

Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA

Stand: 1. März 2013

Inhaltsverzeichnis

	<u>Kapitel</u>	<u>Seite</u>
1.	Rechtliche Rahmenbedingungen	3
1.1	Bundesrecht	3
1.2	Landesrecht	5
1.2.1	Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG-LSA)	5
1.2.2	Planungsregionen	5
2.	Strukturelle Rahmenbedingungen	6
2.1	Bevölkerung – Demografische Entwicklung	6
2.2	Morbidität	7
2.3	Infrastruktur	9
3.	Planungsziele	12
3.1	Allgemeine Planungsziele	12
3.2	Spezielle Planungsziele	12
3.2.1	Notfallmedizinische Versorgung	12
3.2.2	Gestufte Krankenhausstruktur	13
4.	Versorgungsstruktur	14
4.1	Rahmenvorgaben für die Versorgung in Fachgebieten	14
4.2	Versorgungsstufen	14
4.3	Rahmenvorgaben für die Versorgung in Planungsschwerpunkten bei Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen	15
4.4	Versorgung in Leistungszentren	16
4.4.1	Transplantationszentren	16
4.4.2	Zentren für Herzchirurgie	17
4.4.3	Zentren für Schwerbrandverletzte	17
4.4.4	Perinatalzentren	18
4.4.5	Pädiatrische Zentren	19
4.4.6	Geriatrische Zentren	19
4.4.7	Neurologische Frührehabilitationszentren	20
4.5	Planung von Tageskliniken im stationären Bereich	20
4.6	Belegärztliche Versorgung	21
5.	Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt	22
5.1	Krankenhausleistungen in Sachsen-Anhalt	22
5.2	Fachgebiete nach Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer	23
5.2.1	Augenheilkunde	23
5.2.2	Chirurgie	25
5.2.3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27
5.2.4	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	31
5.2.5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	33
5.2.6	Innere Medizin	35
5.2.7	Kinder- und Jugendmedizin	37

5.2.8	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	39
5.2.9	Neurochirurgie	41
5.2.10	Neurologie	43
5.2.11	Nuklearmedizin	45
5.2.12	Strahlentherapie	47
5.2.13	Urologie	49
5.2.14	Psychiatrische Fachgebiete	51
6.	Ausblick – langfristige Prognose bis 2025 auf Basis der Daten des InEK nach § 21 KHEntgG und eigener Berechnungen	55
6.1	Fallzahlentwicklung Innere Medizin, darunter Ischämische Herzkrankheiten, davon A. pectoris und akuter Myokardinfarkt	59
6.2	Fallzahlentwicklung Chirurgie, darunter Gon- und Cox-Arthrosen mit Chirurgie	60
6.3	Fallzahlentwicklung Neurologie, darunter Schlaganfall	61
6.4	Fallzahlentwicklung Frauenheilkunde und Geburtshilfe	62
6.5	Fallzahlentwicklung Kinder- und Jugendmedizin	63

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

1.1 Bundesrecht

Nach Artikel 74 Abs. 1 Grundgesetz (GG) sind die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Nr. 19a) als auch die Sozialversicherung (Nr. 7) Gegenstände der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern. Der Bund hat diesbezüglich von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht und verbindliche Regelungen für die Sozialversicherung und die Krankenhauspflegesätze vorgegeben. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) legt den grundsätzlichen Rahmen zur Krankenhausplanung und zur Krankenhausfinanzierung fest. In § 1 KHG wird dargelegt: „Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“ In § 6 KHG wird bestimmt, dass die Länder zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionspläne aufzustellen und dabei die Folgekosten zu berücksichtigen haben. Die näheren Einzelheiten sind durch Landesrecht zu bestimmen. In § 7 KHG wird festgelegt, dass bei der Durchführung des KHG die Landesbehörden mit den an der Krankenversorgung im Lande Beteiligten eng zusammenarbeiten und, dass das betroffene Krankenhaus anzuhören ist. Mit den unmittelbar Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen bezüglich der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme anzustreben. Auch hier bleibt es den Ländern überlassen, näheres durch Landesrecht zu bestimmen (§ 7 Abs. 2 KHG). Nach § 8 KHG haben die Krankenhäuser nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme wird durch Bescheid festgestellt (§ 8 Abs. 1 S. 3 KHG). Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht jedoch nicht (§ 8 Abs. 2 S. 1 KHG).

Neben den grundsätzlichen Regelungen nach dem KHG sind wichtige Regelungen für das Krankenhauswesen im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - enthalten.

Gemäß § 108 SGB V dürfen Krankenkassen Krankenhausbehandlung (geregelt in § 39 SGB V) nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Dies sind gemäß § 108 Nr. 1 SGB V Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt oder gemäß § 108 Nr. 2 SGB V in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser). Ferner sind auch diese Krankenhäuser zugelassene Krankenhäuser, die gemäß § 108 Nr. 3 SGB V einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Der Abschluss solcher Versorgungsverträge mit Krankenhäusern und u. a. die hierfür erforderliche Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde ist in § 109 Abs. 1 S. 1 SGB V geregelt. Für die Hochschulkliniken gilt die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausplan als Abschluss des Versorgungsvertrages (§ 109 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG – vom 17.03.2009) enthält neben Regelungen zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser die Voraussetzungen zur Schaffung einer leistungsorientierten Investitionsfinanzierung durch die Länder sowie zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-EntgG) wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine leistungsorientierte Vergütung in diesem Bereich festgelegt. In einer budgetneutralen Phase von 2013 bis 2016 wird das neue Entgeltsystem unter geschützten Bedingungen eingeführt. Daran schließt sich bis 2021 eine fünfjährige Konvergenzphase an. Die Anpassung der Rahmenvorgaben an das neue Entgeltsystem bleibt den zukünftigen Überarbeitungen vorbehalten. Auswirkungen auf die künftige Krankenhausstruktur haben auch das ambulante Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V), die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) bzw. durch Krankenhäu-

ser bei Unterversorgung (§ 116a SGB V), die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V), die Versorgung durch Hochschulambulanzen (§ 118 Abs. 1 und 2 SGB V) sowie die Qualitätssicherung in zugelassenen Krankenhäusern einschließlich der Vergabe von Mindestmengen bei planbaren Leistungen.

Beispielhaft sind nachfolgend kurze Ausführungen zum Zusammenhang Krankenhausplanung und integrierte Versorgung bzw. ambulantes Operieren sowie hochspezialisierte Leistungen eingefügt. Die Leistungserbringung in diesem Sektor spiegelt sich nicht in jedem Fall in den Leistungsdaten der Krankenhäuser wider und entzieht sich somit unter Umständen der Krankenhausplanung. Eine Beachtung ist dennoch im Sinne des Auftrages der bedarfsgerechten Versorgung notwendig.

- Integrierte Versorgung

Unter integrierter Versorgung werden übergreifende Leistungen verschiedener Sektoren oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung verstanden. Innerhalb einer integrierten Versorgung haben sich die beteiligten Leistungserbringer am Behandlungsprozess eines Patienten in einem vertraglich definierten Netzwerk zusammengeschlossen.

- Ambulantes Operieren

Am 01.07.2012 trat der neue zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband gemäß § 115b SGB V geschlossene Vertrag zum ambulanten Operieren und sonstigen stationersetzenden Eingriffen im Krankenhaus in Kraft. Der Vertrag enthält Vereinbarungen zur vertraglichen Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten beim ambulanten Operieren. Durch das am 01.01.2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für ambulante Operationen, stationersetzende Eingriffe und damit im Zusammenhang stehende anästhesiologische Leistungen von niedergelassenen Vertragsärzten in Krankenhäusern geschaffen.

Der als Anlage zum Vertrag vereinbarte Katalog definiert, welche Eingriffe in der Regel ambulant zu erbringen sind. Es wird eindeutig geregelt, unter welchen medizinischen und sozialen Umständen der Patient stationär aufgenommen werden kann, obwohl die Operation eigentlich ambulant durchzuführen wäre. Damit werden einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich geschaffen. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern gefördert.

- Hochspezialisierte Leistungen

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV – Versorgungsstrukturgesetz – GKV – VStG) vom 22.12.2011 zum 01.01.2012 wurde zugelassenen Krankenhäusern die Berechtigung erteilt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V zu erbringen. Näheres regelt der Gemeinsame Bundesausschuss mittels einer Richtlinie. Die Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, Leistungserbringer und die Patientenversorgung wird von den Vertragspartnern auf der Bundesebene bewertet und dem BMG bis zum 31.03.2017 zugeleitet.

1.2 Landesrecht

1.2.1 Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA)

Im Krankenhausgesetz des Landes werden u. a. die Grundsätze der Krankenhausplanung geregelt. Danach beschließt die Landesregierung den Krankenhausplan, der auf der Basis vorliegender Rahmenvorgaben aufgestellt wird. Die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde entwickelt diese gemeinsam mit den Kommunalen Spitzenverbänden Sachsen-Anhalts, der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt sowie den Verbänden der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung. Zur Umsetzung der Rahmenvorgaben schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit den Krankenhausträgern für das jeweilige Krankenhaus Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Dies erfolgt zur Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich Struktur und Menge der in den Krankenhäusern zu erbringenden Leistungen. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sollen sowohl den Krankenhäusern als auch den Kostenträgern Planungssicherheit geben und es ermöglichen, Entwicklungskonzepte für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erarbeiten und gemeinsam umzusetzen. Im Konfliktfall kann eine Schiedsstelle angerufen werden. Das Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt trägt mit seinen Regelungen der Situation Rechnung, die durch die neue Orientierung des Vergütungssystems im stationären Bereich entstanden ist. Es wurden die Voraussetzungen für eine Umstellung der Krankenhausplanung von der bisherigen Kapazitätsplanung auf eine stärkere fall- und leistungsorientierte Planung geschaffen.

1.2.2 Planungsregionen

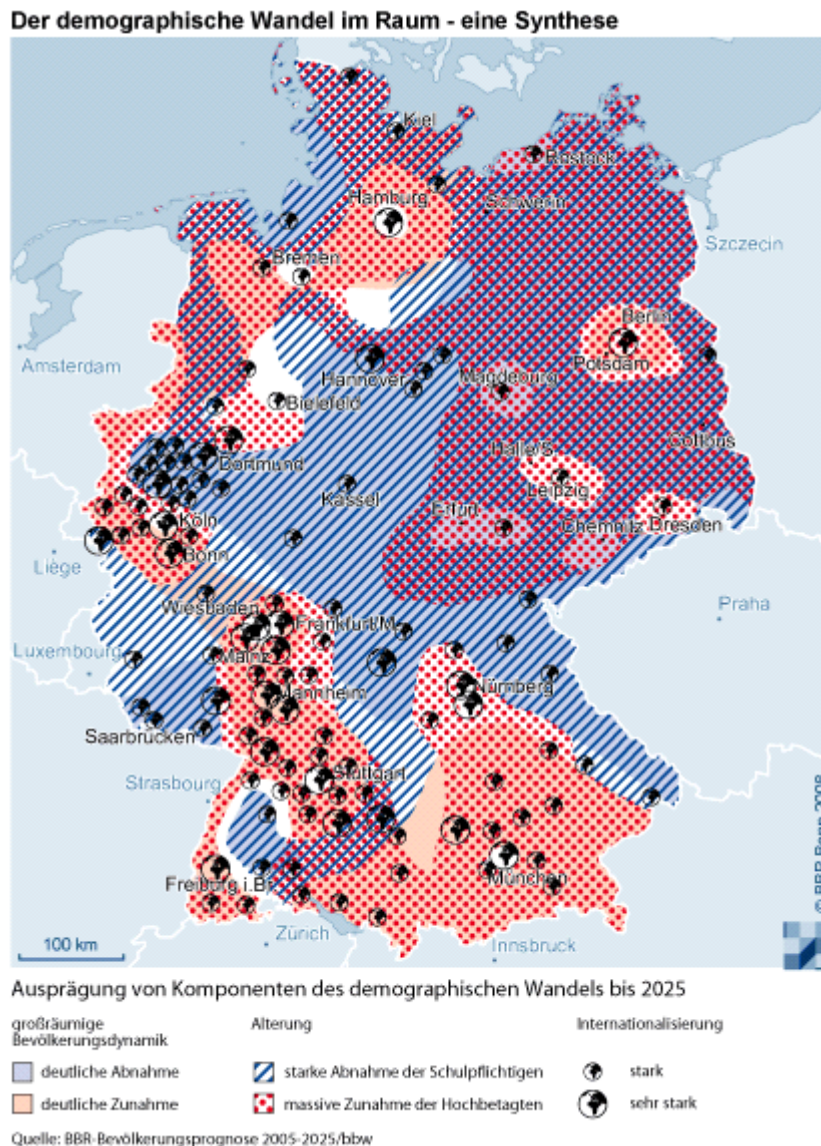
Nach § 3 Abs. 4 KHG LSA hat der Krankenhausplan die Belange der Raumordnung und Landesplanung zu berücksichtigen. Ab dem Krankenhausplan 2008 wurde die Gliederung so gestaltet, dass auch die Umsetzung der Kreisgebietsreform im Rahmen der Krankenhausplanung sichtbar wird. Darüber hinaus gilt das Landesplanungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (LPIG) vom 28. April 1998 (GVBl. LSA Nr. 16/1998, ausgegeben am 4.5.1998) in seiner aktuellen geänderten Fassung.

Die dort verankerten Planungsregionen sind im Sinne der Krankenhausplanung nicht starr zu übernehmen, da Einzugsgebiete von Krankenhäusern in Abhängigkeit von angebotenen Fachrichtungen die vorgegebenen Planungsregionen deutlich über- oder unterschreiten. Das unter Punkt 3.2 beschriebene Netz der Versorgung erfordert gegebenenfalls, das Land als gesamte Planungsregion zu betrachten. Wohnortnahe Strukturen und überregionale Versorgung (Schwerpunktversorgung) sollen sich künftig besser ergänzen und in Kooperationen niederschlagen.

2. Strukturelle Rahmenbedingungen

2.1 Bevölkerungsentwicklung

Der demografische Wandel deutschlandweit



Auf dieser generalisierten Deutschlandkarte lassen sich auffällige Konstellationen identifizieren, die sich aus der Überlagerung verschiedener Teilaspekte des demografischen Wandels ergeben und besonders markante Muster bilden: Die regionale Spaltung der Dynamik mit Bevölkerungszunahmen im Süden und Nordwesten, sowie in den Randbereichen der Agglomerationen stellt auch eine grundlegende Rahmenbedingung dar. In diesen wachsenden oder schrumpfenden Bevölkerungen findet ein Alterungsprozess statt, der unterschiedliche Ursachen hat und eine ebenso unterschiedliche Intensität aufweist. So sind in den meisten wachsenden Regionen weniger die Abnahme der jüngeren Altersgruppen als vielmehr die Zunahme der Zahl der alten Menschen von Bedeutung.

In den meisten schrumpfenden Regionen sind dagegen *Abnahmen der schulpflichtigen Jahrgänge* zu verzeichnen. Wenn gleichzeitig eine *starke Zunahme der Hochbetagten* stattfindet, sind die altersstrukturellen Verwerfungen doppelt bedeutsam.

Genau diese Konstellation gilt für weite Teile des ländlichen Raumes in den Neuen Ländern allgemein und in Sachsen-Anhalt im Besonderen. Hier kumulieren – mit Ausnahme der Internationalisierung – die Komponenten des demografischen Wandels in ihren deutlichsten Ausprägungen. Auf der Karte können diese Regionen somit als **Problemräume** identifiziert werden.

Auf jeden Fall handelt es sich um diejenigen Räume, in denen die umfangreichsten Anpassungen an die sich wandelnden demografischen Rahmenbedingungen stattfinden müssen.

Die Zunahme der Bevölkerung mit Migrationshintergrund als dritte bedeutsame Veränderung der Zusammensetzung der Bevölkerung überlagert wiederum die anderen Ergebnisse. Sie findet vorwiegend in den Städten statt, also dort, wo die altersstrukturellen Verschiebungen eine geringere Bedeutung haben. In den neuen Ländern bleibt die Zunahme der Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund – anders als in den alten Ländern – dagegen auf wenige Kernstädte beschränkt (Anteil in Sachsen-Anhalt unter 3 %).

Der demografische Wandel in Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausgesetz des Landes ist vom Gesetzgeber eine Überprüfungspflicht verankert worden. Mindestens alle zwei Jahre ist der Krankenhausplan bezüglich seiner Zweckerfüllung zu überprüfen, gegebenenfalls sind seine Rahmenvorgaben zu überarbeiten. Das Hauptprüfkriterium ist die demografische Entwicklung mit in die nähere Zukunft gerichteter Morbiditäts- und Fallzahlentwicklung. Verbindliche Grundlagen für die demografische Entwicklung des Landes sind die Bevölkerungsprognosen des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt. Mit Kabinettsbeschluss vom 20. April 2010 gelten die Ergebnisse der

“5. Regionalisierten Bevölkerungsprognose für Sachsen-Anhalt bis 2025”

als einheitliche Planungsgrundlage für alle Landesbehörden.

Die 5. Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt sagt bis 2025 weitere 373.000 (ca. 16 %) Einwohnerverluste gegenüber dem Jahr 2011 voraus. Dieser Rückgang wird die Bevölkerungsgruppe der unter 65 Jährigen betreffen, wogegen die Gruppe der über 65 Jährigen zunimmt. Das Verhältnis der 20 bis 65 Jährigen zu dem Rest der Bevölkerung beträgt dann fast 1:1. Bisher liegen für drei Jahre der Bevölkerungsprognose (2009, 2010 und 2011) die Ist-Daten der Bevölkerungsentwicklung durch das Statistische Landesamt Sachsen-Anhalt vor. Eine Differenz zwischen der Prognose und der Ist-Zahl ist natürlich vorhanden. Es zeigt sich für nahezu alle Gebietskörperschaften eine insgesamt leicht günstigere Bevölkerungsentwicklung als in der Prognose, so dass in Sachsen-Anhalt im Jahr 2011 fast 10.000 Menschen mehr wohnen als prognostiziert. Die isolierte Betrachtung einzelner Altersgruppen deutet dabei auf eine positive Entwicklung insbesondere der jüngeren Bevölkerung hin. Im Jahr 2011 lebten in Sachsen-Anhalt annähernd 9.400 Personen (+2,8 Prozent) der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre mehr als vorausberechnet.

2.2 Morbidität – Entwicklung in Korrespondenz zur Demografie

Allgemein

Aktuell ist die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-erkrankungen, Krebserkrankungen sowie infolge chronisch degenerativer Erkrankungen am höchsten und wird dieses perspektivisch wohl auch bleiben. Insbesondere die Mortalität infolge von Krebserkrankungen wird signifikant ansteigen.

Analog dazu ist mit einem Anstieg der altersbezogenen Prävalenz an Krankenhausbehandlungsfällen zu rechnen. Der ambulante Sektor hingegen wird von chronisch (neuro-)degenerativen Erkrankungen dominiert werden. Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen werden somit das zukünftige stationäre Leistungsaufkommen entscheidend bestimmen. Leistungsevident sind aber auch muskuloskeletale Erkrankungen, etwa bei sturzbedingten Unfällen mit Frakturen, oder chronisch (neuro-)degenerative Erkrankungen, deren Prävalenz absolut gesehen am höchsten ist.

Speziell

Für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung müssen neben demografischen Daten auch Kenntnisse über die Morbidität der Bevölkerung vorliegen.

Für die Abbildung der Krankenhausmorbidity werden die Daten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), die den Ländern über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereit gestellt werden, bewertet. Diese Daten liegen allerdings nur für die somatischen Gebiete vor, die in das DRG-System einbezogen wurden. Für die psychiatrischen Gebiete werden

diese Daten seit 2009 erhoben, jedoch noch nicht die Rahmenplanung einbezogen, da hier noch eine Bettenplanung erfolgt. Hier können jedoch Daten der Diagnosestatistik bewertet werden.

Hinweis zu den genutzten Daten:

In den retrospektiven, fachgebietsbezogenen Leistungsdarstellungen unter 5.1 und 5.2 sind die Pflergetage, die Fallzahl und die Verweildauer aus der Krankenhausstatistik (*Diagnosestatistik*) zusammengestellt. Die hier festzustellende Diskrepanz der Fallzahlen 2011 zu den Fallzahlen 2011 nach Daten entsprechend § 21 KHEntgG liegt im Ursprung der Daten begründet. Die Krankenhausstatistik und damit auch Diagnosedaten wird den Fachgebietsstrukturen eines Krankenhauses entsprechend generiert (**fachgebietszentriert**, vertikal gegliedert) und erfasst alle Fälle.

Die DRG-Statistik als fallbezogene, abrechnungsorientierte Statistik wird die Fachrichtungsstruktur eines Krankenhauses durchdringend generiert (**patientenzentriert**, horizontal gegliedert). Darüber hinaus sind die Daten wohnortselektiert, d.h. Fallimporte werden nicht berücksichtigt.

Alle Angaben dienen im Weiteren der Bestimmung der Krankheitslast und der Risikopopulation zur prognostischen Abschätzung stationärer Inanspruchnahmeraten im Kontext zu den amtlichen Daten der jeweiligen regionalisierten Bevölkerungsprognose.

Kurzfristige Prognose zur Entwicklung der Krankenhausmorbidity bis 2018

Eine detailliertere Modellrechnung erfolgte für die zukünftig zu erwartenden Krankenhausfallzahlen differenziert nach ausgewählten Fachgebieten. Als Datenbasis dienen die Daten gemäß § 21 KHEntgG des Jahres 2011. Die Prognose für das Land:

Fachgebiet Augenheilkunde

Jahr	Gesamt	Veränderung
2011 (InEK)	10.414	
Prognose		
2015	10.500	
2018	10.454	
Veränd. 2018 vs. 2011 (in %)		+0,4

Fachgebiet Chirurgie (ohne Neurochirurgie, ohne Herzchirurgie)

Jahr	Gesamt	Veränderung
2011 (InEK)	128.138	
Prognose		
2015	126.197	
2018	124.221	
Veränd. 2018 vs. 2011 (in %)		-3,1

Fachgebiet Innere Medizin

Jahr	Gesamt	Veränderung
2011 (InEK)	206.038	
Prognose		
2015	207.153	
2018	207.265	
Veränd. 2018 vs. 2011 (in %)		+0,6

Fachgebiet Frauenheilkunde (ohne Geburtshilfe, also Fälle der HD aus Kapitel XV der ICD 10)

Jahr	Gesamt	Veränderung
2011 (InEK)	20.351	
Prognose		
2015	19.180	
2018	18.356	
Veränd. 2018 vs. 2011 (in %)		-9,8

Geburtshilfe (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)

2008: 17.697 Geborene
 2009: 17.927 Geborene
 2010: 17.300 Geborene
 2011: 16.837 Geborene
 2012: 16.657 Geborene
 2013: 16.198 Geborene
 2018: 13.477 Geborene
 2025: 9.362 Geborene

Hochrechnung aus der
 5. Bevölkerungsprognose
 s. a. unter Punkt 6.5

Jahr	Gesamt	Veränderung
2011 (InEK) Prognose	24.137	
2015	20.557	
2018	18.574	
Veränd. 2018 vs. 2011 (in %)		-23,0

Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin

Jahr	Gesamt	Veränderung
2011 (InEK) Prognose	38.562	
2015	37.944	
2018	36.203	
Veränd. 2018 vs. 2011 (in %)		-6,1

Die Validität der Vorhersage der Inanspruchnahme wird von der Validität der Bevölkerungsprognose bestimmt. Aufgrund der Abhängigkeit primär von einer stabilen Geburts- und Sterberate sowie aufgrund des hier betrachteten Vorhersagezeitraums von 7 Jahren kann die Bevölkerungsprognose als belastbar angesehen werden.

2.3 Infrastruktur (Kernaussagen des Landesentwicklungsplanes, LEP)

Gliederungsprinzip „Zentrale Orte“:

Zentraler Ort ist ein im Zusammenhang bebauter Ortsteil als zentrales Siedlungsgebiet einer Gemeinde einschließlich seiner Erweiterungen im Rahmen einer geordneten städtebaulichen Entwicklung (§ 2b Zweites Gesetz zur Änderung des Landesplanungsgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt, GVBl. LSA 2007 S. 466).

Das Zentrale-Orte-System ist das raumordnerische Instrument, mit dem die Leistungserbringung der Daseinsvorsorge räumlich organisiert wird. Insbesondere vor dem Hintergrund einer stark rückläufigen Bevölkerungsentwicklung mit einer sich verändernden Altersstruktur kommt der Festlegung von Zentralen Orten als Versorgungskerne für die Gemeinden ihres Einzugsbereiches (Verflechtungsbereich) zur Sicherung der öffentlichen Daseinsvorsorge in allen Landesteilen eine zunehmend hohe und weitreichende Bedeutung zu.

Durch die Festlegung von Zentralen Orten ist zu gewährleisten, dass in allen Teilen des Landes ein räumlich ausgeglichenes und gestuftes Netz an Ober-, Mittel- und Grundzentren entsteht bzw. erhalten bleibt, welches durch leistungsfähige Verkehrs- und Kommunikationsstrukturen mit- und untereinander verflochten ist.

Dieses raumstrukturelle Netz soll der Bevölkerung, der Wirtschaft und den öffentlichen und privaten Trägern der Daseinsvorsorge verlässliche Rahmenbedingungen für ihre Standort- und Investitionsentscheidungen bieten.

Die Zentralen Orte, insbesondere die Zentralen Orte im ländlichen Raum sollen mit zumutbarem Zeitaufwand (in der Regel Oberzentren in 90 Minuten, Mittelzentren in 60 Minuten und Grundzentren in 30 Minuten) in das ÖPNV-Netz eingebunden werden, um bei rückläufiger Bevölkerungsentwicklung zu einer angemessenen und dauerhaft gesicherten überörtlichen Versorgung der Be-

völkerung mit Gütern und Dienstleistungen beitragen zu können. Dabei bilden die Bereiche Bildung, medizinische Versorgung und öffentlicher Verkehr die Schwerpunkte.

Dazu ist die Verkehrsinfrastruktur des Landes im Rahmen der angestrebten Raumstruktur verkehrsträgerübergreifend zu erhalten und so zu entwickeln, dass im Sinne eines integrierten Gesamtverkehrskonzeptes eine unter sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Gesichtspunkten optimale Bewältigung des Personen- und Güterverkehrs als Voraussetzung für die wirtschaftliche Entwicklung des Landes und die Mobilität der Bevölkerung erreicht und gesichert wird.

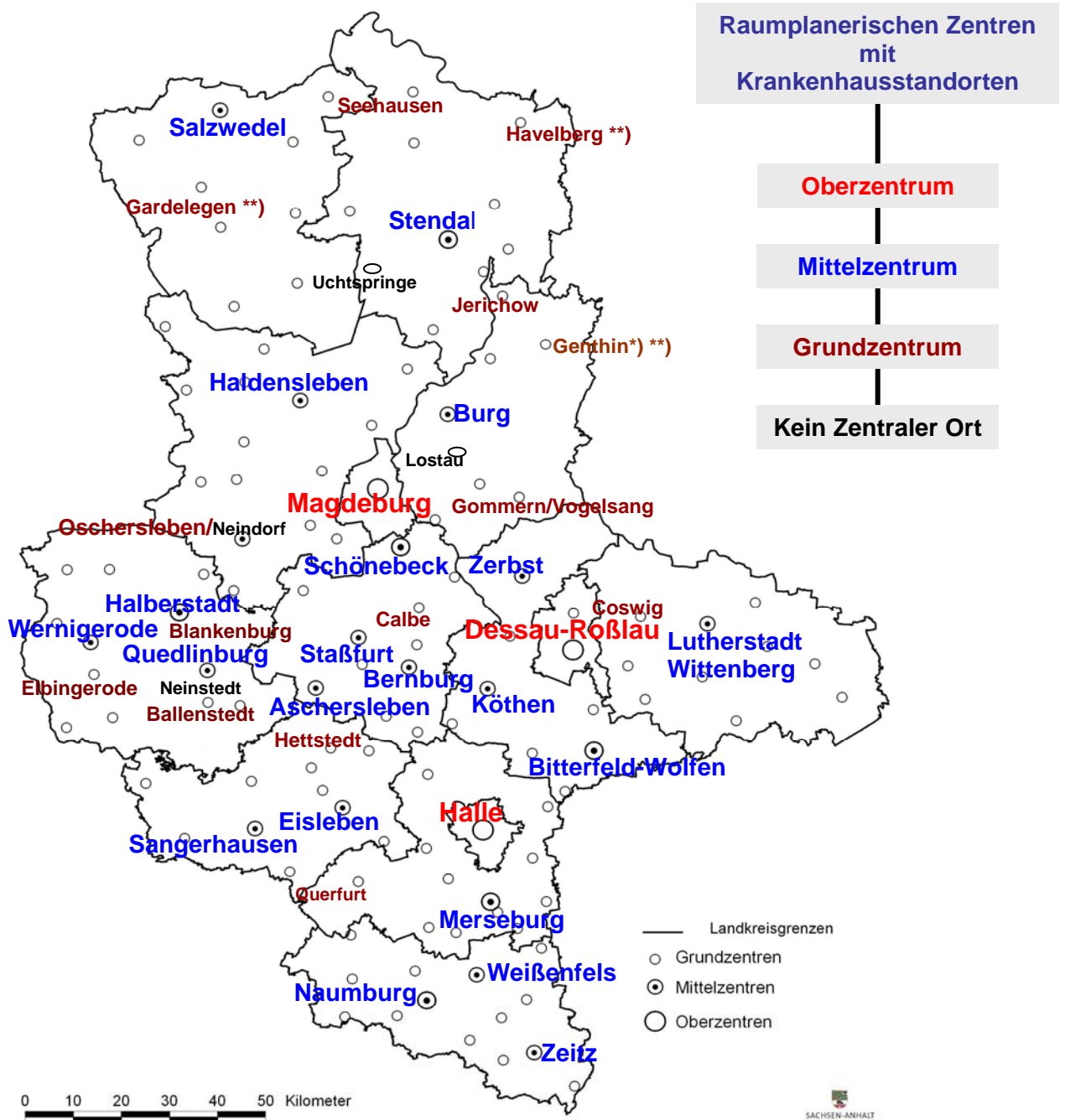
Die Verkehrsinfrastruktur und die Verkehrsangebote sind so zu entwickeln, dass die Erreichbarkeit der Zentralen Orte in optimaler Qualität gewährleistet wird.

Die Zentralen Orte sind verkehrsinfrastrukturell miteinander zu verbinden bzw. anzubinden. Durch Verknüpfungsstellen in den Oberzentren und Mittelzentren sind räumlich und zeitlich gute Übergangsmöglichkeiten zwischen motorisiertem individuellem Kraftfahrzeugverkehr, öffentlichem Fernverkehr und öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV) zu gewährleisten.

Der ÖPNV ist unter Nutzung aufeinander abgestimmter schienen- und straßengebundener Angebote zu einer attraktiven Alternative zum motorisierten Individualverkehr zu entwickeln. Dabei ist insbesondere die Attraktivität des ÖPNV durch eine Steigerung der Qualität und eine Verbesserung der durchgängigen Nutzbarkeit zu erhöhen.

(Quelle: Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr: Landesentwicklungsplan 2010 des Landes Sachsen-Anhalt; Verordnung vom 16.2.2011)

Krankenhausstandorte in Sachsen-Anhalt im Zentrale-Orte-System



*) zur Schließung vorgesehen

**) Grundzentrum mit Teilfunktion eines Mittelzentrums

(Quelle: ebenda, Krankenhausplan 2011)

3. Planungsziele

3.1 Allgemeine Planungsziele

Das Ziel der Krankenhausplanung besteht insbesondere in der Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung des Landes mit stationären Leistungen.

Das bedeutet:

- Sicherung einer Versorgung mit stationären Leistungen unter Berücksichtigung der gezeigten Morbiditäts- und Bevölkerungsentwicklung des Landes,
- Beachtung der Erfordernisse der Aus- und Weiterbildung sowie der Innovationen in der Medizin,
- Sicherung einer wohnortnahen Basis- und einer überregionalen Schwerpunktversorgung unter Berücksichtigung von Verkehrsanbindungen und Erreichbarkeit,
- Einbeziehung länderübergreifender Angebote in die Planung,
- Beachtung der Trägervielfalt bei den Krankenhäusern,
- Einbeziehung aller an der stationären Versorgung teilnehmenden Einrichtungen des Landes in die Planung und
- Optimierung der Versorgungsstrukturen durch Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, mit dem Rettungsdienst, den niedergelassenen Ärzten und den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Einrichtungen

durch Schaffung eines flächendeckenden gegliederten Netzes qualitativ leistungsfähiger Krankenhäuser. Dazu notwendig sind auch Strukturentscheidungen, die Netzwerke von stationären, ambulanten, rehabilitativen und weiteren Angeboten ermöglichen.

3.2 Spezielle Planungsziele

Der Krankenhausplan ist ein wichtiges Steuerungsinstrument für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit stationären medizinischen Leistungen. Mit dem Krankenhausplan soll der Versorgungsbedarf in Bezug auf die stationäre Behandlung der Bevölkerung im Flächenland Sachsen-Anhalt sichergestellt werden. Wie bereits unter den allgemeinen Planungszielen benannt, ist es dazu erforderlich, ein bedarfsgerechtes funktional abgestimmtes Netz einander ergänzender Krankenhäuser zu schaffen, das in der Fläche eine ausreichende medizinische Versorgung ermöglicht und andererseits hochspezialisierte Leistungsangebote überregional vorhält. Aus Kosten- und Qualitätsgründen kann nicht jedes Krankenhaus so ausgestattet sein, dass es auch seltener auftretende Krankheiten bzw. sehr schwerwiegende Krankheiten diagnostisch und therapeutisch bewältigen oder an bestimmte strukturelle Voraussetzungen gebundene Leistungen erbringen kann.

3.2.1 Notfallmedizinische Versorgung

Die Notfallversorgung ist eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge und der Gefahrenabwehr. Komplementär obliegt diese Aufgabe nach dem RettDG LSA vom 18. Dezember 2012 dem Rettungsdienst gemeinsam mit einer „für die weitere Versorgung geeigneten Behandlungseinrichtung“ - also einem Krankenhaus mit Notaufnahme.

Die besondere öffentliche Verantwortung dafür wird durch die Verankerung im Krankenhausplan hervorgehoben. Es geht um die Sicherstellung leistungsfähiger, bedarfsgerechter, regional ausgewogener, wirtschaftlicher Versorgungsstrukturen, die im Wesentlichen mit den räumlichen/ topographischen Gegebenheiten und der Ausgestaltung des Rettungsdienstes abgeglichen werden müssen.

Die Aufgaben der Krankenhäuser sind in § 8 Abs. 2 RettDG (alt), § 9 Abs. 6 RettDG LSA (neu) und ab 1. Januar 2015 in § 23 Abs. 4 RettDG LSA (neu) wie folgt benannt:

- Laufende Informationen an die Leitstelle über verfügbare Bettenkapazitäten
- Aufnahme und qualifizierte Versorgung der durch den Rettungsdienst erstversorgten Notfallpatienten entsprechend ihrer vorhandenen Fachgebiete.
- Unverzügliche Übernahme der Notfallpatienten in die entsprechenden Fachkliniken
- Zurverfügungstellung von Notärzten und Notärztinnen *entsprechend ihren Möglichkeiten*, sofern sie notfallmedizinisch versorgen.

Strukturelle Voraussetzungen für diese klinische Notfallversorgung sind das Vorhandensein:

- einer Fachabteilung Chirurgie/Unfallchirurgie,
- einer Abteilung Innere Medizin,
- von Anästhesiologie, Intensivbetten,
- von Notfallradiologie, Notfalllabor und Blutdepot sowie
- einer integrierten (auch interdisziplinären) Notaufnahme
- entsprechenden ärztlichen Personals

und deren Besetzung mit einer 24 Stunden-Facharztbereitschaft an 7 Tagen pro Woche. Die Vorkhaltung einer Notfallambulanz am Krankenhaus bleibt davon unberücksichtigt.

Darüber hinaus treffen die Krankenhäuser einer Planungsregion speziell für Notfallgeburten, Herzinfarkte (Linksherzkathetermessplatz), Hirninfarkte („stroke unit“) und Polytraumata Vereinbarungen, die eine durchgehende bedarfsgerechte Versorgung sichern.

Die in § 9 Abs. 6 RettDG LSA benannte Meldepflicht der verfügbaren Aufnahmemöglichkeiten der Krankenhäuser erfolgt laufend bzw. jeweils bei Änderungen an die jeweilige zuständige Einsatzleitstelle. Dabei ist sicherzustellen, dass zeitweilige oder dauerhafte Einschränkungen gegenüber den gemeldeten Aufnahmemöglichkeiten (Abmeldungen) taggleich erfolgen. Die Meldung beinhaltet mindestens die verfügbaren Intensivbetten und - soweit vorhanden - diese auch für die „stroke unit“ und die Neonatologie sowie die Betriebsbereitschaftszeiten des Linksherzkathetermessplatzes.

3.2.2 Gestufte Krankenhausstruktur

Die Gestaltung eines flächendeckenden gegliederten Systems qualitativ leistungsfähiger Krankenhäuser nach Standorten und Fachrichtungen als abgestuftes funktionelles Netz erfolgt in Versorgungsstufen als:

- Basisversorgung,
- Schwerpunktversorgung,
- Spezialversorgung und
- universitäre Versorgung.

Dieses gestufte Netz wird insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen und damit in Korrespondenz stehenden Entwicklung der Morbidität weiter zu entwickeln sein. Als Umsetzungsweg wird die Kooperation zwischen Krankenhäusern zur Abstimmung ihrer Leistungsangebote, die auch zu Leistungsabgrenzungen führen können, gesehen.

Für die Steuerung dieses Prozesses ist das Instrument „Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ (§ 3 Abs. 3 KHG LSA) zu nutzen.

4. Versorgungsstruktur

4.1 Rahmenvorgaben für die Versorgung in Fachgebieten

Die krankenhausplanerische Anerkennung einer Leistungserbringung in einem Fachgebiet verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan kann bei Erfüllung folgender Kriterien erfolgen:

- Leitung durch eine/n Facharzt/Fachärztin mit der entsprechenden Facharztbezeichnung in diesem Fachgebiet. Seine Stellvertreter/innen verfügen über die gleiche Facharztbezeichnung. Diese Ärzte/Ärztinnen sind zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden.
- Weitere für die Behandlung der Patienten notwendige Ärzte/Ärztinnen sind in diesem Fachgebiet des Krankenhauses vorzuhalten.
- Das Krankenhaus verfügt zur Sicherung der medizinischen Qualität über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.
- Das Krankenhaus weist interne und externe Maßnahmen zur fachspezifischen Qualitätssicherung nach.

Kann eine strukturell abgesicherte qualitätsgerechte Versorgung mittelfristig nicht sichergestellt werden, erfolgt eine Anhörung im Planungsausschuss.

Darüber hinaus werden bei einer krankenhausplanerischen Anerkennung folgende Faktoren zugrunde gelegt:

- Fallzahlentwicklung, Morbiditäts- und demographische Entwicklung, Vorhaltedichte des Leistungsangebotes in der Region und Umfeldvoraussetzungen, wie z. B. Verkehrsanbindung.

4.2 Versorgungsstufen

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wird mittels Zuordnung zu einer Versorgungsstufe definiert. Für alle Versorgungsstufen gelten die Kriterien zur qualitätsgerechten Leistungserbringung entsprechend den Anforderungen des SGB V und den Leitlinien für das Fachgebiet.

I. Basisversorgung

Krankenhäuser der Basisversorgung sollen in jeder Region wohnortnah die Versorgung für die am häufigsten auftretenden Krankheitsfälle absichern. Sie bilden den Eckpfeiler für eine moderne hochwertige stationäre Versorgung. Sie sollen die Fachrichtungen Innere Medizin und/oder Chirurgie vorhalten. Das Versorgungsangebot wird durch andere Fachgebiete ergänzt und sie nehmen an der 24-Stunden Notfallversorgung teil. Sie kooperieren entsprechend ihres Versorgungsauftrages mit Krankenhäusern im Land und angrenzenden Regionen, mit niedergelassenen Ärzten sowie mit weiteren an der Gesundheitsversorgung beteiligten Einrichtungen.

II. Schwerpunktversorgung

In Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung werden seltener auftretende und/oder schwerwiegendere Krankheitsfälle diagnostisch und therapeutisch behandelt. Sie halten an einem Standort neben den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie mindestens vier weitere bettenführende Fachrichtungen als Hauptabteilung vor. Darüber hinaus halten sie an diesem Standort gemäß Punkt 4.3 dieser Rahmenvorgaben mindestens vier Facharzt- und/oder Schwerpunktkompetenzen vor. Von diesen Kompetenzen muss mindestens eine Korrespondenz zwischen den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin bestehen.

Korrespondenzen sind:

Fachrichtung Innere Medizin

Fachrichtung Chirurgie

Kardiologie	↔	Herzchirurgie
Gastroenterologie	↔	Visceralchirurgie
Onkologie/Hämatologie	↔	Visceralchirurgie
Pneumologie	↔	Thoraxchirurgie
Rheumatologie	↔	Orthopädie/Unfallchirurgie
Angiologie	↔	Gefäßchirurgie

Das Fehlen einer Fachrichtung kann durch zwei weitere Korrespondenzen von Schwerpunkt-kompetenzen ausgeglichen werden.

Die Einrichtungen nehmen an der 24-Stunden Notfallversorgung teil. Hierbei wird ebenfalls von der Vorhaltung einer 24-Stunden-Bereitschaft für CT und Labor Diagnostik und einer selbstständigen Intensivtherapiestation ausgegangen.

Die vollstationäre Fallzahl an einem Standort beträgt 15.000 Fälle. Bei Unterschreitung dieser Maßzahl erfolgt eine Anhörung im Krankenhausplanungsausschuss.

Sie kooperieren entsprechend ihres Versorgungsauftrages mit Krankenhäusern im Land und angrenzenden Regionen, mit niedergelassenen Ärzten sowie mit weiteren an der Gesundheitsversorgung beteiligten Einrichtungen.

III. Spezialversorgung

In Krankenhäusern der Spezialversorgung werden spezifische Krankheiten behandelt. Sie können mit den vorhandenen Fachabteilungen korrespondierende Facharzt- oder Schwerpunkt-kompetenzen vorhalten.

Sie kooperieren entsprechend ihres Versorgungsauftrages mit Krankenhäusern im Land und angrenzenden Regionen, mit niedergelassenen Ärzten sowie mit weiteren an der Gesundheitsversorgung beteiligten Einrichtungen.

IV. Universitäre Versorgung

Die Universitätsklinika nehmen Aufgaben der Krankenversorgung für Forschung und Lehre sowie innerhalb des Versorgungsauftrages wahr.

Insbesondere in der Hochleistungsmedizin werden in und zwischen den Universitätsklinika die Kompetenzen auf die Forschungsschwerpunkte abgestimmt.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben kooperieren sie regional, national und international mit anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

4.3 Rahmenvorgaben für die Versorgung in Planungsschwerpunkten bei Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen

Die krankenhauplanerische Anerkennung einer Leistungserbringung im Rahmen von Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen als ausgewiesene Schwerpunktversorgung, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan (Planungsschwerpunkte), kann bei Erfüllung folgender Kriterien erfolgen:

- Das Krankenhaus leistet Schwerpunkt-, Spezial- oder universitäre Versorgung.
- Das Krankenhaus beschäftigt mindestens zwei Ärzte/Ärztinnen mit der entsprechenden Facharzt-kompetenz. Zwei dieser Ärzte/Ärztinnen müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Qualität verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.

- Das Krankenhaus weist interne und externe Maßnahmen zur fachspezifischen Qualitätssicherung, einschließlich der fachübergreifenden Kooperation, nach.

Darüber hinaus werden bei einer krankenhauplanerischen Anerkennung folgende Faktoren zugrunde gelegt:

Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung, Vorhaltdichte des entsprechenden Leistungsangebotes in der Region und Umfeldvoraussetzungen, wie z. B. Verkehrsanbindungen.

4.4 Versorgung in Leistungszentren

Die krankenhauplanerische Anerkennung einer Leistungserbringung in Zentren, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, kann bei Erfüllung folgender Kriterien erfolgen:

- Das Krankenhaus leistet Schwerpunkt-, Spezial- oder universitäre Versorgung. In Krankenhäusern der Basisversorgung können Geriatrie Zentren vorgehalten werden.
- Das Krankenhaus beschäftigt dem Bedarf entsprechend Ärzte/Ärztinnen mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärzte/Ärztinnen müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Qualität verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.
- Das Krankenhaus weist interne und externe Maßnahmen zur fachspezifischen Qualitätssicherung, einschließlich der fachübergreifenden Kooperation, nach.

Darüber hinaus werden bei einer krankenhauplanerischen Anerkennung folgende Faktoren zugrunde gelegt:

Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung, Vorhaltdichte des entsprechenden Leistungsangebotes in der Region und Umfeldvoraussetzungen, wie z. B. Verkehrsanbindungen.

4.4.1 Transplantationszentren

a) Organtransplantation nach Transplantationsgesetz

Die Rahmensezung für die Transplantationsmedizin erfolgt durch:

- das 1997 verabschiedete Transplantationsgesetz (TPG), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juli 2012 - insbesondere durch die §§ 1, 1a, 9, 9a und 10, 10a - in Verbindung mit
- den „Richtlinien zur Organtransplantation gemäß § 16 TPG“ der Bundesärztekammer sowie
- der Vereinbarung von Mindestmengen nach § 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V (siehe Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 20. Dezember 2005) bzw. in der jeweils gültigen Fassung.

In Sachsen-Anhalt sind auf dieser Grundlage mittelfristig zwei Transplantationszentren an den Universitätsklinik der beiden Universitäten Halle und Magdeburg ausgewiesen. Langfristig wird von einer Konzentration von transplantationsmedizinischen Leistungen in Abstimmung zwischen Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen unter Berücksichtigung notwendiger Leistungen in Lehre und Forschung ausgegangen.

Die Transplantationszentren stellen Leistungszentren der universitären Versorgung dar. Derzeit werden im Transplantationszentrum Halle Nieren und im Transplantationszentrum Magdeburg Lebern transplantiert.

b) Zentren für Blutstammzelltransplantation

Die Rahmensetzung für die Transplantation von Blutstammzellen erfolgt durch

- das Transfusionsgesetz (TFG) (§§ 12 und 18) in Verbindung mit
- den "Richtlinien für die allogene Knochenmarktransplantation mit nichtverwandten Spendern" der Bundesärztekammer und
- den „Richtlinien zur Transplantation von Stammzellen aus Nabelschnurblut (CB = Cord Blood)“ der Bundesärztekammer

für die allogene Stammzelltransplantation und

- die „Richtlinien zur Transplantation peripherer Blutstammzellen“ erarbeitet vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer unter Mitwirkung des Paul-Ehrlich-Institutes (PBST-Richtlinie)

für die autologe Stammzelltransplantation sowie

- die Vereinbarung von Mindestmengen nach § 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V (siehe Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 20. Dezember 2005) in der jeweils gültigen Fassung

In Sachsen-Anhalt werden aufgrund des hohen apparativen und personellen Aufwandes sowie des hohen Begleitforschungsbedarfes der Methoden solche Zentren ausschließlich an den Universitätsklinikum Halle und Magdeburg (allogen/autolog) ausgewiesen. Diese Zentren stellen Leistungszentren der universitären Versorgung dar.

4.4.2 Zentren für Herzchirurgie

Die Herzchirurgie hat hohen Ansprüchen in Bezug auf räumliche, sächliche und personelle Ausstattung zu genügen. In Sachsen-Anhalt gibt es 3 Herzzentren:

- Universität Magdeburg,
- Universität Halle,
- Herzzentrum Coswig.

Die demografische Entwicklung, die Etablierung neuer Methoden im Zuge des medizinischen Fortschrittes und die immer noch hohe Inzidenz der kardiovaskulären Erkrankungen - im Vergleich zu anderen Bundesländern - lassen eine gleichbleibend hohe Auslastung der Herzzentren erwarten.

Die Versorgung der Bevölkerung ist durch die genannten Zentren abgesichert.

4.4.3 Zentren für Schwerbrandverletzte

Da Ereignisse mit Schwerbrandverletzten eher selten sind, kommen für eine Vorhaltung nur wenige Standorte in Betracht. Behandlungsmöglichkeiten in angrenzenden Bundesländern sind zu berücksichtigen. Die Vermittlung der Betten für Schwerbrandverletzte obliegt seit Jahren als zentraler Anlaufstelle der Einsatzzentrale und Rettungsleitstelle der Feuerwehr Hamburg (Internetseite: <http://www.feuerwehr-hamburg.org/Brandbetten>), deren Aufgabe es ist, im Schadensfall die nächstgelegene geeignete Einrichtung zu benennen.

In Sachsen-Anhalt werden derzeit in den nachfolgend genannten Kliniken Betten vorgehalten:

- BG Kliniken Bergmannstrost, Halle (8 Betten für Erwachsene),
- Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der MLU Halle (4 Betten für Kinder),
- Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (2 Betten für Kinder).

Diese Kapazitäten entsprechen dem derzeitigen Bedarf.

4.4.4 Perinatalzentrum

Vorbehaltlich des Ergebnisses der aktuell stattfindenden Überarbeitung der Regelungen zur Qualitätssicherung für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gelten bis auf Weiteres die nachfolgenden Kriterien.

Die Entbindung von Risikoschwangeren benötigt im Hinblick auf die Mutter und das Kind spezialisierte Kenntnisse, Fähigkeiten und Ausrüstungen, die aus Häufigkeits-, Erfahrungs- und Kostengründen nicht an jedem Ort vorhanden sein können.

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V vom 20.09.2005 zuletzt geändert am 20.08.2009 (BAnz. Nr. 195, S. 4450 vom 24.12.2009) über Maßnahmen der Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen, hat die stationäre Versorgung von Früh- und Neugeborenen nach einem mehrstufigen Versorgungskonzept zu erfolgen.

Die in den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses vereinbarten Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der versorgenden Einrichtungen sind Gegenstand dieser Rahmenvorgaben.

Für Sachsen-Anhalt ist eine planerische Aufteilung der Perinatalzentren in Level 1 und 2 nicht vorgesehen, da die Fallzahl von landesweit ca. 200 Fällen im Jahr zu gering ist. Die optimale Versorgung der Bevölkerung kann durch die vorhandenen Perinatalzentren in Halle und Magdeburg gesichert werden. Diese erfüllen die Aufgaben nach Level 1 und Level 2 und haben die Vorgaben nach Level 1 vorzuhalten.

Für die krankenhauserplanerische Anerkennung von Perinatalzentren verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan sind u.a. beispielhaft die im Folgenden dargestellten Kriterien gemäß Level 1 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses, G-BA, zu erfüllen:

1. Die ärztliche Leitung der neonatologischen Intensivstation muss einem als Neonatologen anerkannten Arzt (Schwerpunktnachweis „Neonatologie“) hauptamtlich übertragen werden. Dieses ist der Chefarzt oder ein anderer Arzt in leitender Funktion dieser Abteilung (Oberarzt, Sektionsleiter). Sein Stellvertreter muss die gleiche Qualifikation aufweisen.
2. Die ärztliche Leitung der Geburtshilfe muss einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ hauptamtlich übertragen werden. Dieses ist der Chefarzt oder ein anderer Arzt in leitender Funktion dieser Abteilung (Oberarzt, Sektionsleiter). Sein Stellvertreter muss die gleiche Schwerpunktkompetenz nachweisen.
3. „Wand-an-Wand“-Lokalisation von Entbindungsbereich, OP und neonatologischer Intensivstation (NICU), d. h. wenigstens im gleichen Gebäude oder in miteinander verbundenen Gebäuden, sodass kein Kraftfahrzeug für den Transport zur NICU erforderlich ist.
4. Das Zentrum muss über mindestens sechs neonatologische Intensivtherapieplätze verfügen. Darüber hinaus muss auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart folgende Mindestausstattung verfügbar sein: Röntgen-, Ultraschall-, EEG und Blutgasanalysegerät. Das Blutgasanalysegerät muss innerhalb von 3 Minuten erreichbar sein.
5. Die ärztliche Versorgung muss durch einen Schichtdienst mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, kein Bereitschaftsdienst) im Intensivbereich sichergestellt sein (für Intensivstation und Kreißsaal; nicht gleichzeitig für Routineaufgaben auf anderen Stationen oder Einheiten). Im Hintergrund muss ein Arzt mit Schwerpunktbezeichnung „Neonatologie“ jederzeit erreichbar sein.
6. Für die pflegerische Versorgung im Intensivtherapiebereich ist ein möglichst hoher Anteil (mind. 40 %) an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/pflegern mit abgeschlossener Weiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ sicherzustellen. Alternativ zur Weiterbildung ist eine mehr als fünfjährige Erfahrung auf einer neonatologischen Intensivstation anzusehen. Die Stationsleitungen haben einen Leitungslehrgang absolviert.

7. Das Zentrum soll als Stätte für die ärztliche Weiterbildung im Schwerpunkt „Neonatalogie“ und „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ anerkannt sein.
8. Das Zentrum muss über einen kurzfristig einsetzbaren „Neugeborenennotarzt“ und eine mobile Intensiveinheit verfügen. Dieser ist ein Notbehelf für unvorhersehbare Situationen, und soll nicht in der Regel für Risikogeburten in einer anderen Klinik abrufbar sein, um diese dort zu ermöglichen.
9. Auf folgenden Gebieten sollen Dienstleistungen bzw. Konsiliardienste zur Verfügung stehen: allgemeine Kinderheilkunde, kinderchirurgischer und -kardiologischer Konsiliardienst, Neuropädiatrie, Ophthalmologie, Mikrobiologie, Humangenetik, Labor, bildgebende Diagnostik, Nachsorge.
10. Teilnahme an den folgenden speziellen Qualitätssicherungsverfahren:
 - Perinatal- und Neonatalerhebung; nicht nur bezüglich der Aufnahmen auf NICU, sondern auch aller Lebendgeborenen des Hauses,
 - Externe Infektions-Surveillance für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht < 1500 g (zum Beispiel NEO-KISS),
 - Entwicklungsneurologische Nachuntersuchung anhand des Untersuchungsscores Bayley II für alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g und einem Geburtsdatum ab 01.01.2008. Dabei ist eine vollständige Teilnahme an der 2-Jahres-Untersuchung anzustreben.

Weiterhin ist die geltende Mindestmenge für Kinder mit einem Geburtsgewicht von < 1250 g zu erfüllen.

Empfohlen wird eine Kooperation der Perinatalzentren mit den geburtshilflichen Einrichtungen im Land.

4.4.5 Pädiatrische Zentren

Für die krankenhauplanerische Anerkennung, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- 24 h Facharztpräsenz durch Fachärztinnen/-ärzte der Kinder- und Jugendmedizin bzw. Ärztinnen und Ärzte in entsprechender Weiterbildung,
- gleichzeitige Vorhaltung der ausgewiesenen Schwerpunktkompetenz Neonatalogie und der Facharztkompetenz Kinderchirurgie,
- 24 h Präsenzpflicht durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen.

Weitere Schwerpunktkompetenzen sollten vorgehalten werden.

4.4.6 Geriatriische Zentren

Geriatric muss unter Berücksichtigung sozialer Dimensionen bei der Behandlung älterer Menschen wohnortnah stattfinden. Deshalb sind geriatricische Zentren als eigenständige Behandlungseinheiten in Krankenhäusern der unterschiedlichen Versorgungsstufen möglich.

Für die krankenhauplanerische Anerkennung, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Versorgungspolitischer und epidemiologischer Bedarf,
- Leitung durch eine/n Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktweiterbildung „Klinische Geriatric“ oder der Zusatzweiterbildung „Geriatric“ lt. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt oder einer entsprechenden Weiterbildung,
- Das Krankenhaus beschäftigt mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte mit der entsprechenden Weiterbildung. Zwei dieser Ärztinnen/Ärzte müssen zusammen mindestens 60 Stunden

pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Unter Berücksichtigung der Ausführungen unter Punkt 6. wird der Altersmedizin eine wachsende Bedeutung zukommen, was auch Konsequenzen für die entsprechende fachärztliche Weiterbildung nach sich ziehen wird.

- Nachweis einer geriatrischen Arbeitsweise, d. h. strukturiertes geriatrisches Assessment, konstante Vorhaltung eines multiprofessionellen therapeutischen Teams mit wenigstens 5 verschiedenen Professionen und wöchentliche Behandlungsüberprüfung und -planung innerhalb einer Teamkonferenz,
- strukturelle Voraussetzungen für frührehabilitative Behandlung,
- Nachweis einer kontinuierlichen Qualitätssicherung durch Anwendung des Geriatrischen Minimum Data Sets (GEMIDAS, Modellprojekt zur Qualitätssicherung in der Geriatrie) oder eines vergleichbaren Qualitäts- und Managementsystems.

Geriatrische Zentren sollten geriatrische Tageskliniken betreiben, um eine abgestufte wohnortnahe Wiedereingliederung der Patienten zu ermöglichen. Es wird generell eine fallabschließende Behandlung in der Geriatrie angestrebt.

4.4.7 Neurologische Frührehabilitationszentren Phase B

Wegen der zunehmenden Bedeutung der neurologischen Frührehabilitation ist die Planung von Frührehabilitationszentren notwendig. Die Neurologische Frührehabilitation der Phase B erfolgt in Sachsen-Anhalt ausschließlich im Akutkrankenhaus und ist Bestandteil der Krankenhausplanung. Derzeit werden diese Leistungen am Neurologischen Frührehabilitationszentrum Magdeburg sowie an den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Halle erbracht. Die an diesen Krankenhäusern vorgehaltenen Kapazitäten werden derzeit ausgebaut.

Für die krankenhauserplanerische Anerkennung, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

1. Versorgungspolitischer und epidemiologischer Bedarf,
2. Leitung durch einen Facharzt für Neurologie
 - Das Krankenhaus beschäftigt mindestens zwei Ärzte/Ärztinnen mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärzte/Ärztinnen müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein.
 - Durchführung einer strukturierten neurologischen Diagnostik mit standardisierten Testverfahren,
 - konstante Vorhaltung eines therapeutischen Teams mit den Professionen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie,
 - Vorhaltung aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Personal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation,
 - mindestens wöchentliche Behandlungsplanung mit Überprüfung und Neufestlegung des therapeutischen Ziels innerhalb einer Teamkonferenz strukturelle Voraussetzungen für frührehabilitative neurologische Therapie, Nachweis einer kontinuierlichen Qualitätssicherung durch Anwendung eines Qualitäts- und Managementsystems.

4.5 Planung von Tageskliniken im stationären Bereich

Im Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt werden tagesklinische Plätze nur für die aus dem DRG-System ausgenommenen psychiatrischen Fachgebiete. Dies sind die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgewiesen.

Die umgangssprachlich als tagesklinische Behandlung bezeichnete Versorgungsform ist in den geltenden rechtlichen Regelungen als eine teilstationäre Behandlung definiert. Der § 39 Abs. 1 SGB V regelt, dass Krankenhausbehandlung teilstationär möglich ist. Sie hat den Vorrang vor der vollstationären Behandlung. Voraussetzung für eine teilstationäre Behandlung ist, dass die Behandlung der Erkrankung des Patienten die Mittel des Krankenhauses erforderlich machen. Das Behandlungsziel ist nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege zu erreichen.

Teilstationäre Behandlung findet als tages- oder nachtklinische Behandlung statt. Die Unterbringung und Versorgung der Patienten ist entweder tagsüber bzw. nur in der Nacht erforderlich. Der Patient muss in das Krankenhaus aufgenommen werden. Die Behandlung findet in der Regel an mehreren Tagen sequenziell oder als Intervallbehandlung statt. Der Patient befindet sich regelmäßig, aber nicht zeitlich durchgehend, im Krankenhaus. Ein direkter Bezug zu einer Station bzw. Fachabteilung des Krankenhauses muss vorhanden sein.

Für die Fachgebiete, für die der Krankenhausplan keine Kapazitätsaussagen mehr enthält, ist eine gesonderte Planung von tagesklinischen Plätzen entbehrlich. Die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, im Rahmen ihres Versorgungsvertrages teilstationäre Angebote vorzuhalten.

4.6 Belegärztliche Versorgung

Abweichend von den Regelungen unter Punkt 4.1 bezüglich der Versorgung in Fachgebieten können die Krankenhäuser belegärztliche Leistungen vorhalten. Dabei soll Belegärztinnen/-ärzten des gleichen Fachgebietes die Möglichkeit gegeben werden, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen).

Belegärztliche Leistungen in ausgewählten Fachgebieten bieten die Möglichkeit einer wohnortnahen Versorgung. Den Krankenhäusern obliegt die Entscheidung über die Tätigkeit einer Belegärztin/ eines Belegarztes im Rahmen der mit dem Krankenhausplan zugewiesenen Fachgebiete. Bezieht sich der Antrag auf belegärztliche Tätigkeit auf ein nicht im Krankenhaus vorhandenes Fachgebiet, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Stelle darüber.

Die Regelungen der §§ 38 ff. des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) bzw. der §§ 30ff. des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV) sind zu beachten.

Hinweis zu den genutzten Daten für den folgenden Punkt 5:

In den retrospektiven, fachgebietsbezogenen Leistungsdarstellungen unter 5.1 und 5.2 sind die Pflagestage, die Fallzahl und die Verweildauer aus der Krankenhausstatistik (*Diagnosestatistik*) zusammengestellt. Die hier festzustellende Diskrepanz der Fallzahlen 2011 zu den Fallzahlen 2011 nach Daten entsprechend § 21 KHEntgG liegt im Ursprung der Daten begründet. Die Krankenhausstatistik und damit auch Diagnosedaten wird den Fachgebietsstrukturen eines Krankenhauses entsprechend generiert (**fachgebietszentriert**, vertikal gegliedert) und erfasst alle Fälle.

Die DRG- Statistik als fallbezogene, abrechnungsorientierte Statistik wird die Fachrichtungsstruktur eines Krankenhauses durchdringend generiert (**patientenzentriert**, horizontal gegliedert). Darüber hinaus sind die Daten wohnortselektiert, d.h. **Fallimporte werden nicht berücksichtigt**.

5. Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt

Die Krankenhausplanung hat sich bundesweit den in den letzten Jahren veränderten Bedingungen anpassen müssen. Die Umstellung auf ein pauschaliertes Vergütungssystem erfordert von den Krankenhäusern eine flexible Anpassung der betriebseigenen Strukturen an die Anforderungen dieses Vergütungssystems. Flexible Angebote und Strukturen erfordern auch den medizinisch-technischen Fortschritt und das zunehmende Aufbrechen der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung durch integrierte Versorgungsformen und Disease-Management-Programme.

Ziel dieser Krankenhausplanung ist eine ausreichende, qualitätsgerechte Versorgung mit Krankenhausleistungen. Diese erfolgt standortbezogen und gibt die Fachgebiete entsprechend der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt vor. Hierzu gehören auch die Bildung von Leistungsschwerpunkten und die Ansiedlung von Leistungen mit besonders hohem Investitionsaufwand an Krankenhäusern der universitären sowie der Schwerpunkt- und Spezialversorgung entsprechend dieser Rahmenvorgaben.

Die Vorgabe von Fachgebieten und ausgewählten Leistungen ist für eine flächendeckende, ausgewogene Krankenhausversorgung unerlässlich. Die Fachgebiete stellen den Rahmen dar, die Vertragsparteien füllen diesen mit ihren Verhandlungen und den Abschlüssen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen aus.

5.1 Krankenhausleistungen in Sachsen-Anhalt

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	6.741.670	466.946	14,4
1995	5.846.112	586.776	10,0
2000	5.422.298	583.496	9,3
2005	4.788.437	560.579	8,5
2006	4.710.246	566.518	8,3
2007	4.700.655	570.521	8,2
2008	4.605.849	573.352	8,0
2009	4.552.201	581.369	7,8
2010	4.524.257	585.674	7,7
2011	4.420.857	578.934 *	7,6

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

* Diese Fallzahl bildet auf Grund von Ungenauigkeiten der gemeldeten Fallzahlen einzelner Krankenhäuser, die nicht vollständig ausgeräumt werden konnten, wohl nicht die tatsächliche Entwicklung ab.

Die Entwicklungsreihe zeigt, dass von 1991 bis 2009 die Anzahl der in den Krankenhäusern Sachsen-Anhalts behandelten Fälle um rd. 24 % gestiegen ist, während sich die Verweildauer im gleichen Zeitraum um gut 7 Tage bzw. 46 % verkürzt hat.

Die stetige Reduzierung der Pflergetage und eine weitere Abnahme der Verweildauer bleibt auch unter den ab 2006 wieder kontinuierlich steigenden Fallzahlen erkennbar. Diese Entwicklungen sind in erster Linie auf die Einführung des DRG-Systems zurückzuführen, jedoch auch auf den medizinisch-technischen Fortschritt und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten, die zum einen eine frühere Entlassung der Patienten, zum anderen eine Verlagerung der stationären Fälle in andere Bereiche ermöglichen.

„Die Einwohnerzahl Sachsen-Anhalts wird bis zum Jahr 2020 um 300 Tausend Personen oder 13 % und bis zum Jahr 2025 um weitere 142 Tausend Personen oder 6 % abnehmen. Es werden dann voraussichtlich 1,939 Millionen Menschen im Land Sachsen-Anhalt leben.

Der Anteil des anhaltenden Geburtendefizits, Differenz zwischen Lebendgeborenen und Gestorbenen, wird von 60 auf 68 % steigen.

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen wird bis zum Jahr 2025 um 8 % abnehmen, ihr Anteil verharrt bei 15 %.

Die Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter, hier die 20 bis 64jährigen, wird um 29 % zurück gehen, der entsprechende Bevölkerungsanteil um 8 % auf 54 %.

Die Zahl der ab 65jährigen steigt um 7 %, der Anteil von 24 auf 31 %.

Noch deutlicher wird der Zuwachs der Hochbetagten (über 80jährige) mit 34 % sein und der entsprechende Anteil wird sich von 5 auf 9 % erhöhen.

Einen geringeren Bevölkerungsrückgang als im Landesdurchschnitt verzeichnen mit 2 % bzw. 10 % die beiden größten Städte Magdeburg und Halle (Saale). Sie profitieren von ihrer Altersstruktur, einer Umkehr der Stadt-Umland-Wanderungen und von günstigen Studienbedingungen für junge Menschen.

Der Saalekreis und der Landkreis Börde werden weniger als 20 % der Einwohner verlieren.

Am härtesten wird es den Landkreis Mansfeld-Südharz mit einem Rückgang um 28 % treffen.“

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt; PM 47/2010 vom 20.04.2010)

5.2 Fachgebiete nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

5.2.1 Augenheilkunde

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	99.208	9.467	10,5
1995	82.653	12.587	6,6
2000	63.381	14.648	4,3
2005	47.776	10.291	4,6
2006	42.930	9.786	4,4
2007	43.233	9.796	4,4
2008	42.018	10.693	3,9
2009	42.596	11.290	3,8
2010	41.800	11.879	3,5
2011	40.238	11.478	3,5

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 9 Abteilungen für Augenheilkunde ausgewiesen, davon 4 Haupt- und 5 Belegabteilungen.

Die Augenheilkunde gehört zu den Fachgebieten, die in den letzten Jahren erhebliche Strukturveränderungen erfahren haben. Die Verweildauer ist in starkem Maße zurückgegangen. Seit 2008 ist ein Anstieg der Fallzahl zu erkennen, der sich in 2011 nicht weiter fortgesetzt hat.

In der Augenheilkunde spiegelt sich deutlich die Veränderung des stationären Leistungsprofils durch neue Behandlungsmethoden wider. Die medizinisch-technische Entwicklung – die Durchführung neuer, zum Teil revolutionierender Verfahren – ermöglicht, dass heute Operationen, die früher mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden waren, ambulant erbracht werden. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Die Zunahme älterer – teils multimorbider – Patienten, wird jedoch die stationäre Fallzahl moderat zunehmen lassen, wie auch die Prognosefallzahl basierend auf der Fallzahl ab 2011 zeigen. Die Verweildauer wird nicht mehr erheblich sinken. Für eine Beurteilung der Gesamtleistungsentwicklung ist perspektivisch eine Zusammenführung der stationären und der ambulanten Behandlungen notwendig, da z. B. bei den Kataraktoperationen der überwiegende Anteil der Leistungen durch ambulante Operationen erbracht wird.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	321	313	0,6	1,0
Stendal	279	266	3,4	4,9
Magdeburg	1.242	1.368	0,9	1,5
Jerichower Land	143	183	-0,5	-0,5
Börde	1.277	1.395	2,2	3,0
Salzlandkreis	1.280	1.182	0,7	-0,1
Harz	470	434	0,2	-0,5
Mansfeld-Südharz	686	755	0,3	-0,4
Halle	672	745	0,3	-0,7
Saalekreis	627	596	0,2	-0,3
Burgenlandkreis	379	438	-0,9	-2,3
Dessau-Roßlau	619	816	0,7	0,2
Anhalt-Bitterfeld	989	1.149	0,6	-0,8
Wittenberg	649	774	1,9	1,7
Sachsen-Anhalt gesamt	9.633	10.414	0,8	0,7

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Aufgabe der Krankenhausplanung wird sein, die weitere Entwicklung zu beobachten, um die Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen; dies auch im Hinblick auf die Situation im ambulanten Sektor.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Die Leistungserbringung erfolgt überregional, wobei die Vorhaltung an einem Haus der Basisversorgung nicht ausgeschlossen ist.
- Die Leistungserbringung erfolgt entsprechend den Leitlinien des Fachgebietes und den Vorgaben aus dem SGB V qualitätsgesichert.

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung des Fachgebietes an einem Standort sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl-, Morbiditäts- und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region.

5.2.2 Chirurgie*)

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	1.775.129	129.871	13,7
1995	1.628.018	175.888	9,3
2000	1.453.879	179.469	8,1
2005	1.235.924	164.142	7,5
2006	1.146.278	154.814	7,4
2007	1.180.733	154.104	7,2
2008	1.165.272	158.089	7,4
2009	1.153.721	167.812	6,9
2010	1.150.901	171.252	6,7
2011	1.127.509	169.968	6,6

*) ohne Neurochirurgie

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 36 Abteilungen für Chirurgie ausgewiesen, davon 35 Hauptabteilungen und 1 Belegabteilung.

Die Allgemeine Chirurgie gehört zu den Fachgebieten, die möglichst wohnortnah angeboten werden sollen.

Nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt werden innerhalb des Fachgebietes Chirurgie 7 Facharztkompetenzen ausgewiesen. Die Herzchirurgie, Kinderchirurgie, und Plastische Chirurgie waren von 1996 bis 2004 nach der bis dahin geltenden Weiterbildungsordnung eigenständige Fachgebiete, die Orthopädie seit Beginn der Krankenhausplanung.

Zukünftige Entwicklung für das Fachgebiet Chirurgie)**

Prognoseerwartung

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	5.466	5.538	-0,9	-2,0
Stendal	7.433	7.716	-0,7	-2,1
Magdeburg	10.896	12.048	-0,5	-0,9
Jerichower Land	5.604	5.626	-1,2	-2,0
Börde	9.493	9.926	-0,5	-1,4
Salzlandkreis	15.008	14.564	-2,5	-4,9
Harz	11.793	12.638	-2,2	-4,2
Mansfeld-Südharz	8.169	8.431	-3,4	-6,3
Halle	9.864	10.300	-1,0	-2,0
Saalekreis	8.977	9.170	-1,4	-2,5
Burgenlandkreis	10.638	10.617	-1,7	-3,5
Dessau-Roßlau	5.563	5.510	-2,3	-4,6
Anhalt-Bitterfeld	9.650	9.104	-1,7	-3,7
Wittenberg	6.305	6.950	-1,7	-3,7
Sachsen-Anhalt gesamt	124.859	128.138	-1,5	-3,1

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

**) ohne Neurochirurgie, ohne Herzchirurgie

Die demografische Entwicklung wird unterschiedlichen Einfluss auf die Facharztkompetenzen des Fachgebietes Chirurgie haben. Während für den Bereich Kinderchirurgie allein aufgrund der demografischen Entwicklung von einem weiteren kontinuierlichen deutlichen Fallzahlrückgang auszugehen ist, ist in anderen Fachrichtungen, wie z. B. der Herz- und Gefäßchirurgie durch die Weiterentwicklung von konservativen Methoden eine Verlagerung von chirurgischen zu internistischen Fällen zu erwarten. Für andere Facharztkompetenzen wird noch mit einer vorübergehenden Zu-

nahme der Fälle zu rechnen sein. Dennoch wird nach den vorliegenden Prognosen für den gesamten Bereich der chirurgischen/unfallchirurgischen Fächer die Gesamtfallzahl rückläufig sein.

Medizinisch-technischer Fortschritt, konzentrierte Betriebsabläufe, Aufbau von sektorübergreifender Versorgung mit besserer Möglichkeit von prä- und poststationärer Versorgung können Einfluss auf die durchschnittliche Verweildauer haben und die weitere Verlagerung in den ambulanten Bereich begünstigen.

Allgemeine Leistungsanforderungen für das Fachgebiet Chirurgie

- **Basisversorgung**

Das Fachgebiet Chirurgie ist in mehrere Facharztkompetenzen unterteilt. Dabei wird davon ausgegangen, dass Leistungen innerhalb der Facharztkompetenzen Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie sowie Visceralchirurgie in Krankenhäusern der Basisversorgung erbracht werden können. Die im Fachgebiet Chirurgie enthaltenen Schwerpunkte können in Krankenhäusern der Basisversorgung vertreten sein, werden in diesen aber nicht als Schwerpunkte anerkannt. Die Ausbildung für die einzelnen Schwerpunkte der Medizin ist damit gewährleistet.

- **Schwerpunktversorgung und universitäre Versorgung**

Für die Beantragung und Zuerkennung einer Facharztkompetenz als ausgewiesener Schwerpunkt, verbunden mit der Aufnahme in die Landesplanung, sind die Kriterien nach 4.3 dieser Rahmenvorgaben zu erfüllen:

1. Dem betreffenden Krankenhaus ist die Versorgungsstufe Schwerpunktversorgung, Spezialversorgung (bei korrespondierender Fachabteilung in der Spezialversorgung) oder universitäre Versorgung zugewiesen worden.
2. Das Krankenhaus beschäftigt mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärztinnen/Ärzte müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Qualität verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.
3. Das Krankenhaus unterhält nachweislich eine interdisziplinäre Kooperation mit anderen Fachgebieten.

Für die Vorhaltung von Facharztkompetenzen als ausgewiesener Schwerpunkt an einem Standort und die Anerkennung durch den Planungsausschuss sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte der entsprechenden Schwerpunkte und des entsprechenden Leistungsumfangs in der Region,
- apparative Ausstattung,
- Umfeldvoraussetzungen, wie z. B. Verkehrsanbindungen.

Die Facharztkompetenz Herzchirurgie als ausgewiesener Schwerpunkt wird gesondert geplant und hat speziellen Rahmenvorgaben zu genügen (4.4.2).

Die Transplantationsmedizin ist der universitären Ebene vorbehalten, auch hier sind spezielle Rahmenvorgaben zu beachten (4.4.1).

Das langjährig eigenständig geplante Fachgebiet Orthopädie, das in der neuen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer als Facharztkompetenz Unfallchirurgie und Orthopädie ausgewiesen wird, kann auf der Basis des Krankenhausplanes 2004 in Ausnahmefällen Krankenhäusern der Basisversorgung zugeordnet bleiben. Es gelten die Voraussetzungen der Schwerpunktversorgung.

Die Ausweisung im Krankenhausplan erfolgt auf Antrag mit Sternvermerk.

5.2.3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	682.246	83.324	8,2
1995	557.628	78.324	7,1
2000	421.388	73.375	5,7
2005	297.469	59.977	5,0
2006	279.926	56.812	4,9
2007	283.961	59.418	4,8
2008	273.787	59.155	4,6
2009	257.331	54.758	4,5
2010	238.359	54.264	4,4
2011	219.611	50.136	4,4

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 26 Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ausgewiesen, davon 25 Hauptabteilungen und 1 Belegabteilung.

Bedingt durch die medizinisch-technische Entwicklung haben neue Behandlungsmethoden zunehmend dazu geführt, dass die Verweildauer seit 1991 um 3,8 Tage gesunken ist. Zusätzlich ist - vornehmlich bedingt durch die demografische Entwicklung und auch die Verlagerungen in den ambulanten Bereich - ein Fallzahlrückgang von 40 % zu registrieren.

Die bisherige Entwicklung dieses Fachgebietes ist auch geprägt von einer Konzentration der Leistungen, insbesondere der Geburtshilfe. Leistungskonzentrationen bilden die Voraussetzungen für medizinische Qualität und effiziente Wirtschaftsführung.

Von 1992 bis 2011 ist die Anzahl der Abteilungen für Geburtshilfe von 37 auf 25 zurückgegangen. Somit ist eine Anpassung an die Bevölkerungsentwicklung laufend erfolgt. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Auch für die Abteilungen der Frauenheilkunde ist dieser Trend verstärkt zu erwarten.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung FRAUENHEILKUNDE ohne Hauptdiagnose aus Kapitel XV der ICD 10 (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	1.070	830	-7,1	-12,5
Stendal	1.118	929	-5,4	-9,1
Magdeburg	2.385	1.978	-1,2	-2,5
Jerichower Land	717	664	-2,6	-7,8
Börde	1.616	1.438	-5,8	-9,9
Salzlandkreis	2.903	2.381	-7,6	-12,8
Harz	2.286	2.080	-7,5	-12,9
Mansfeld-Südharz	1.368	1.359	-8,1	-13,8
Halle	1.969	1.686	-3,6	-6,3
Saalekreis	2.058	1.736	-3,5	-6,0
Burgenlandkreis	1.949	1.709	-6,6	-11,4
Dessau-Roßlau	1.082	938	-7,8	-12,4
Anhalt-Bitterfeld	2.070	1.647	-6,4	-11,3
Wittenberg	1.037	976	-7,7	-13,4
Sachsen-Anhalt gesamt	23.628	20.351	-5,7	-9,8

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Prognose der Fälle mit Hauptdiagnose aus Kapitel XV der ICD 10 (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	1.066	1.053	-19,9	-31,1
Stendal	1.426	1.327	-24,3	-35,4
Magdeburg	2.886	2.921	1,2	-0,1
Jerichower Land	795	706	-9,6	-22,4
Börde	2.066	1.962	-20,6	-15,7
Salzlandkreis	2.601	2.362	-18,8	-29,2
Harz	2.475	2.288	-15,8	-25,8
Mansfeld-Südharz	1.509	1.422	-24,0	-37,3
Halle	2.677	2.815	-7,2	-9,6
Saalekreis	1.891	1.821	-15,5	-24,4
Burgenlandkreis	1.928	1.650	-22,2	-34,7
Dessau-Roßlau	1.005	973	-14,0	-20,7
Anhalt-Bitterfeld	1.727	1.605	-16,3	-26,5
Wittenberg	1.054	1.232	-20,1	-31,3
Sachsen-Anhalt gesamt	25.106	24.137	-14,8	-23,0

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Für den Bereich der Geburtshilfe ist aufgrund der demografischen Entwicklung mit einer weiteren Abnahme der Geburten zu rechnen. Die Entwicklung von 2008 bis 2011 zeigt bereits einen Rückgang der Fälle von 4 %. Nach der Prognose wird für den Zeitraum bis 2018 teilweise der Bedarf um fast ein Drittel in einzelnen Landkreisen abnehmen. Daher sind hier erhebliche Veränderungen in der Angebotsstruktur zu erwarten, die auch auf den Bereich der Frauenheilkunde wirken. Planerisch ist zu beachten, dass die Angebote regional strukturiert vorgehalten werden. Planungen für die einzelnen Standorte müssen daher zeitnah erfolgen.

Allgemeine Leistungsanforderungen für den Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe ⁺⁾

⁺⁾ Weitere Leistungsanforderungen für den Bereich Geburtshilfe sind unten ausgewiesen.

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Teil der Basisversorgung,
- qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend der Leitlinien des Fachgebietes und den Vorgaben aus dem SGB V,
- Einhaltung von Mindestmengen,
- Teilnahme an der Notfallversorgung.

Für die Beantragung und Zuerkennung der Schwerpunkte Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Gynäkologische Onkologie sowie spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, verbunden mit der Aufnahme in die Landesplanung, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

1. Dem betreffenden Krankenhaus ist die Versorgungsstufe Schwerpunktversorgung oder universitäre Versorgung zugewiesen worden.
2. Das Krankenhaus beschäftigt mindestens zwei Ärzte/Ärztinnen mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärzte/Ärztinnen müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Qualität verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.
3. Das Krankenhaus unterhält nachweislich eine interdisziplinäre Kooperation mit anderen Fachgebieten.

Für die Vorhaltung der Schwerpunkte an einem Standort und die Anerkennung durch den Planungsausschuss sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte der entsprechenden Schwerpunkte und des entsprechenden Leistungsumfangs in der Region,
- apparative Ausstattung,
- Umfeldvoraussetzungen, wie z. B. Verkehrsanbindungen.

⁺ Allgemeine Leistungsanforderungen an die geburtshilfliche Grundversorgung

Wie unter dem Punkt 4.4.4 (Perinatalzentren) dargelegt, wird eine dreistufige geburtshilfliche Versorgung angestrebt. Die geburtshilfliche Grundversorgung soll möglichst in Wohnortnähe bleiben. Risikofälle sind rechtzeitig geburtshilflichen Schwerpunkten zuzuweisen.

In Anlehnung an die Vorgaben des G-BA sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe wird vorgehalten.
- ca. 300 Geburten/Jahr an einem Standort (bei Unterschreitung der Mindestfallzahl Anhörung im Planungsausschuss),
- Schnittenbindung im Notfall innerhalb von 20 min. jederzeit durchführbar,
- Erstversorgung eines kranken oder gefährdeten Neugeborenen ist fachärztlich rund um die Uhr abgesichert,
- Risikofälle sind an geburtshilfliche Schwerpunkte mit Neonatologie rechtzeitig abzugeben.

⁺ Allgemeine Leistungsanforderungen an eine geburtshilfliche Schwerpunktversorgung

Für die Beantragung und Zuerkennung einer geburtshilflichen Schwerpunktversorgung, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien in Anlehnung an die Vorgaben des G-BA zu erfüllen:

A. Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

1. Perinatale Schwerpunkte befinden sich in Krankenhäusern, die eine Geburtsklinik mit angeschlossener Kinderklinik vorhalten. Zur Betreuung von Risikogeburten rund um die Uhr einschließlich der Vorhaltung von neonatologischen Intensiv- und Überwachungsplätzen sind alle Möglichkeiten vorhanden. Bei anhaltenden Problemen soll eine Verlegung in ein weiter betreuendes Krankenhaus erfolgen. Prinzipiell sollen in einer Kinderklinik mit neonatologischer Grundversorgung nur Kinder > 32 + O SSW behandelt werden.
2. Die/Der die Neugeborenen verantwortlich betreuende Ärztin/Arzt soll die Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin und mindestens drei Jahre Erfahrung in Neonatologie nachweisen.
3. Es besteht die Möglichkeit zur Beatmung.
4. Diagnostische Verfahren wie Radiologie, allgemeine Sonografie, Echokardiografie und EEG sind verfügbar.
5. 24-Stunden-Präsenz einer/eines pädiatrischen Dienstärztin/-arztes.
6. Der Perinatale Schwerpunkt beachtet die Kriterien für eine Zuweisung in die höheren Versorgungsstufen im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal.
7. Die Anzahl der Geburten an einem Standort sollte 500 im Jahr nicht unterschreiten.

B. Aufnahmekriterien für Perinatale Schwerpunkte (antenatale Zuweisung):

Die Aufnahme bzw. Zuweisung aus niedrigeren Versorgungsstufen erfolgt nach folgenden leitliniengestützten Kriterien:

1. Unreife ≥ 1500 g und/oder 32 + 1 bis $\leq 36 + 0$ SSW
2. Fetale Wachstumsretardierung.

Bei Zuweisung an ein Krankenhaus der Basisversorgung gelten zusätzlich die Voraussetzungen nach Punkt 4.3 dieser Rahmenvorgaben.

Die entsprechende Ausweisung im Krankenhausplan erfolgt mit einem Sternvermerk.

5.2.4 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	139.886	18.374	7,6
1995	142.103	23.809	6,0
2000	141.560	23.745	6,0
2005	123.068	22.090	5,6
2006	118.821	21.640	5,5
2007	118.784	21.859	5,4
2008	117.202	21.984	5,3
2009	113.303	22.370	5,1
2010	111.929	23.387	4,8
2011	108.349	23.200	4,7

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 17 Abteilungen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ausgewiesen, davon 10 Haupt- und 7 Belegabteilungen.

Die Verweildauer ist von 1991 bis 2011 um 2,9 Tage gesunken; die Möglichkeiten des ambulanten Operierens sind weiter auszubauen.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung in Zahlen

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	599	518	-5,0	-9,5
Stendal	972	933	-5,3	-10,0
Magdeburg	1.890	2.102	0,5	0,3
Jerichower Land	479	444	-1,6	-5,0
Börde	1.980	1.951	-4,4	-7,7
Salzlandkreis	1.991	2.433	-5,7	-10,5
Harz	2.901	3.081	-3,6	-6,8
Mansfeld-Südharz	1.739	2.026	-6,2	-11,1
Halle	1.870	1.846	-2,4	-4,1
Saalekreis	1.263	1.377	-3,8	-6,8
Burgenlandkreis	1.187	1.208	-4,3	-8,2
Dessau-Roßlau	971	887	-4,3	-7,8
Anhalt-Bitterfeld	1.336	1.198	-3,5	-3,9
Wittenberg	964	1.035	-5,0	-9,3
Sachsen-Anhalt gesamt	20.142	21.039	-3,6	-6,8

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Die demografische Entwicklung mit einer Zunahme des Anteils älterer Menschen führt auch zu einer damit verbundenen höheren Inzidenz an Tumorerkrankungen. Ansteigen werden ebenso die Durchblutungsstörungen im Kopfbereich, die zu Hörverlusten und Schwindelattacken führen. Die Schwerhörigkeit bei Jugendlichen steigt zwar einerseits dramatisch an - wo für eine angemessene Versorgung häufig ein operativer Eingriff notwendig wird - andererseits zeigt sich die Leistungserbringung an Kindern und Jugendlichen rückläufig (Auswirkung der Bevölkerungsentwicklung auf die Fallzahlen). Zusätzlich sind Fortschritte im Bereich der minimalinvasiven Operationstechniken, aber auch Effekte, die durch die Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen im Rahmen der sektorübergreifenden Versorgung zu erwarten. Insgesamt ist jedoch mit einem Rückgang der Fallzahlen zu rechnen, welcher sich bis 2018 auf ca. 7 % verstärken wird.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Die Leistungserbringung erfolgt überregional, die Vorhaltung an einem Haus der Basisversorgung wird nicht ausgeschlossen,
- qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend der Leitlinien des Fachgebietes und der Vorgaben aus dem SGB V.

Für die Vorhaltung und krankenhauserische Anerkennung des Fachgebietes an einem Standort sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl-, Morbiditäts- und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region.

5.2.5 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	105.828	5.800	18,2
1995	79.548	6.867	11,6
2000	63.993	6.386	10,0
2005	54.455	6.278	8,7
2006	57.491	6.909	8,3
2007	57.704	7.608	7,6
2008	56.341	7.771	7,3
2009	57.569	7.655	7,5
2010	56.808	7.746	7,3
2011	55.530	8.292	6,7

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 5 Hauptabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten ausgewiesen.

Bei Rückgang der Verweildauer ist eine Zunahme der Fallzahl festzustellen.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung Dermatologie

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	155	170	2,9	6,5
Stendal	175	211	2,8	3,3
Magdeburg	807	939	0,3	1,0
Jerichower Land	116	145	0,0	2,1
Börde	449	402	-2,5	-4,2
Salzlandkreis	735	749	-1,7	-3,9
Harz	725	786	-1,0	-1,9
Mansfeld-Südharz	308	247	-1,6	-3,6
Halle	683	698	-1,1	-1,9
Saalekreis	496	560	-2,3	-3,9
Burgenlandkreis	289	388	-2,1	-3,6
Dessau-Roßlau	807	719	0,0	-2,2
Anhalt-Bitterfeld	657	495	-2,0	-3,6
Wittenberg	529	423	-2,6	-5,2
Sachsen-Anhalt gesamt	6.931	6.932	-1,2	-2,2

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Es ist mit einer Zunahme von Hauttumoren, Neurodermatosen und allergischen Krankheitsbildern sowie sogenannter Begleitdermatosen bei malignen Erkrankungen zu rechnen. Der prognostizierte leichte Fallzahlrückgang kann sowohl auf die demografische Entwicklung als auch auf weitere Verschiebungen in den ambulanten Bereich zurückgeführt werden, wobei sich die Situation in den einzelnen Landkreisen unterschiedlich darstellt.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Die Leistungserbringung erfolgt überregional; die Vorhaltung an einem Krankenhaus der Basisversorgung wird nicht ausgeschlossen.

- Qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend den Leitlinien des Fachgebietes und den Vorgaben des SGB V.

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung des Fachgebietes an einem Standort sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl-, Morbiditäts- und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region.

5.2.6 Innere Medizin

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	2.171.066	131.668	16,5
1995	2.093.998	187.267	11,2
2000	1.942.044	215.541	9,0
2005	1.720.424	224.501	7,7
2006	1.635.699	220.349	7,4
2007	1.682.381	234.563	7,2
2008	1.628.417	231.022	7,1
2009	1.677.564	243.005	6,9
2010	1.608.685	243.663	6,6
2011	1.652.569	243.459	6,4

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 37 Hauptabteilungen für Innere Medizin ausgewiesen.

Das Gebiet beinhaltet nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt 9 Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung in Zahlen

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	9.146	9.043	0,7	1,4
Stendal	11.365	11.210	1,3	1,7
Magdeburg	16.532	17.452	0,6	1,9
Jerichower Land	7.489	7.506	-0,8	-0,2
Börde	13.479	13.729	1,9	2,8
Salzlandkreis	26.238	24.350	-0,1	-0,8
Harz	21.263	22.143	0,0	-0,1
Mansfeld-Südharz	12.710	13.586	-0,5	-1,5
Halle	17.862	18.649	0,7	0,8
Saalekreis	15.498	15.133	0,5	0,7
Burgenlandkreis	14.675	14.637	-0,2	-0,9
Dessau-Roßlau	9.481	10.110	1,0	1,6
Anhalt-Bitterfeld	18.463	17.095	-0,1	-1,1
Wittenberg	11.116	11.395	2,0	2,4
Sachsen-Anhalt gesamt	205.317	206.038	0,5	0,6

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Die demographische Entwicklung lässt eine weitere Zunahme von Erkrankungen, die im Fachgebiet Innere Medizin behandelt werden, erwarten. Dies trifft insbesondere auf ältere und mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten, die eine umfassende und ganzheitliche Diagnostik und Therapie benötigen zu.

Entwicklungen im medizinisch-technischen Bereich, sektorübergreifende Versorgung sowie eine weitere Verlagerung von Fällen in den ambulanten Bereich können zu gegenläufigen Tendenzen führen.

Allgemeine Leistungsanforderungen für das Fachgebiet Innere Medizin

Basisversorgung

Die im Fachgebiet Innere Medizin enthaltenen Schwerpunkte können in Krankenhäusern der Basisversorgung vertreten sein, werden in diesen aber nicht als Schwerpunkte im Krankenhausplan ausgewiesen. Die Ausbildung für die einzelnen Schwerpunkte der Inneren Medizin ist damit trotzdem gewährleistet, da Ausbildungsermächtigungen nicht mit den Rahmenvorgaben gekoppelt sind.

Schwerpunktversorgung und universitäre Versorgung

Für die Beantragung und Zuerkennung als ausgewiesener Schwerpunkt, verbunden mit der Aufnahme in die Landesplanung, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

1. Dem Krankenhaus ist die Versorgungsstufe Schwerpunktversorgung, Spezialversorgung (bei korrespondierender Fachabteilung in der Spezialversorgung) oder universitäre Versorgung zugewiesen worden.
2. Das Krankenhaus beschäftigt mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärztinnen/Ärzte müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Qualität verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.
3. Das Krankenhaus weist interne und externe Maßnahmen zur fachspezifischen Qualitätssicherung, einschließlich der fachübergreifenden Kooperation, nach.

Darüber hinaus werden bei einer krankenhausesplanerischen Anerkennung folgende Faktoren zugrunde gelegt:

Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung,

- Vorhaltdichte der entsprechenden Schwerpunkte und des entsprechenden Leistungsumfangs in der Region,
- apparative Ausstattung,
- Umfeldvoraussetzungen, wie z. B. Verkehrsanbindungen.

Die Stammzelltransplantation wird gesondert geplant und hat speziellen Rahmenvorgaben (s. 4.4.1) zu genügen.

Zur Behandlung von hochkontagiösen Infektionskrankheiten steht die Isolierstation am Städtischen Klinikum St. Georg Leipzig zur Verfügung. Zwischen dem Land Sachsen-Anhalt und dem Freistaat Sachsen wurde diesbezüglich ein Vertrag geschlossen.

Für die stationäre geriatrische Versorgung in einem Zentrum sind spezielle Rahmenvorgaben einzuhalten (s. 4.4.6).

5.2.7 Kinder- und Jugendmedizin

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	560.665	50.236	11,2
1995	395.501	48.710	8,1
2000	282.329	42.947	6,6
2005	209.186	40.431	5,2
2006	196.339	39.214	5,0
2007	204.180	41.518	4,9
2008	181.582	39.031	4,7
2009	193.732	40.591	4,8
2010	176.229	38.427	4,6
2011	174.106	38.931	4,5

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 21 Hauptabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ausgewiesen.

In diesem Fachgebiet spiegelt sich deutlich die Veränderung des stationären Leistungsprofils wider. Neue Behandlungsmethoden, die demografische Entwicklung in Sachsen-Anhalt und die zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich haben dazu geführt, dass in den zurückliegenden Jahren die Fallzahl bis 2010 ständig rückläufig war, verbunden mit einem Absinken der Verweildauer. Ursache des Fallzahlrückgangs ist auch der deutliche Geburtenrückgang. Das Fachgebiet ist geprägt von einer sich entwickelnden Leistungskonzentration als Voraussetzung für medizinische Qualität und effiziente Wirtschaftsführung. 1992 wurden in Sachsen-Anhalt noch an 37 Krankenhäusern Abteilungen für Kinderheilkunde vorgehalten, 2012 waren es noch 20 Abteilungen. Die Reduzierung der Abteilungsanzahl ist auch ein Ergebnis von Krankenhaus-Fusionen.

Zur mittelfristigen Sicherung der Versorgung und einem langfristigen Erhalt der Kinderheilkunde in Sachsen-Anhalt sind übergreifende Strukturen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor aufzubauen und zu erhalten.

Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin beinhaltet nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt 6 Schwerpunktkompetenzen: Kinderhämatologie und -onkologie, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kindernephrologie, Neuropädiatrie, Kinderpneumologie.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	1.429	1.457	-6,3	-13,7
Stendal	1.558	1.788	-9,7	-17,6
Magdeburg	3.029	2.927	11,1	14,3
Jerichower Land	1.472	1.349	-0,2	-5,9
Börde	3.543	3.563	-3,5	-9,4
Salzlandkreis	4.694	3.926	-4,2	-10,2
Harz	4.152	4.279	-3,2	-9,0
Mansfeld-Südharz	2.338	2.292	-8,4	-16,5
Halle	4.307	4.665	4,5	4,5
Saalekreis	2.701	2.703	-0,8	-4,7
Burgenlandkreis	4.071	4.040	-2,2	-9,0
Dessau-Roßlau	1.174	1.202	-1,0	-5,2
Anhalt-Bitterfeld	2.655	2.306	-2,9	-8,4
Wittenberg	2.354	2.065	-5,5	-11,9
Sachsen-Anhalt gesamt	39.477	38.562	-1,6	-6,1

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Das Fachgebiet soll nicht in jedem Krankenhaus, aber flächendeckend in Rufbereitschaft von Kinderärztinnen/-ärzten rund um die Uhr vorgehalten werden. Dem Bedürfnis nach Mitaufnahme eines Elternteils sollte, soweit medizinisch erforderlich, Rechnung getragen werden.

Die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung mit sinkenden Kinderzahlen erschwert die flächendeckende Vorhaltung wohnortnaher pädiatrischer Versorgungsangebote in Form von Fachabteilungen. Qualitative wohnortnahe Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist weiterhin Ziel der Krankenhausplanung. Eine Lösung wäre die Einrichtung interdisziplinärer Kinderpflegestationen in Kooperation mit niedergelassenen Pädiatern.

Allgemeine Leistungsanforderungen für die kindgerechte Versorgung

- Erreichbarkeit in max. 40 km Entfernung,
- Pflege durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen,
- räumliche Voraussetzungen (in interdisziplinären Kinderzimmern),
- Betreuung durch Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendmedizin (auch in Kooperation).

Allgemeine Leistungsanforderungen für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin:

Kann Angebot aller Versorgungsstufen sein,

- mehr als 2 Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Ärztinnen/Ärzte in entsprechender Weiterbildung,
- Schwerpunkt Kompetenzen können vertreten sein,
- 24 h Präsenzpflcht durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen.

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung des Fachgebietes an einem Standort sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region

Für die Beantragung und Zuerkennung eines Schwerpunktes, verbunden mit der Aufnahme in die Landesplanung, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

1. Dem Krankenhaus ist die Versorgungsstufe Schwerpunktversorgung oder universitäre Versorgung zugewiesen worden.
2. Das Krankenhaus beschäftigt mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärztinnen/Ärzte müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Qualität verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.
3. Das Krankenhaus weist interne und externe Maßnahmen zur fachspezifischen Qualitätssicherung einschließlich der fachübergreifenden Kooperation nach.

Darüber hinaus werden bei einer krankenhauplanerischen Anerkennung folgende Faktoren zugrunde gelegt:

- Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte der entsprechenden Schwerpunkte und des entsprechenden Leistungsumfangs in der Region,
- apparative Ausstattung,
- Umfeldvoraussetzungen, wie z. B. Verkehrsanbindungen.

5.2.8 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	15.184	1.674	9,1
1995	15.690	2.502	6,3
2000	14.461	2.573	5,6
2005	12.077	2.338	5,2
2006	10.944	2.414	4,5
2007	11.320	2.653	4,3
2008	12.406	2.863	4,3
2009	11.763	2.545	4,4
2010	11.275	2.588	4,4
2011	11.512	2.520	4,6

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 4 Abteilungen für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie ausgewiesen, davon 2 Haupt- und 2 Belegabteilungen.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	23	83	-6,0	-12,0
Stendal	41	142	-4,2	-8,5
Magdeburg	298	484	-0,2	-1,0
Jerichower Land	31	92	-2,2	-5,4
Börde	97	192	-7,3	-12,0
Salzlandkreis	397	286	-4,2	-7,7
Harz	1.025	118	-0,8	-2,5
Mansfeld-Südharz	268	90	-6,7	-11,1
Halle	355	365	-1,6	-2,2
Saalekreis	163	197	-2,5	-4,1
Burgenlandkreis	60	41	-4,9	-7,3
Dessau-Roßlau	150	29	-3,4	-10,3
Anhalt-Bitterfeld	157	83	-6,0	-10,8
Wittenberg	323	30	-3,3	-10,0
Sachsen-Anhalt gesamt	3.388	2.232	-3,5	-6,8

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Da im Fachgebiet zahnmedizinische und/oder gesichtschirurgische Leistungen erbracht werden, ist die Anzahl der Behandlungsfälle von unterschiedlichen Gegebenheiten abhängig. Die Unfallstatistiken zeigen eine leichte Rückläufigkeit bei den Schwer- und Schwerstverletzten, wozu auch multiple Mund-Kiefer- und Gesichtsverletzungen zählen. Die Fehlbildungsrate (z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte) ist unter anderem auch von der Anzahl der Geburten abhängig. Mit steigendem Lebensalter steigt auch die Inzidenz der bösartigen Erkrankungen. Die Fallzahlen sind seit 2009 wenig verändert und werden in der Zukunft als leicht rückläufig eingeschätzt. Das derzeit in Sachsen-Anhalt bestehende Leistungsangebot wird als ausreichend erachtet.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Angebot der Schwerpunkt- und universitären Versorgung,

- Qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend der Leitlinien des Fachgebietes und den Vorgaben des SGB V.

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung des Fachgebietes sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl- und Morbidität sowie demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region

5.2.9 Neurochirurgie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	21.337	1.129	18,9
1995	22.484	2.441	9,2
2000	51.249	5.708	9,0
2005	71.632	7.438	9,6
2006	83.630	8.966	9,3
2007	83.795	9.387	8,9
2008	80.185	8.862	9,0
2009	77.601	8.816	8,8
2010	79.647	8.755	9,1
2011	71.192	7.993	8,9

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 6 Abteilungen für Neurochirurgie ausgewiesen, davon 5 Hauptabteilungen und 1 Belegabteilung.

1991 verfügten beide Universitätskliniken über eine solche Abteilung. Durch die Schaffung weiterer Kapazitäten, durch die bildgebenden Methoden und die Einführung neuer OP-Techniken hatten die Möglichkeiten der neurochirurgischen Versorgung in den letzten Jahren stark zugenommen. Eine deutliche Fallzahlsteigerung bis zum Jahr 2007 war die Folge.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	221	217	1,4	1,8
Stendal	193	203	-1,5	-3,9
Magdeburg	782	756	-1,1	-1,6
Jerichower Land	171	139	-0,7	-0,7
Börde	499	427	-1,9	-3,7
Salzlandkreis	715	617	-1,9	-4,1
Harz	611	459	-3,1	-6,1
Mansfeld-Südharz	277	211	-4,7	-9,0
Halle	835	774	-1,4	-3,0
Saalekreis	541	495	-2,8	-5,1
Burgenlandkreis	260	249	-1,6	-4,4
Dessau-Roßlau	389	433	-2,1	-3,5
Anhalt-Bitterfeld	498	435	-1,4	-3,4
Wittenberg	340	318	-0,3	-1,9
Sachsen-Anhalt gesamt	6.332	5.734	-1,8	-3,8

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Das Leistungsspektrum dieses Fachgebietes umfasst neben Operationen an Kopf bzw. Gehirn schwerpunktmäßig die Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks sowie peripherer Nerven. Insbesondere die Erkrankungen der Wirbelsäule werden auch in einer großen Anzahl im Bereich der Unfallchirurgie und Inneren Medizin erbracht. Die demografische Entwicklung wird insbesondere bei den Wirbelsäulenerkrankungen zu einer Fallzahlerhöhung führen, wobei das Verhältnis operativer zu konservativer Behandlung ein fortwährendes Spannungsverhältnis darstellt. Allgemein kann von einer differenzierten, leicht rückläufigen Entwicklung stationärer Leistungen ausgegangen werden, die sich bis 2018 auf ca. - 4,5 % verstärken wird. Ambulante Behandlungen werden im betrachteten Zeitraum die Fallzahlentwicklung marginal beeinflussen.

Die Neurochirurgie ist ein hochspezialisiertes Fachgebiet, das an Krankenhäusern der universitären und Schwerpunktversorgung vorgehalten wird. Die bestehende regionale Zentralisierung an den Standorten Magdeburg, Halle und Dessau-Roßlau ist für das Land bedarfsgerecht.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Angebot der Schwerpunkt- und universitären Versorgung,
- Vorhandensein des Fachgebietes Neurologie.

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung des Fachgebietes an einem Standort sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region,
- apparative Ausstattung.

5.2.10 Neurologie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	115.726	5.873	19,7
1995	114.636	7.149	16,0
2000	189.806	13.772	13,8
2005	183.316	17.041	10,8
2006	142.297	16.595	8,6
2007	180.511	19.401	9,3
2008	180.487	18.464	9,8
2009	186.204	20.834	8,9
2010	193.452	22.216	8,7
2011	192.201	23.027	8,3

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 15 Hauptabteilungen für Neurologie ausgewiesen.

Durch die demographische Entwicklung kommt dieser Fachrichtung eine zunehmende Bedeutung zu. Das Älterwerden der Bevölkerung geht mit altersbedingten neurologischen Erkrankungen, insbesondere mit einer Steigerung der Schlaganfallpatienten, einher (s. a. unter 6.3). Diese Entwicklung hat zu einer drastischen Fallzahlsteigerung geführt. Hinzu kommt, dass in den 90er Jahren neurologisch Erkrankte auch in der Inneren Medizin behandelt worden sind, jedoch mittlerweile in die Stroke Unit der Neurologie verlagert wurden.

Die Behandlung ist durch den Einsatz der Neuroradiologie und neuronuklearmedizinischen Techniken insgesamt weiter ausgebaut worden, so dass die Verweildauer kontinuierlich reduziert werden konnte.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	610	642	-0,6	-2,0
Stendal	1.057	1.164	-1,7	-4,1
Magdeburg	1.844	2.278	-0,4	0,1
Jerichower Land	402	455	-1,3	-3,1
Börde	906	1.119	-1,7	-3,2
Salzlandkreis	1.732	2.395	-2,5	-4,8
Harz	1.327	1.467	-3,1	-5,7
Mansfeld-Südharz	496	651	-4,6	-8,6
Halle	2.632	2.715	-0,9	-1,5
Saalekreis	1.202	1.428	-1,6	-2,9
Burgenlandkreis	1.107	1.371	-2,0	-4,1
Dessau-Roßlau	1.011	1.081	-0,5	-0,8
Anhalt-Bitterfeld	744	857	-2,7	-5,4
Wittenberg	1.423	1.399	-1,1	-2,9
Sachsen-Anhalt gesamt	16.492	19.022	-1,7	-3,2

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Trotz des in der Neurologie vorhandenen Potenzials für ambulante und sektorübergreifende Versorgungsangebote ist unter Berücksichtigung der Altersepidemiologie und –verteilung neurologischer Krankheiten nicht mit einem wesentlichen Rückgang der stationären Fallzahlen zu rechnen. Insbesondere die neurologischen Krankheiten im Alter (Apoplex, transitorisch ischämische Attacken – TIA –, vaskulär oder degenerativ bedingte Demenz) sowie die zunehmende Bewältigung daraus resultierender Behinderungen bedürfen einer fachspezifischen Therapie, die ggf. durch neurologische Frührehabilitation ergänzt werden muss.

Die Konstellationen von Demografie und Morbidität im Alter lassen Fallzahlsteigerungen erwarten. Der medizinische Fortschritt (fibrinolytische Behandlung bei Schlaganfallpatienten, mikroinvasive Eingriffe etc.) wird jedoch zu Verweildauerverkürzungen führen.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Angebote in allen Versorgungsstufen,
- qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend der Leitlinien des Fachgebietes und den Vorgaben des SGB V.

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung des Fachgebietes an einem Standort sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region,
- apparative Ausstattung.

5.2.11 Nuklearmedizin

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	-	-	-
1995	1.696	295	5,7
2000	8.689	1.737	5,0
2005	6.977	1.577	4,4
2006	8.148	1.847	4,4
2007	9.150	1.984	4,6
2008	9.557	2.266	4,2
2009	9.893	2.324	4,3
2010	9.577	2.244	4,3
2011	8.669	2.160	4,0

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 3 Hauptabteilungen für Nuklearmedizin ausgewiesen.

Die Leistungsparameter bei der Behandlung mit offenen Radionukliden sind im Wesentlichen abhängig vom Aufbau spezifischer Kapazitäten (nuklearmedizinische Therapieeinheiten). Die Verweildauer der Patienten wird neben patientenorientierten Parametern wesentlich durch die Strahlenschutzgesetzgebung bestimmt.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung in Zahlen

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in % vs. 2011	Veränderung bis 2018 in % vs. 2011
Salzwedel	36	29	3,4	3,4
Stendal	61	54	0,0	-1,9
Magdeburg	222	165	0,0	-0,6
Jerichower Land	36	48	0,0	0,0
Börde	119	86	-1,2	-2,3
Salzlandkreis	190	154	-0,6	-3,9
Harz	60	53	0,0	0,0
Mansfeld-Südharz	61	60	-1,7	-5,0
Halle	165	152	-2,0	-3,9
Saalekreis	127	100	-1,0	-3,0
Burgenlandkreis	64	47	-2,1	-6,4
Dessau-Roßlau	84	79	0,0	0,0
Anhalt-Bitterfeld	144	97	-2,1	-3,1
Wittenberg	111	101	-3,0	-7,9
Sachsen-Anhalt gesamt	1.480	1.225	-0,8	-2,6

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Nuklearmedizinische Therapien dienen zur Behandlung der blutbildenden Organe, des endolymphatischen Systems, von Geschwülsten und Geschwulstmetastasen der Weichteile und des Knochens, von primären und sekundären Lebermalignomen, zur Radiosynoviorthese sowie zur Behandlung gutartiger und bösartiger Schilddrüsenerkrankungen. Mit einem Anteil von über 90 % ist die Radiojodtherapie der Schilddrüse die häufigste Nukleartherapieform. Die zunehmende Erkrankungshäufigkeit der Schilddrüse im Alter in Verbindung mit dem demografischen Wandel in der Bevölkerungsstruktur des Landes Sachsen-Anhalt lassen der Nukleartherapie in Zukunft eine wichtige Rolle zukommen. Aus Gründen der deutschen Strahlenschutzgesetzgebung muss diese Art der Therapie stationär erfolgen.

Strahlenschutzgesetzgebung und medizinisch notwendige Verweildauer sind in diesem Fachgebiet nur bedingt im Einklang, so dass medizinisch mögliche Verweildauersenkungen nicht zu realisieren sind. Die in Sachsen-Anhalt vorhandenen Kapazitäten werden als ausreichend angesehen.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Angebot der Schwerpunkt- und universitären Versorgung,
- qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend den Leitlinien des Fachgebietes und der Vorgaben des SGB V.

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung des Fachgebietes an einem Standort sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region,
- apparative Ausstattung.

5.2.12 Strahlentherapie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	40.416	2.615	15,5
1995	29.209	1.292	22,6
2000	29.913	2.155	13,9
2005	31.495	3.485	9,0
2006	32.117	2.723	11,8
2007	30.133	2.421	12,4
2008	30.414	2.624	11,6
2009	30.948	2.537	12,2
2010	29.905	2.404	12,4
2011	26.834	2.194	12,2

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 6 Abteilungen für Strahlentherapie ausgewiesen, davon 5 Hauptabteilungen und 1 Belegabteilung.

Sie ist für die kurative und palliative Medizin von Bedeutung und wird vor allem bei onkologischen Erkrankungen eingesetzt. Die stationären Fallzahlen sind von 1991 bis 2005 um mehr als 33 % gestiegen. Seit 2008 ist - offenbar bedingt durch das ambulante Substitutionspotenzial - ein abnehmender Trend zu verzeichnen.

Zukünftige Entwicklung

Prognoseerwartung

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in % vs. 2011	Veränderung bis 2018 in % vs. 2011
Salzwedel	111	85	4,7	5,9
Stendal	173	176	-2,3	-5,1
Magdeburg	217	187	0,0	-1,1
Jerichower Land	109	86	0,0	1,2
Börde	179	170	4,1	5,3
Salzlandkreis	298	256	2,7	2,7
Harz	265	330	-0,6	-1,2
Mansfeld-Südharz	129	156	0,6	-0,6
Halle	169	193	-0,5	-1,6
Saalekreis	140	121	0,0	-1,7
Burgenlandkreis	56	74	1,4	0,0
Dessau-Roßlau	11	13	0,0	7,7
Anhalt-Bitterfeld	53	76	0,0	-2,6
Wittenberg	45	50	0,0	-2,0
aus Sachsen-Anhalt gesamt	1.955	1.973	0,8	0,0

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Aufgrund der altersbedingten Zunahme von Krebserkrankungen kommt der Strahlentherapie eine wichtige Rolle zu. Ein großer Teil der betroffenen Patienten wird ambulant betreut. Da aber in zunehmendem Maße auch schwer beeinträchtigte Patienten eine Strahlentherapie erhalten, ist die Vorhaltung stationärer Kapazitäten (in den Regionen) notwendig.

In Deutschland ist nahezu jeder vierte aller Todesfälle auf eine bösartige Erkrankung zurückzuführen. In Sachsen-Anhalt ist ungefähr jeder Vierte betroffen - Frauen mit ca. 23 %, Männer mit ca. 28 %.

Allgemein gilt:

Während nur 200 von 100.000 Menschen unter 65 Jahren an Krebs erkranken, liegt die Erkrankungshäufigkeit der über 65-jährigen um den Faktor 10 höher. Ihr Anteil an den Krebserkrankungen beträgt derzeit zwischen 60 und 80 %.

Mehr als die Hälfte aller Krebspatienten erhält bei der Erstdiagnose oder im weiteren Verlauf der Erkrankung eine Strahlentherapie - allein oder im Rahmen multimodaler Behandlungskonzepte.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Angebot der Schwerpunkt- und universitären Versorgung,
- qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend den Leitlinien des Fachgebietes und den gesetzlichen Vorgaben.

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung des Fachgebietes an einem Standort sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region,
- apparative Ausstattung, Tandembetrieb empfohlen.

5.2.13 Urologie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	202.601	14.041	14,4
1995	202.972	21.691	9,4
2000	171.075	23.498	7,3
2005	145.860	23.702	6,2
2006	145.176	24.094	6,0
2007	142.489	24.169	5,9
2008	140.672	24.662	5,7
2009	134.045	23.409	5,7
2010	132.856	25.471	5,2
2011	129.875	25.916	5,0

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2011 werden 19 Abteilungen für Urologie ausgewiesen, davon 14 Hauptabteilungen und 5 Belegabteilungen.

19 Krankenhäuser verfügen über eine Abteilung für Urologie, davon werden 7 ausschließlich belegärztlich geführt. Die Abteilungen werden in Krankenhäusern der Basis-, der Schwerpunkt- und universitären Versorgung vorgehalten. Belegabteilungen sollen einem wohnortnahen urologischen Angebot dienen. 2010 und 2011 zeichnet sich trotz Verweildauerrückgang ein Fallzahlenanstieg ab. Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen.

Eine verbesserte Diagnostik ermöglicht, dass Erkrankungen früher erkannt werden. Die Behandlung ist durch neue Operationstechniken schonender geworden. Einige Behandlungen, die früher mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden waren, werden jetzt ambulant erbracht.

Zukünftige Entwicklung

Für das Land Sachsen-Anhalt wird für das Jahr 2015 eine Veränderung von 0,8 und für das Jahr 2018 von 0,2 % zu den 22.820 stationären Fällen laut InEK des Jahres 2011 prognostiziert.

Prognoseerwartung

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2015 in %	Veränderung bis 2018 in %
Salzwedel	724	692	0,7	1,4
Stendal	1.107	1.088	1,7	0,9
Magdeburg	2.247	2.423	0,2	-0,2
Jerichower Land	582	543	0,4	3,1
Börde	1.753	1.696	2,4	3,0
Salzlandkreis	2.250	2.168	0,8	0,0
Harz	1.749	1.624	0,2	-0,7
Mansfeld-Südharz	1.568	1.510	-1,4	-3,6
Halle	3.062	3.145	0,1	-0,8
Saalekreis	1.830	2.045	0,5	0,1
Burgenlandkreis	1.300	1.606	0,8	0,1
Dessau-Roßlau	1.068	1.224	0,1	-0,9
Anhalt-Bitterfeld	1.522	1.430	1,7	1,4
Wittenberg	1.621	1.626	1,6	1,2
Sachsen-Anhalt gesamt	22.383	22.820	0,8	0,2

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, ohne Fallimporte

Trotz des auch in der Urologie vorhandenen Potenzials für ambulante und sektorübergreifende Versorgungsangebote ist unter Berücksichtigung der Altersepidemiologie und -verteilung urologischer Eingriffe mittelfristig *nicht* mit einem Rückgang der stationären Fallzahlen zu rechnen. Die Prognose der demografischen Entwicklung zeigt weit überwiegend eine leichte Zunahme der Leistungen an. Die aufgrund des demografischen Faktors prognostizierte Zunahme wird ggf. durch die medizinisch-technischen Entwicklungen in diesem Fachgebiet relativiert.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Für die Beantragung und Zuerkennung des Fachgebietes, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien zu erfüllen:

- Angebot in allen Versorgungsstufen,
- qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend der Leitlinie des Fachgebietes und den Vorgaben aus dem SGB V

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung des Fachgebietes an einem Standort sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- apparative Ausstattung.

5.2.14 Psychiatrische Fachgebiete

Nachfolgend werden die psychiatrischen und psychosomatischen Fachgebiete dargestellt. Diese werden nicht nach dem DRG-System finanziert. Die Kapazitätsplanung wird daher für diese Gebiete fortgesetzt. Prognosen für die Entwicklung der Fachgebiete mit Fallbezug sind bisher aufgrund der Datenstruktur noch nicht möglich.

Ab dem Jahr 2013 wird zunächst optional, ab dem Jahr 2015 verpflichtend ein pauschalierendes Entgeltsystem (Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP) eingeführt. Dessen Einfluss auf die Entwicklung der Inanspruchnahme und der Kapazitäten der psychiatrischen Fachgebiete kann noch nicht beurteilt werden.

Psychiatrie und Psychotherapie

Jahr	Berechnungs-/			Verweildauer	Auslastung
	Planbetten	Belegungstage	Fallzahl		
1991	3.021	660.909	11.793	56,0	59,9
1995	1.309	398.252	16.609	24,0	83,4
2000	1.322	437.187	20.188	21,7	90,6
2005	1.430	482.571	21.878	22,1	92,5
2006	1.450	499.159	22.879	21,8	94,3
2007	1.450	501.587	23.606	21,3	94,0
2008	1.485	515.940	22.997	22,4	95,1
2009	1.485	516.292	23.633	21,9	95,2
2010	1.485	513.912	24.110	21,3	94,8
2011	1.511	520.614	24.419	21,3	94,4

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt / Krankenhausplan 2011

Anfang der 90er Jahre erfolgte eine Trennung der akuten und chronischen Krankenhausversorgung von der Langzeitbetreuung und –pflege. Dieser Prozess war etwa 1994 abgeschlossen.

Zielstellung der Krankenhausplanung ist eine möglichst gemeindenaher Vollversorgung, d.h. eine dezentrale Vorhaltung der psychiatrischen Kapazitäten, wobei psychiatrische Abteilungen die Versorgung für eine Region übernehmen. In den 90er Jahren noch vorhandene Versorgungsdefizite im Süden des Landes wurden ausgeglichen; die akutstationäre Versorgung ist ausgewogen und flächendeckend.

Laut Krankenhausplan 2011 stehen in Sachsen-Anhalt 1.511 Planbetten für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung. Das bedeutet eine Versorgung von 6,5 Betten je 10.000 Einwohner. Zuzüglich der laut Krankenhausplan ab 2008 vorgehaltenen Plätze in Tageskliniken wird ein Versorgungsgrad von 8,2 Betten/Plätze je 10.000 Einwohner erreicht.

Etwa in den letzten 10 Jahren ist ein leichter, aber kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen bei im letzten Jahr gleichbleibender Verweildauer festzustellen.

Zukünftige Entwicklung

Insgesamt ist eine Steigerungsrate bei den psychosomatischen/psychiatrischen Erkrankungen in den Ländern der westlichen Welt zu beobachten. Darüber hinaus wird aufgrund der demografischen Entwicklung eine Zunahme der Fallzahlen in der Gerontopsychiatrie erwartet. Das Netz ambulanter Versorgungsmöglichkeiten ist in Sachsen-Anhalt weiter zu stärken, wenn eine Leistungsverlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich erfolgen soll.

Ambulante und teilstationäre Angebote stellen einen geringeren Einschnitt in das Leben der Patientinnen und Patienten dar und die Therapie kann unter den Rahmenbedingungen des gewohnten Lebensumfeldes stattfinden. Diesem Aspekt ist auch bei der Struktur der Versorgungskapazität Rechnung zu tragen.

Die stationäre Fallzahlentwicklung wird in entscheidendem Maße davon abhängen, inwieweit komplementäre Angebote in der ambulanten Versorgung ausreichend vorgehalten werden. Das gilt sowohl für die Allgemeinpsychiatrie als auch für die Gerontopsychiatrie. Alternativ zur stationä-

ren Versorgung sind eine ausreichende Qualifizierung von Hausärztinnen und Hausärzten und die fachliche Qualifikation der Menschen, die in der Altenhilfe tätig sind, dringend geboten. Eine unzureichende ambulante Versorgung wird unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung zu einer weiteren Fallzahlsteigerung im stationären Bereich führen.

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Jahr	Berechnungs-/			Verweildauer	Auslastung
	Planbetten	Belegungstage	Fallzahl		
1996	137	27.788	963	28,9	55,4
2000	179	57.194	1.546	37,0	87,5
2005	198	64.996	1.663	39,1	89,9
2006	198	65.924	1.630	40,5	91,2
2007	198	63.019	1.526	41,3	87,2
2008	198	58.894	1.246	47,3	81,5
2009	198	58.419	1.228	47,6	80,8
2010	198	61.216	1.246	49,1	84,7
2011	210	62.944	1225	51,4	82,1

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Mit der Neufassung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt im Jahr 1994 wird seit 1996 das Gebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ getrennt von der Psychiatrie ausgewiesen und geplant. Seither ist eine stetige Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen, der mit einer Erhöhung des Kapazitätsangebotes begegnet werden musste. Nicht alle Psychiatrischen Krankenhäuser bzw. Abteilungen sind diesem Weg der getrennten Darstellung gefolgt, so dass ein Teil der Fälle auch in der Psychiatrie erfasst wurde.

Zukünftige Entwicklung

Wie im Fach Psychiatrie und Psychotherapie ist auch bei der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit einem weiteren Anstieg der Erkrankungen zu rechnen.

Ob der beobachtete Morbiditätsanstieg sich auch in einer erhöhten stationären Fallzahl widerspiegelt, ist im Wesentlichen vom ambulanten Potenzial abhängig.

Neue Indikationen und veränderte Behandlungskonzepte lassen kürzere stationäre Aufenthalte zu, die aber ggf. häufigere Behandlungssequenzen erfordern.

Ab dem Jahr 2013 könnte durch mögliche Psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 3 SGB V auch das ambulante Angebot an Krankenhäusern verbessert werden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Jahr	Planbetten	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer	Auslastung
1991	496	151.469	1.080	140,3	83,7
1995	250	81.724	1.349	60,6	89,6
2000	280	94.144	1.721	54,7	92,1
2005	300	101.211	2.006	50,5	92,4
2006	310	99.657	1.966	50,7	88,1
2007	310	107.675	2.111	51,0	95,2
2008	315	106.027	2.110	50,2	92,2
2009	315	106.969	2.135	50,1	93,0
2010	315	107.706	2.219	48,5	93,7
2011	315	109.085	2.109	51,7	94,9

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Anfang der 90er Jahre erfolgte wie in der Erwachsenen-Psychiatrie eine Trennung der akuten und chronischen Krankenhausversorgung von der Langzeitbetreuung und -pflege, die etwa 1994 abgeschlossen war.

Bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie war in den letzten Jahren ein stetiger Anstieg der Fallzahlen zu beobachten, dem eine Erhöhung der Bettenkapazitäten folgen musste. Im Jahr 2011 ist die Fallzahl allerdings gesunken. Die Verweildauer hat sich jedoch erhöht. Von 2007 bis 2011 haben die psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zugenommen. Eine rückläufige Bevölkerungsentwicklung brachte keine Kompensation. Eine Trendumkehr ist nicht zu erkennen. Insbesondere für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt, dass ambulante und teilstationäre Angebote weiter zu stärken und hier Konzepte zur Optimierung der Versorgung gefragt sind.

Allgemeine Leistungsanforderungen

Die Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Fachgebiete wurden vorerst nicht in das DRG-Fallpauschalensystem einbezogen. Ein verändertes Abrechnungssystem wird derzeit erarbeitet. Die Kapazitätsplanung wird beibehalten. Die bisher gültigen Planungsgrundsätze finden weiterhin bei der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung Anwendung. Insbesondere wird hier die gemeindenahere dezentralisierte Versorgung betont. Für die Berechnung der als bedarfsgerecht festzustellenden Kapazitäten (Planbetten und Plätze) werden die tatsächliche Bettennutzung und eine Soll-Auslastung von 90 % angewendet. Bei der Bewertung von Veränderungen der bedarfsgerechten Kapazitäten ist ein entsprechend aussagefähiger Zeitraum zu berücksichtigen, der länger als ein Jahr beträgt.

Zu den wesentlichen Bausteinen der stationären psychiatrischen Versorgung zählen die teilstationären Angebote, die grundsätzlich in räumlicher Nähe zum Krankenhaus vorgehalten werden sollen. Diesen Angeboten kommt eine wesentliche Bedeutung bei der wohnortnahen Versorgung zu. Sie stellen aber kein Ersatzangebot für die fehlende ambulante Versorgung dar.

- Angebotsmöglichkeit in allen Versorgungsstufen und der Spezialversorgung,
- qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend den Leitlinien der Fachgebiete und den Vorgaben des SGB V,
- Einhaltung der PsychPV.

Für die Vorhaltung und krankenhauplanerische Anerkennung der Fachgebiete sind weiterhin zu berücksichtigen:

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte in der Region.

6. Ausblick – langfristige Prognose bis 2025 auf Basis der Daten des InEK nach § 21 KHEntG und eigener Berechnungen

Die Prognose für die kommenden Jahre geht von gleichbleibenden, auf die Krankenhausmorbidity Einfluss nehmenden Rahmenbedingungen aus. D. h., nicht vorhersehbare Faktoren wie die Entwicklung neuer Arzneimittel, die Nutzung von Präventionspotential, die Entstehung neuer Risikofaktoren oder die Entwicklung im ambulanten Sektor bleiben unberücksichtigt.

Die Vorhersagen projizieren die aktuellen Verhältnisse auf die künftige Bevölkerung (Status-Quo-Szenario). Die Probleme der zukünftigen Bevölkerungsstruktur sind unter Punkt 2 eindrucksvoll ausgeführt.

Es wird also davon ausgegangen, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, bis 2025 genauso hoch ist wie heute.

Die Ergebnisse nehmen vollumfänglich die Aussagen der Publikation der statistischen Ämter des Bundes und der Länder: *Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2008: „Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Teil 2 Krankenhausbehandlungen heute und in Zukunft“* auf und bestätigen den dort dargestellten Trend.

Die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur führen zu weiteren weitreichenden Konsequenzen. Für Deutschland wird bis 2030 eine Verdopplung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen prognostiziert. Unter Berücksichtigung der landesspezifischen demografischen Besonderheiten dürfte diese Zunahme für Sachsen-Anhalt wegen des höheren Anteils älterer Bürger/innen sogar noch größer ausfallen. Dies hat Konsequenzen für die Entwicklung der Krankenhausstruktur, weil mit einer deutlichen Zunahme dementer Patientinnen und Patienten zu rechnen ist. Dabei geht es weniger um die Diagnostik und Therapie der Demenz selbst als vielmehr um die Versorgung unterschiedlichster Krankheiten bei Betroffenen, weil diese besondere Ansprüche an die stationäre Versorgung stellt. Zu dieser zählt vor allem die gestörte Kommunikation, die eine normale Versorgung erschwert und deshalb spezielle Verhaltensweisen und Vorkehrungen von den Behandelnden in den Krankenhäusern erfordert, was eine qualitative und nicht unbedingt quantitative Herausforderung darstellt.

Sachsen-Anhalt hat mit der Etablierung von geriatrischen Zentren eine wichtige Voraussetzung für die adäquate Versorgung dieses Klientels geschaffen. In den geriatrischen Zentren sind bereits Bedingungen etabliert, um die für die Behandlung von Menschen mit Demenz erforderlichen personellen und strukturellen Anforderungen zu erfüllen. Die zunehmende Zahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen wird weitere Anstrengungen notwendig machen. Dazu zählt neben der Akutversorgung in den geriatrischen Zentren auch die Einbeziehung von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, wie beispielsweise Geriater und Gerontopsychiater, in die Behandlung dementer Patienten in anderen Kliniken bis hin zur Verlegung in die geriatrischen Zentren, für die es spezifische Modalitäten zu entwickeln gilt.

Die Entwicklung der geriatrischen Zentren erfordert, dass mehr Ärztinnen und Ärzte gewonnen werden, die sich in diesem Zukunftsfach weiterbilden. Dazu sollten alle geriatrischen Zentren Weiterbildungsassistenten ausbilden. Die geriatrischen Zentren müssen in enger Kooperation besonders mit anderen Schwerpunkten der Inneren Medizin als auch anderen Fachdisziplinen entwickelt werden.

Vorgehen bei der Prognose der stationären Inanspruchnahme

Bei der Erstellung der Rahmenvorgaben im Jahr 2010 waren die InEK-Daten des Jahres 2008 verwendet worden, weil zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses die Daten des Berichtsjahres 2009 noch nicht vorlagen. Mit der Datengrundlage des Jahres 2008 konnten unter Berücksichtigung der Einwohnerzahlen des statistischen Landesamtes für jedes Fachgebiet und Krankheitsgruppen bzw. einzelne Diagnosen alters- und geschlechtsspezifische Hospitalisierungsraten (ausgedrückt als Krankenhausfälle pro 10.000 Einwohner) berechnet werden, für das Land Sachsen-Anhalt insgesamt sowie separat für jeden der elf Landkreise bzw. jede der drei kreisfreien Städte. Sodann wurden unter Annahme konstanter stationärer Inanspruchnahmeraten und unter Nutzung

der 5. regionalisierten Bevölkerungsprognose Prognosen der zu erwartenden Fallzahlen errechnet, ebenfalls für Sachsen-Anhalt sowie Kreise und kreisfreie Städte.

Eine weitere Annahme neben der Konstanz der Krankenhausfallhäufigkeit ist die Konstanz der Wanderungen; in den InEK-Daten sind keine Wanderungsexporte in benachbarte Bundesländer sichtbar. Es lassen sich lediglich Umfang und Struktur von Fallimporten quantifizieren. Auf Landesebene kann mit einiger Berechtigung angenommen werden, dass sich Fallim- und -exporte ausgleichen (für die Prognosen für Sachsen-Anhalt insgesamt wurden die Fallzahlen incl. der Fallimporte verwendet). Der Anteil der Wanderungsimporte an allen Fällen eines Fachgebietes ist im Berichtszeitraum 2008 bis 2011 sehr stabil und schwankt nur um Zehntel-Prozentpunkte (siehe Tabelle).

Tabelle: Anteil der Fallimporte an allen Fällen des Fachgebietes (nur DRG-Entgeltbereich), 2008 bis 2011

Fachgebiet	2008	2009	2010	2011
Innere gesamt	3,1	3,2	3,6	3,7
Chirurgie gesamt	5,9	6,1	6,1	6,0
Geburtshilfe und Frauenheilkunde	5,0	4,6	4,8	4,6
Pädiatrie gesamt	7,1	7,1	7,3	6,8
Urologie	3,1	3,3	3,4	3,7
HNO	5,2	5,2	5,2	5,3
Neurologie	7,0	7,2	7,1	6,8
Augenheilkunde	7,3	7,3	7,3	6,5
Dermatologie	6,8	8,4	9,9	9,9
Neurochirurgie	10,7	11,1	10,7	10,5
Intensivmedizin	5,9	6,3	5,3	5,8
Herzchirurgie	3,4	3,9	4,1	4,2
MKG-Chirurgie	3,6	3,1	3,0	2,9
Strahlenheilkunde	3,4	2,9	3,8	3,4
Nuklearmedizin	1,9	3,6	2,4	2,9
<i>sonstige und keine Angabe</i>	11,4	11,0	10,7	10,0
Gesamt	4,8	4,9	5,2	5,1

Quelle: InEK 2008 bis 2011

Bei den Prognosen für die Landkreise und kreisfreien Städte sind nur Fälle von deren Einwohnern berücksichtigt worden; in dem Maße wie sich aus einzelnen Landkreisen der Wanderungssaldo verändert, verändern sich auch die Prognosen.

Die Überprüfung der Gültigkeit der Annahme konstanter Wanderungen bzw. eines konstanten Wanderungssaldos kann allein aufgrund der InEK-Daten nicht vorgenommen werden, da sie von vielen Determinanten und Strukturmerkmalen der stationären Inanspruchnahme sowohl innerhalb von Sachsen-Anhalt wie auch der angrenzenden Bundesländer abhängt. Diesem Tatbestand wurde dadurch Rechnung getragen, dass in fachabteilungsbezogenen Übersichtsaufstellungen aktuelle und prognostizierte Fallzahlen einerseits nur für Einwohner aus Sachsen-Anhalt aufgeschlüsselt sind (bzw. sich aus den Fallzahlen der Landkreise und kreisfreien Städte durch Summation ergeben) und für alle im Land versorgten Fälle (incl. der Fallimporte). Durch die Gegenüberstellung der Prognose mit und ohne Fallimporte lässt sich deren Bedeutung für das stationäre Leistungsgeschehen ablesen.

Die Prognosen wurden im Übrigen unabhängig vom Erbringungsort erstellt. Das heißt beispielsweise, dass sich Fallprognosen für den Altmarkkreis Salzwedel auf alle Fälle von Einwohnern des Landkreises beziehen, unabhängig davon, ob diese im Landkreis des Wohnortes oder in anderen Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt versorgt wurden.

Dieses Vorgehen wurde auch für die Rahmenplanung 2012 gewählt, allerdings mit gewissen Modifikationen. Grundlage der Prognosen sind die InEK-Daten des Jahres 2011. Zusammen mit den Einwohnerzahlen für Sachsen-Anhalt und die Landkreise und kreisfreien Städte (für das Jahr

2011) konnten wie schon bei der letzten Rahmenplanung alters- und geschlechtsspezifische Hospitalisierungsraten als Ausgangspunkt für die aktualisierten Prognosen ermittelt werden.

Bei der erneuten Verwendung der 5. regionalisierten Bevölkerungsprognose (die nächste ist erst nach Auswertung des Zensus 2011 im Jahr 2014 zu erwarten) muss berücksichtigt werden, dass die realisierte Bevölkerungsentwicklung zwischen 2008 und 2011, die absolut gesehen weiterhin rückläufig ist, leicht von der prognostizierten abweicht. Mit Ausnahme des Landkreises Anhalt-Bitterfeld liegen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten die Einwohnerzahlen zum Jahresende 2011 leicht über den prognostizierten (vgl. Tabelle).

Wenn nun die realisierten Hospitalisierungsraten aus dem Jahr 2011 auf die unveränderte 5. reg. Bevölkerungsprognose mit ihren leicht geringeren Bevölkerungsprognosen angewandt und damit zukünftige Fallzahlen werden, werden dadurch die zu erwartenden Fallzahlen mit Ausnahme des Landkreises Anhalt-Bitterfeld vermutlich leicht unterschätzt, wenn man zusätzlich zu den sonstigen Annahmen davon ausgeht, dass dieser gegenüber der Prognose leicht positive Bevölkerungstrend unverändert anhält.

Tabelle: Gegenüberstellung der Einwohnerzahlen von Landkreisen und kreisfreien Städten in Sachsen-Anhalt und den Ergebnissen der 5. reg. Bevölkerungsprognose

	Bevölkerung am 31.12.2011 (Stat.LA)			Bevprognose	Abweichung
	m	w	gesamt	2011 gesamt	(in %)
<i>kreisfreie Städte</i>					
Magdeburg	113.076	119.288	232.364	231.099	0,5
Halle	111.343	122.362	233.705	230.030	1,6
Dessau	41.347	44.491	85.838	85.314	0,6
<i>Landkreise</i>					
Salzwedel	44.334	44.104	88.438	88.239	0,2
Anhalt-Bitterfeld	85.234	89.001	174.235	174.900	-0,4
Börde	88.339	88.963	177.302	176.391	0,5
Burgenlandkreis	94.304	97.180	191.484	191.546	0,0
Harz	111.924	117.252	229.176	229.112	0,0
Jerichower Land	47.271	47.908	95.179	94.252	1,0
Mansfeld-Südharz	72.847	75.218	148.065	147.214	0,6
Saalekreis	96.592	98.541	195.133	194.263	0,4
Salzlandkreis	101.130	105.654	206.784	205.992	0,4
Stendal	59.536	60.646	120.182	120.106	0,1
Wittenberg	66.586	68.809	135.395	135.086	0,2
Sachsen-Anhalt	1.133.863	1.179.417	2.313.280	2.303.537	0,4

Quelle: Statistisches Landesamt

Die aktualisierten Fallprognosen auf der Grundlage der InEK-Daten und der Bevölkerungszahlen des Jahres 2011 liefern nun folgende Ergebnisse:

- prognostizierte Fallzahlen für die Jahre bis 2018
- eine Gegenüberstellung der Prognosen für die kommenden Jahre mit den IST-Zahlen des Jahres 2011, aus denen eine Zunahme, Abnahme oder weitgehende Konstanz der Fallzahlen abzulesen ist.
- einen Vergleich der Prognosen auf der Basis der 2011-Zahlen mit den alten Prognosen auf der Grundlage der InEK-Zahlen des Jahres 2008.
- Diese Angaben liegen jeweils für Sachsen-Anhalt insgesamt, für Landkreise und kreisfreie Städte vor, differenziert nach Fachgebieten und für demographisch stark beeinflusste Diagnose(gruppe)n
- Es gibt zum Teil deutliche regionale Unterschiede in der Fallzahlentwicklung zwischen 2008 und 2011. Die Gründe hierfür lassen sich aus den InEK-Zahlen direkt nicht ableiten. Vielmehr müssen zur Bewertung weitere Hintergrundinformationen heran gezogen werden, etwa über Strukturen in der ambulanten Versorgung oder für das ambulante Operieren oder personelle

oder strukturelle Veränderungen in der stationären Versorgung. Ebenso kommen Änderungen bei den Patientenwanderungen an den Landesgrenzen als Ursachen für deutliche Abweichungen des Trends in einzelnen Landkreisen vom Landesdurchschnitt in Betracht.

- In den absehbaren Veränderungen bis 2015 bzw. 2018 sind dagegen nur geringe regionale Variationen zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten zu erkennen. Das liegt daran, dass sich der Bevölkerungsrückgang entsprechend der 5. regionalisierten Bevölkerungsprognose mit Ausnahme von Magdeburg und Halle als relativ einheitlich darstellt.
- Um den Einfluss der demographischen Entwicklung innerhalb der Gesamtfallzahlentwicklung zwischen 2008 und 2011 abzuschätzen, wurden prozentuale Veränderungen der Krankenhausfallhäufigkeit sowohl roh wie auch standardisiert (auf der Basis der Bevölkerungsstruktur des Jahres 2008) ausgewiesen.
- Durch den Vergleich der prozentualen Veränderungen bei rohen und standardisierten Raten lässt sich der Einfluss der demographischen Entwicklung erkennen. So bedeuten beispielsweise geringe Fallzahlenanstiege bei den standardisierten Raten gegenüber den rohen oftmals eine primär demographisch bedingte Fallzahlausweitung. Die Veränderungen von standardisierter Raten weisen auf Entwicklungen jenseits der demographischen Alterung.
- Für 2008 lagen die Angaben zur psychiatrischen Versorgung noch nicht vor, weil vom InEK ausschließlich Fallzahlen aus dem DRG-Entgeltbereich geliefert wurden. Seit 2009 werden auch Fallzahlen aus der noch nicht ins Fallpauschalsystem einbezogenen psychiatrischen Versorgung geliefert. Entsprechend sind erstmalig Prognosen für psychiatrische Leistungen möglich, allerdings ohne die Gegenüberstellung mit alten Prognosen.

Beispielhaft sind fortfolgend einige Fachgebiete und dort zur Behandlung angesiedelte Diagnosen in ihrer Fallzahl bis 2018 bzw. bis 2025 aufgeführt.

6.1 Fallzahlentwicklung Innere Medizin

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2018 in %	Veränderung bis 2025 in %
Salzwedel	9.146	9.043	1,4	0,6
Stendal	11.365	11.210	1,7	1,7
Magdeburg	16.532	17.452	1,9	2,4
Jerichower Land	7.489	7.506	-0,2	0,8
Börde	13.479	13.729	2,8	5,1
Salzlandkreis	26.238	24.350	-0,8	-2,7
Harz	21.263	22.143	-0,1	-1,6
Mansfeld-Südharz	12.710	13.586	-1,5	-4,4
Halle	17.862	18.649	0,8	0,0
Saalekreis	15.498	15.133	0,7	2,3
Burgenlandkreis	14.675	14.637	-0,9	-2,2
Dessau-Roßlau	9.481	10.110	1,6	-1,0
Anhalt-Bitterfeld	18.463	17.095	-1,1	-2,6
Wittenberg	11.116	11.395	2,4	1,9
Sachsen-Anhalt gesamt	205.317	206.038	0,6	-0,1

Darunter Ischämische Herzkrankheiten (HD I20 bis I25 nach ICD 10)
davon A. Pectoris (I21) und akuter Myokardinfarkt (I22)

Landkreis	Fallzahl 2008		Fallzahl 2011		Veränderung bis 2018 in %		Veränderung bis 2025 in %	
	alle	I21 und I22	alle	I21 und I22	alle	I21 und I22	alle	I21 und I22
Salzwedel	707	307	619	235	3,1	6,4	4,3	5,5
Stendal	993	359	829	297	4,0	4,0	6,4	5,4
Magdeburg	2.062	720	2.280	713	0,7	2,8	0,1	4,2
Jerichower Land	695	350	636	276	3,6	5,1	8,3	14,5
Börde	1.472	460	1.579	499	4,4	4,2	7,9	9,2
Salzlandkreis	2.690	865	2.689	832	0,3	0,4	-1,4	-1,0
Harz	2.437	1.060	2.213	740	2,9	3,5	2,5	4,3
Mansfeld-Südharz	1.263	430	995	344	-0,5	0,3	-2,5	-0,2
Halle	2.113	654	2.163	637	0,9	3,8	-0,3	5,6
Saalekreis	1.605	416	1.663	469	2,6	-3,2	5,2	5,8
Burgenlandkreis	921	365	913	376	1,6	0,5	1,4	0,7
Dessau-Roßlau	902	252	889	222	0,4	1,8	-3,6	-0,2
Anhalt-Bitterfeld	1.666	519	2.180	504	0,1	2,2	-1,2	2,0
Wittenberg	1.541	487	1.639	444	3,1	6,1	4,1	7,7
Sachsen-Anhalt gesamt	21.067	7.244	21.287	6.588	1,8	3,0	1,8	3,8

6.2 Fallzahlentwicklung Chirurgie

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2018 in %	Veränderung bis 2025 in %
Salzwedel	5.466	5.538	-2,0	-6,2
Stendal	7.433	7.716	-2,1	-5,8
Magdeburg	10.896	12.048	-0,9	-2,5
Jerichower Land	5.604	5.626	-2,0	-5,6
Börde	9.493	9.926	-1,4	-3,3
Salzlandkreis	15.008	14.564	-4,9	-11,1
Harz	11.793	12.638	-4,2	-9,1
Mansfeld-Südharz	8.169	8.431	-6,3	-13,1
Halle	9.864	10.300	-2,0	-5,2
Saalekreis	8.977	9.170	-2,5	-4,2
Burgenlandkreis	10.638	10.617	-3,5	-7,1
Dessau-Roßlau	5.563	5.510	-4,6	-11,5
Anhalt-Bitterfeld	9.650	9.104	-3,7	-8,4
Wittenberg	6.305	6.950	-3,7	-8,6
Sachsen-Anhalt gesamt	124.859	128.138	-3,1	-7,1

Darunter Gon- und Cox-Arthrose (Fälle mit Hauptdiagnosen M16 oder M17) mit Chirurgie

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2018 in %	Veränderung bis 2025 in %
Salzwedel	440	405	3,0	6,7
Stendal	514	588	1,9	3,7
Magdeburg	846	847	-0,4	-1,9
Jerichower Land	364	336	1,5	1,3
Börde	773	794	4,0	8,6
Salzlandkreis	1.050	986	-0,9	-3,1
Harz	916	874	-0,7	-1,7
Mansfeld-Südharz	543	565	-2,1	-3,7
Halle	778	701	-1,4	-5,2
Saalekreis	697	717	1,0	3,7
Burgenlandkreis	812	856	-1,8	-2,8
Dessau-Roßlau	455	408	-2,5	-7,7
Anhalt-Bitterfeld	668	623	-1,0	-2,8
Wittenberg	366	369	1,9	0,5
Sachsen-Anhalt gesamt	9.222	9.069	-1,4	-0,9

Aus der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Alterung resultiert eine steigende Inzidenz von Verletzungen des muskuloskeletalen Systems im Alter. Neben Unfällen im Straßenverkehr stellen Stürze die häufigste Ursache für Knochen und Gelenkverletzungen des älteren Menschen dar. Stürze und ihre Folgen können nach Ansicht von Fachleuten zu einer übermäßigen Fallzahlsteigerung im stationären Sektor führen. Diese Hypothese wird insofern realistisch, als zusätzlich noch ein Wandel in den Lebensverhältnissen der älteren Menschen in den Industriestaaten zu verzeichnen ist. Selbst ältere Menschen werden immer mobiler und treiben immer mehr und länger Sport wie Skilaufen, Wandern oder Fahrradfahren. Es ist damit zu rechnen, dass Unfälle im Alter in den nächsten Jahren überproportional zunehmen und zu einem der Schwerpunkte der medizinischen Versorgung der Zukunft werden.

Die Datenlage in Deutschland zu Verletzungen im Alter ist lückenhaft. Allenfalls für die hüftgelenknahen Oberschenkelbrüche finden sich Angaben. Die Inzidenz beträgt hier 1.150 je 100.000 Einwohner über 65 Jahre und 2.700 je 100.000 Einwohner über 80 Jahre. Auch für den Bereich der geriatrischen Traumatologie liegen keine gesicherten Daten für Deutschland vor.

6.3 Fallzahlentwicklung Neurologie

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2018 in %	Veränderung bis 2025 in %
Salzwedel	610	642	-2,0	-6,2
Stendal	1.057	1.164	-4,1	-8,1
Magdeburg	1.844	2.278	0,1	0,2
Jerichower Land	402	455	-3,1	-7,0
Börde	906	1.119	-3,2	-6,3
Salzlandkreis	1.732	2.395	-4,8	-10,5
Harz	1.327	1.467	-5,7	-11,5
Mansfeld-Südharz	496	651	-8,6	-18,3
Halle	2.632	2.715	-1,5	-3,8
Saalekreis	1.202	1.428	-2,9	-6,3
Burgenlandkreis	1.107	1.371	-4,1	-10,0
Dessau-Roßlau	1.011	1.081	-0,8	-4,4
Anhalt-Bitterfeld	744	857	-5,4	-10,6
Wittenberg	1.423	1.399	-2,9	-7,0
Sachsen-Anhalt gesamt	16.492	19.022	-3,2	-7,1

Darunter Schlaganfall (HD I61, I63, I64 nach ICD 10)

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2018 in %	Veränderung bis 2025 in %
Salzwedel	308	322	6,8	8,3
Stendal	475	481	4,2	7,2
Magdeburg	713	868	3,9	6,7
Jerichower Land	272	241	3,3	10,3
Börde	612	536	5,8	10,7
Salzlandkreis	1.020	1.045	1,5	1,7
Harz	842	754	3,1	4,6
Mansfeld-Südharz	503	590	2,5	1,3
Halle	807	897	2,3	4,2
Saalekreis	625	776	2,8	6,4
Burgenlandkreis	608	608	1,3	2,1
Dessau-Roßlau	397	437	7,8	8,2
Anhalt-Bitterfeld	777	743	2,8	4,4
Wittenberg	560	585	6,0	7,2
Sachsen-Anhalt gesamt	8.519	8.883	3,6	5,2

Zukünftig wird es für die Verbesserung der flächendeckende Versorgung von Schlaganfallpatienten – genau wie auch für Herzinfarktpatienten – notwendig werden, regionalspezifische Konzepte zu erarbeiten, in welche überregionale Stroke Units in Krankenhäusern mit einer hierfür geeigneten Neurologie kooperativ einbezogen sind. Die Erreichbarkeit sollte innerhalb von 45 min gewährleistet werden. Dazu ist ein Abgleich mit dem Rettungsdienst notwendig. Die Kapazitäten für neurologische Frührehabilitation sind in solche Netzwerke mit einzubeziehen.

6.4 Fallzahlentwicklung FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE**Fälle ohne HD aus Kapitel XV der ICD 10**

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2018 in %	Veränderung bis 2025 in %
Salzwedel	1.070	830	-12,5	-22,2
Stendal	1.118	929	-9,1	-20,1
Magdeburg	2.385	1.978	-2,5	-6,5
Jerichower Land	717	664	-7,8	-17,7
Börde	1.616	1.438	-9,9	-20,1
Salzlandkreis	2.903	2.381	-12,8	-23,1
Harz	2.286	2.080	-12,9	-24,0
Mansfeld-Südharz	1.368	1.359	-13,8	-24,2
Halle	1.969	1.686	-6,3	-13,5
Saalekreis	2.058	1.736	-6,0	-12,0
Burgenlandkreis	1.949	1.709	-11,4	-21,6
Dessau-Roßlau	1.082	938	-12,4	-22,5
Anhalt-Bitterfeld	2.070	1.647	-11,3	-20,8
Wittenberg	1.037	976	-13,4	-23,6
Sachsen-Anhalt gesamt	23.628	20.351	-9,8	-18,9

Fälle mit HD aus Kapitel XV der ICD 10 (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2018 in %	Veränderung bis 2025 in %
Salzwedel	1.066	1.053	-31,1	-46,2
Stendal	1.426	1.327	-35,4	-49,2
Magdeburg	2.886	2.921	-0,1	-7,9
Jerichower Land	795	706	-22,4	-46,8
Börde	2.066	1.962	-15,7	-47,3
Salzlandkreis	2.601	2.362	-29,2	-43,1
Harz	2.475	2.288	-25,8	-39,7
Mansfeld-Südharz	1.509	1.422	-37,3	-53,4
Halle	2.677	2.815	-9,6	-18,5
Saalekreis	1.891	1.821	-24,4	-36,5
Burgenlandkreis	1.928	1.650	-34,7	-51,5
Dessau-Roßlau	1.005	973	-20,7	-39,4
Anhalt-Bitterfeld	1.727	1.605	-26,5	-40,0
Wittenberg	1.054	1.232	-31,3	-48,3
Sachsen-Anhalt gesamt	25.106	24.137	-23,0	-36,7

Aus der Prognose bis 2025 geht hervor, dass gegenüber dem jetzigen Stand fast 5.000 Fälle im Land Sachsen-Anhalt fehlen werden. Diese Entwicklung ist nicht ohne einschneidende strukturelle Veränderungen umzusetzen. Für kleinere Abteilungen wird die Wirkung des Bevölkerungsrückgangs noch dramatischer. Da mit dem Rückgang der Bevölkerung auch finanzielle Konsequenzen verbunden sind, können viele Angebote zukünftig aus wirtschaftlichen und Qualitätsgesichtspunkten nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Die Prognose der Fälle in der Verbindung mit der Geburt ist noch dramatischer. Mit dem Verlust von mehr als 10.000 Fällen stellt sich für ganz Sachsen-Anhalt die Situation so dar, dass auch bei Blick auf eine wohnortnahe Versorgung die Wege für die Versicherten weiter werden müssen. Einzelne Landkreise verlieren mehr als die Hälfte der Fälle gegenüber der Situation 2011. Die Fallzahlrückgänge in der Geburtshilfe werden eher in einem größeren Umfang auftreten als das später in der Frauenheilkunde erfolgt, daher werden die Weichen kurzfristig in der Geburtshilfe gestellt.

6.5 Fallzahlentwicklung Kinder- und Jugendmedizin

Landkreis	Fallzahl 2008	Fallzahl 2011	Veränderung bis 2018 in %	Veränderung bis 2025 in %
Salzwedel	1.429	1.457	-13,7	-34,8
Stendal	1.558	1.788	-17,6	-40,5
Magdeburg	3.029	2.927	14,3	10,9
Jerichower Land	1.472	1.349	-5,9	-18,0
Börde	3.543	3.563	-9,4	-30,5
Salzlandkreis	4.694	3.926	-10,2	-30,1
Harz	4.152	4.279	-9,0	-29,3
Mansfeld-Südharz	2.338	2.292	-16,5	-40,3
Halle	4.307	4.665	4,5	-3,0
Saalekreis	2.701	2.703	-4,7	-21,3
Burgenlandkreis	4.071	4.040	-9,0	-33,7
Dessau-Roßlau	1.174	1.202	-5,2	-21,2
Anhalt-Bitterfeld	2.655	2.306	-8,4	-28,5
Wittenberg	2.354	2.065	-11,9	-34,4
Sachsen-Anhalt gesamt	39.477	38.562	-6,1	-23,9

Aus Kosten- und Qualitätsgründen wird bezüglich der Fachgebiete Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin der Grundsatz der wohnortnahen stationären Behandlung verlassen und durch einen der Fallzahlentwicklung angepassten neuen Grundsatz ersetzt werden müssen.

Fazit

Es wird zukünftig mehr denn je notwendig sein, dass die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt miteinander kooperieren, sowohl innerhalb eines Landkreises als auch über Landkreisgrenzen hinweg.

Dazu soll auch das Ziel verfolgt werden, Versorgungsstrukturen in der Zusammenarbeit der Krankenhäuser miteinander, deren Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Einrichtungen zu optimieren. Dazu müssen im Rahmen der Krankenhausplanung Strukturentscheidungen herbei geführt werden, die die Etablierung von Netzwerken stationärer, ambulanter, rehabilitativer und Angebote weiterer Leistungserbringer ermöglichen – also kurzum die Präferenzierung umfassender, vernetzter Kooperationen.