einen Anspruch auf (Re-) Finanzierung erwächst daraus nicht.

Folgende Zentren werden aufgrund der besonderen Bedeutung der wahrgenommenen Aufgaben als landesspezifische Zentren aufgeführt:

- Universitätsklinikum Dresden: Kinderpalliativzentrum,
- Universitätsklinikum Dresden: Zentrum für fetoneonatale Gesundheit,
- Städtisches Klinikum Görlitz: Görlitzer Geriatriezentrum mit dem Netzwerk Geriatrie Ost-sachsen,
- Sana Kliniken Leipziger Land: Zentrum für Altersmedizin.

8.2 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Im Freistaat Sachsen steht allen werdenden Müttern eine gute stationäre geburtshilfliche Versorgung zur Verfügung. Entsprechend der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)²⁹ hat sich eine gestufte Versorgung mit unterschiedlichen Spezialisierungsgraden etabliert, die maßgeblich für die geringe Säuglingssterblichkeit in Sachsen ist.

²⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 (BAnz. Nr. 205 Seite 15 684), zuletzt geändert am 16. Oktober 2025 (BAnz AT 16.01.2026 B1).

Gerade in der Geburtshilfe nimmt die Frage der Qualität und Sicherheit für Mütter und Neugeborene einen hohen Stellenwert ein. Wie bei kaum einer anderen medizinischen Leistung sind die Patientinnen gut informiert – setzen bezüglich der Personal- und Notfallausstattung jedoch voraus, dass jederzeit qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Hierbei ist auch die sofortige Verfügbarkeit eines Kinderarztes bei Komplikationen unter der Geburt zu berücksichtigen.

Die Versorgungssituation in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe ist im Freistaat Sachsen bereits seit einigen Jahren durch eine zurückgehende Anzahl der Neugeborenen sowie eine mangelnde Fachkräfteverfügbarkeit bestimmt. Die Entwicklungen werden auch in den kommenden Jahren anhalten. Zudem ist für das gesamte Fachgebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den kommenden Jahren von einer weiteren Dynamik hinsichtlich der Ambulantisierung bislang stationärer Leistungen auszugehen.

Die sächsische Krankenhausplanung hat sich daher zum Ziel gesetzt, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Kliniken trotz der oben beschriebenen demografischen Entwicklungen und Dynamiken ermöglicht, ihren Versorgungsaufträgen gerecht zu werden.

Um auch in den kommenden Jahren eine qualitativ hochwertige und stabile stationäre Versorgung zu gewährleisten und in Notfallsituationen die richtige Versorgung schnellstmöglich einzuleiten, ist die weitere Entwicklung der stationären Versorgungsangebote in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe unter Beachtung der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Einbeziehung von Erkenntnissen der (datengestützten einrichtungsübergreifenden) Qualitätssicherungsverfahren intensiv durch die Krankenhausplanung zu begleiten.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Entwicklungen und Rahmenbedingungen werden für das Fachgebiet der Frauenheilkunde/Geburtshilfe in der Krankenhausplanung im Freistaat Sachsen folgende Grundsätze abgeleitet:

- Der Versorgungsauftrag im Rahmen einer Hauptabteilung umfasst in der Regel sowohl Frauenheilkunde als auch Geburtshilfe.
- Entfernungsangaben zur Erreichbarkeit von stationären Geburtshilfen werden nicht festgelegt.
- Hinsichtlich struktureller Anforderungen sind hervorzuheben die ständige Sicherstellung des Facharztstandards in der Geburtshilfe und die dauerhafte Verfügbarkeit von Kinderärzten beziehungsweise Neonatologen bei Geburten, in der Regel durch eine eigenständige Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin am Krankenhaus.
- Die gestufte Versorgung entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird beibehalten. Spezialisierte geburtshilfliche Versorgungsangebote, wie die perinatalogische und neonatologische Versorgung, sind auf wenige, bedarfsnotwendige Standorte zu konzentrieren. Im Freistaat Sachsen sollen grundsätzlich in allen drei sächsischen Großstädten Dresden, Leipzig und Chemnitz entsprechende Versorgungsangebote vorgehalten werden, die die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bezüglich Struktur und Qualität erfüllen.
- Zentraler Faktor für Versorgungsstabilität, Refinanzierung von Vorhaltekosten sowie Personalakquise ist eine gewisse Abteilungsgröße. Kann diese regelmäßig nicht mehr erreicht werden, sind mit dem Krankenhausträger frühzeitig Gespräche zur Weiterentwicklung der Versorgung in der Region zu führen. Dabei sind Aspekte wie eine stabile personelle Besetzung sowie gute Ergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren ebenso zu betrachten wie regionale alternative Versorgungsmöglichkeiten.
- Alle Kliniken mit geburtshilflichen Leistungsangeboten einer Region sollen sich zu Kompetenzverbänden zusammenschließen und sich in Versorgung und Weiterbildung gegenseitig unterstützen. Die Bildung der Kompetenzverbände wird krankenhauplanerisch begleitet.

- Geburtsvorbereitung, insbesondere vorgeburtliche Risikovorsorge, sowie Nachsorge sind wohnortnah und ambulant zu organisieren; sie sollen in die regionalen Netzwerkverbände eingebunden werden.
- In ländlichen Regionen sollte überwiegend eine interdisziplinäre ambulante Gesundheitsversorgung sowohl für gynäkologische als auch geburtshilfliche Leistungen vorgehalten werden.
- Die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten im Fachgebiet Frauenheilkunde/Geburtshilfe ist, gerade auch im ambulanten Bereich, zu stärken.

8.3 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 und das Gütesiegel "Ausgezeichnet. FÜR KINDER" erhalten.

Anfahrtswege von 40 PKW-Fahrzeitminuten 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 und kinderkardiologische Versorgung wird im Herzzentrum Leipzig sichergestellt.

Eine optimale Versorgung kranker Kinder bis hin zur schulischen Betreuung wird durch § 25 Absatz 4 des Sächsischen Krankenhausgesetzes gesichert und umfasst gegebenenfalls auch die psychosomatische Behandlung.

8.4 Versorgung geriatrischer Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten (höheres Lebensalter – überwiegend 70 Jahre oder älter – und geriatritypische Multimorbidität oder sehr hohes Alter – 80 Jahre und älter – auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität) kann dabei 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 findet in den Krankenhäusern statt, die die spezifischen Strukturvoraussetzungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels 8-550 erfüllen. Dort stehen multiprofessionelle Behandlungsteams mit entsprechend geriatrisch qualifizierten Ärzten und

Pflegekräften sowie die notwendigen therapeutischen, psychosozialen sowie ergänzenden Dienste zur Verfügung.

Diese Abteilungen sollen dabei möglichst mit einem großen Spektrum von Leistungsbereichen in den Allgemeinkrankenhäusern flankiert werden, da zum einen die Akutgeriatrie selbst ein hohes Maß an Interdisziplinarität bedarf und sich zum anderen auch die anderen Fachrichtungen mit der Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten zunehmend auseinandersetzen müssen, um diese sowohl qualifiziert als auch den Patientinnen und Patienten gegenüber entsprechend rücksichtsvoll erbringen zu können. Die akutgeriatrischen Abteilungen sollen jeweils die Voraussetzungen für das Qualitätssiegel Geriatrie erfüllen.

8.5 Palliativversorgung

Um die Lebensqualität von Patientinnen und 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 Patientinnen und 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.

8.6 Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten

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 Krankenhausentgeltgesetz erfolgt aus diesem Grund nicht.

8.7 Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen im Sinne des § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. 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 Krankenhausfinanzierungsgesetz besteht für modellbedingte Strukturveränderungen nicht.

9 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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, §§ 9, 13 und 15 Absatz 4 Nummer 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).

Gemäß § 2 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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. Pflegefachfrau, Pflegefachmann,
6. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
7. im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz, insbesondere für die Berufe Krankenpflegehelfer, Krankenpflegehelferin, Pflegehelfer, Pflegehelferin, Pflegeassistent, Pflegeassistentin, Pflegefachassistent, Pflegefachassistentin,
8. medizinischer Technologe für Laboratoriumsanalytik, medizinische Technologin für Laboratoriumsanalytik,
9. medizinischer Technologe für Radiologie, medizinische Technologin für Radiologie,
10. Logopäde, Logopädin,
11. Orthoptist, Orthoptistin,
12. medizinischer Technologe für Funktionsdiagnostik, medizinische Technologin für Funktionsdiagnostik,
13. Anästhesietechnische Assistentin, Anästhesietechnischer Assistent,
14. Operationstechnische Assistentin, Operationstechnischer Assistent.

Der Krankenhausplan weist die Ausbildungsstätten unter Benennung der entsprechenden Ausbildungsberufe aus (§ 5 Absatz 1 Nummer 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes). Eine kapazitätsbegrenzende Beplanung von Ausbildungsplätzen erfolgt nicht, jedoch kann der Krankenhausplan die vorgehaltenen und tatsächlich belegten Ausbildungskapazitäten der Ausbildungsstätten enthalten (§ 5 Absatz 2 Nummer 3 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).