



# Krankenhausplan des Freistaates Sachsen

---

Stand: 1. Januar 2024  
vom 30. November 2023

# **Bekanntmachung**

**des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und  
Gesellschaftlichen Zusammenhalt**

**zum Krankenhausplan des Freistaates Sachsen**

**Stand: 1. Januar 2024**

**vom 30. November 2023**

Gemäß § 5 Absatz 8 des Sächsischen Krankenhausgesetzes vom 15. Dezember 2022 (SächsGVBl. Seite 752) gibt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, Stand: 1. Januar 2024, vom 30. November 2023 bekannt:

## Inhaltsverzeichnis

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1       | Einleitung .....   | 7  |
| 2       | Rechtsgrundlagen und Funktion des Krankenhausplanes .....  | 8  |
| 2.1     | Bundesrecht und Landesrecht.....   | 8  |
| 2.2     | Funktion des Krankenhausplanes .....   | 9  |
| 2.3     | Vorgaben des Sächsischen Krankenhausgesetzes für die<br>Krankenhausplanung .....                     | 10 |
| 3       | Rahmenbedingungen .....  | 12 |
| 3.1     | Bevölkerungsentwicklung .....  | 12 |
| 3.1.1   | Ausgangssituation.....   | 12 |
| 3.1.2   | Auswirkungen der Coronapandemie sowie der Ukraine Krise.....   | 16 |
| 3.1.3   | Bevölkerungsvorausberechnung .....   | 17 |
| 3.2     | Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung und Morbidität.....                                | 19 |
| 3.2.1   | Ausgangssituation.....   | 19 |
| 3.2.1.1 | Eckpunkte der Versorgungsumfänge, Auswirkungen der Pandemie .....                                    | 19 |
| 3.2.1.2 | Morbidität .....   | 20 |
| 3.2.1.3 | Einzugsgebiet der Krankenhäuser.....   | 21 |
| 3.2.2   | Prognose der demographiebedingten Entwicklung der<br>Krankenhausleistungen.....                      | 22 |
| 3.3     | Personal- und Finanzressourcen.....  | 23 |
| 3.4     | Medizinischer Fortschritt, Verhaltensänderungen, Versorgungsqualität und<br>Wettbewerb, Modelle..... | 24 |
| 3.5     | Ambulante Versorgung im Krankenhaus, sektorenübergreifende Versorgung.....                           | 24 |
| 4       | Inhalt des Krankenhausplanes .....   | 26 |
| 4.1     | Berücksichtigung von Änderungen des neuen Sächsischen<br>Krankenhausgesetzes.....                    | 26 |
| 4.2     | Struktur des Krankenhausplanes .....   | 27 |
| 4.3     | Krankenhausstrukturen und Fachgebiete .....  | 28 |
| 4.3.1   | Allgemein- und Fachkrankenhäuser, Versorgungsstufen, Zusammenarbeit .....                            | 28 |
| 4.3.2   | Fachgebiete, Fachprogramme, Zentren und sonstige Festlegungen .....                                  | 30 |
| 4.3.3   | Krankenhausentwicklungsplan .....  | 30 |
| 4.4     | Belegarztsystem.....   | 31 |
| 4.5     | Teilstationäre und tagesstationäre Versorgung im Krankenhaus.....                                    | 31 |
| 4.6     | Notfallversorgung .....  | 32 |
| 5       | Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfes .....  | 34 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 5.1   | Einflussfaktoren auf die Krankenhausplanung.....   | 34 |
| 5.2   | Methode zur Bedarfsberechnung .....  | 34 |
| 5.2.1 | Hill-Burton-Methode, Bettenkorridor .....  | 34 |
| 5.2.2 | Einwohnerzahl, demografiebedingte Entwicklung.....   | 35 |
| 5.2.3 | Verweildauer und Prognose der Verweildauerentwicklung .....  | 35 |
| 5.2.4 | Bettennutzungsgrad .....   | 36 |
| 6     | Fachprogramme.....   | 37 |
| 6.1   | Fachgebiet Innere und Allgemeinmedizin.....  | 37 |
| 6.1.1 | Behandlung von Erkrankungen durch hochpathogene und lebensbedrohliche Erreger .....                        | 37 |
| 6.1.2 | Spezialisierte Adipositasbehandlungen .....  | 37 |
| 6.2   | Versorgung Schwerbrandverletzter .....   | 38 |
| 6.3   | Neurologische Frührehabilitation Phase B.....  | 38 |
| 6.4   | Transplantation .....  | 38 |
| 6.4.1 | Transplantationszentren nach Transplantationsgesetz.....   | 38 |
| 6.4.2 | Stammzell-/Knochenmarktransplantation .....  | 39 |
| 6.5   | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlea-Implantation .....   | 39 |
| 7     | Besondere Aufgaben von Zentren nach den Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ..... | 39 |
| 7.1   | Zentren für seltene Erkrankungen .....   | 40 |
| 7.2   | Onkologische Zentren .....   | 41 |
| 7.3   | Traumazentren.....   | 41 |
| 7.4   | Rheumatologische Zentren und Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie.....                              | 42 |
| 7.5   | Herzzentrum .....  | 43 |
| 7.6   | Neurovaskuläre Zentren.....  | 43 |
| 7.7   | Lungenzentrum .....  | 44 |
| 8     | Sonstige Festlegungen.....   | 44 |
| 8.1   | Landesspezifische Zentren .....  | 44 |
| 8.2   | Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....  | 45 |
| 8.3   | Kinder- und Jugendmedizin.....   | 46 |
| 8.4   | Versorgung geriatrischer Patienten .....   | 47 |
| 8.5   | Palliativversorgung.....   | 47 |
| 8.6   | Spezialisierte kardiologische Leistungen .....   | 48 |
| 8.7   | Spezialisierte septische Chirurgie.....  | 48 |
| 8.8   | Versorgung von Schlaganfallpatienten .....   | 48 |

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 8.9 | Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen im Sinne des § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch..... | 49 |
| 9   | Ausbildungsstätten.....  | 49 |

## **Teil II – Einzelangaben – siehe gesonderte Datei**

1. Krankenhäuser im Freistaat Sachsen nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
2. Ausbildungsstätten mit Ausbildung von Gesundheitsfachberufen an sächsischen Krankenhäusern
3. Übersichten
  - Ü1.1 Übersichtskarte – Krankenhäuser im Freistaat Sachsen
  - Ü1.2 Übersichtskarte – Psychiatrische Versorgung
  - Ü1.3 Übersichtskarte – Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderversorgung
  - Ü1.4 Übersichtskarte – Neurochirurgische und neurologische Versorgung
  - Ü1.5 Übersichtskarte – Ausgewählte Fachgebiete (Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie)
  - Ü2 Krankenhäuser und Krankenhausbetten in den Regionen, aufgeschlüsselt nach Versorgungsstufen und Trägerschaften
  - Ü3 Krankenhäuser nach Versorgungsstufen und Fachgebieten in den Kreisfreien Städten und Landkreisen
  - Ü4 Tagesklinische Plätze in den Fachgebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

## **Anhang**

1. Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfs
2. Legende der Abkürzungen

## **Tabellenverzeichnis – Teil I**

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2011 bis 2021 nach Altersgruppen.....  | 14 |
| Tabelle 2: Ausgewählte Bevölkerungsindikatoren am 31.12.2021 nach ausgewählten Altersgruppen in den Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsens.....      | 15 |
| Tabelle 3: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen von 2019 bis 2035 auf Basis der 7. RBV Variante 2 nach Altersgruppen (in 1.000).....                     | 18 |
| Tabelle 4: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen 2019 bis 2035 auf Basis der 7. RBV – Variante 2 nach Landkreisen und Kreisfreien Städten (in 1.000)..... | 18 |

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 5: Ausgewählte (ohne Geburten) häufigste Fälle nach aG-DRG 2021 in Sachsen .....                             | 21 |
| Tabelle 6: Fallzahlentwicklung nach Patientenwohntort insgesamt sowie nach ausgewählten Fachbereichen bis 2035 ..... | 22 |
| Tabelle 7: Bettennutzungsgrad in den somatischen Fachgebieten .....  | 36 |
| Tabelle 8: Bettennutzungsgrad in den psychischen Fachgebieten .....  | 36 |

### **Abbildungsverzeichnis – Teil I**

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: "Zielbild 2030 - Gesundheit neu denken" .....      | 7  |
| Abbildung 2: Erreichbarkeit von sächsischen Krankenhäusern..... | 21 |
| Abbildung 3: Hill-Burton-Formel.....                            | 35 |

# Teil I

## Allgemeine Grundsätze

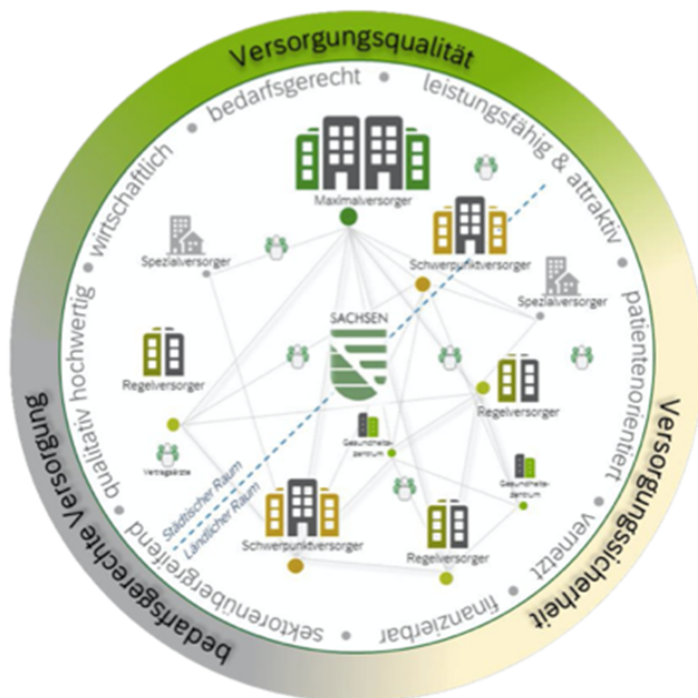
### 1 Einleitung

Krankenhäuser stellen flächendeckend die stationäre medizinische Versorgung sicher und sind dabei in der Regel auch wichtiger Anker in der Notfallversorgung und anderen, vor allem ambulanten Gesundheitsangeboten in den Regionen.

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

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

Abbildung 1: "Zielbild 2030 - Gesundheit neu denken"



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

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

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

Der neue Krankenhausplan tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft und löst mithin den vorherigen Krankenhausplan, der seit dem 1. September 2018 galt, nach über fünf Jahren ab. Daher ist es der Plan, in dem aufbauend auf der Zukunftswerkstatt und dem Zielbild, erstmalig die Regelungen des neuen Sächsischen Krankenhausgesetzes zur Anwendung kommen.

Gleichzeitig wird er in einer Zeit aufgestellt, in der auf Bundesebene über eine Krankenhausreform diskutiert wird (siehe das Eckpunktepapier – Krankenhausreform – vom 10. Juli 2023). Die konkrete Ausgestaltung einschließlich etwaiger Folgewirkungen für die Landesgesetzgebung und die Krankenhausplanung sowie die Termine für eine Konvergenzphase sind jedoch noch offen. Die Krankenhausreform des Bundes kann daher für den zum 1. Januar 2024 in Kraft tretenden Krankenhausplan des Freistaates Sachsen noch keine Berücksichtigung finden, sondern ist gegebenenfalls erst in einem darauffolgenden Planungsverfahren zu berücksichtigen.

Dieser Krankenhausplan ist daher ein Übergangsplan. Er berücksichtigt bereits die Regelungen des neuen Sächsischen Krankenhausgesetzes und nimmt dessen Schwerpunkte und die des Zielbildes – insbesondere sektorenübergreifende Versorgung, Digitalisierung, Zusammenarbeit, Qualität und Regionalität – so weit wie möglich in den Blick. Er stellt die Weichen für die kommenden Planungen und legt den Fokus auf die Sicherstellung der Versorgung im regionalen Kontext in den nächsten Jahren, aber auch auf die Abbildung der Versorgungsrealität. Dabei berücksichtigt er jedoch noch nicht etwaige Änderungen der bundesrechtlichen Regelungen. Der Krankenhausplan 2024 greift die Entwicklungen im Freistaat auf und begegnet diesen mit den erforderlichen, bedarfsgerechten Anpassungen.

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

## **2 Rechtsgrundlagen und Funktion des Krankenhausplanes**

### **2.1 Bundesrecht und Landesrecht**

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

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze unterfällt dabei entsprechend Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes der konkurrierenden Gesetzgebung. Der Bundesgesetzgeber hat von dieser ihm für die Krankenhausfinanzierung zugewiesenen konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz insbesondere

---

<sup>1</sup> Sächsisches Krankenhausgesetz (SächsKHG) vom 15. Dezember 2022 (SächsGVBl. Seite 752)



mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz<sup>2</sup> und dem Krankenhausentgeltgesetz<sup>3</sup> Gebrauch gemacht.

Der Bereich der Krankenhausorganisation und der Krankenhausplanung ist von Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes dabei nicht umfasst und verbleibt somit in der Gesetzgebungskompetenz der Länder<sup>4</sup>. Die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern ist somit weitgehend den Ländern überlassen. Den dadurch den Ländern eröffneten Gestaltungsspielraum füllt im Freistaat Sachsen das Sächsische Krankenhausgesetz aus.

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

## 2.2 Funktion des Krankenhausplanes

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

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

Der Krankenhausplan 2024 legt ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter Krankenhäuser fest, die in ihrem diagnostischen und therapeutischen Leistungsangebot aufeinander abgestimmt sind. Er enthält für den Freistaat Sachsen Aussagen, an welchem Standort, für welche Zweckbestimmung, in welcher Zahl und Größe Krankenhäuser vorhanden sein müssen, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung im Sinne der gesetzlichen Zielstellungen zu sichern.

Der Krankenhausplan ist dabei ein reines Verwaltungsinternum. Erst der sogenannte Feststellungsbescheid der Krankenhausplanungsbehörde (§ 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 9 des Sächsischen Krankenhausgesetzes), der über die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan entscheidet, entfaltet eine konstitutive Wirkung.

---

<sup>2</sup> Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (Bundesgesetzblatt – BGBl. I Seite 886), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 26. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nummer 202) geändert worden ist

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

<sup>4</sup> Vgl. BVerfG, Beschluss vom 7. Februar 1991 – 2 BvL 24/84 –, BVerfGE 83, 363 bis 395, Rn. 60

Die Mitglieder des Sächsischen Krankenhausplanungsausschusses haben die Aufstellung eines neuen Krankenhausplanes zum 1. Januar 2024 bestimmt. Damit erfolgt nach wie vor keine dauerhafte Festschreibung im Bereich der Krankenhausversorgung in Sachsen im Sinne eines unabdingbaren Bestandsschutzes, der mit der Krankenhausplanung ohnehin unvereinbar ist und auch dem gesetzlichen Auftrag zur Planung zuwiderliefe. Die Krankenhausplanung unterliegt vielmehr einer fortlaufenden Überprüfung und Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der jeweils zu beachtenden Rahmenbedingungen. Dies bedeutet insbesondere, dass die im Teil II aufgeführten Krankenhäuser stets unter dem Vorbehalt der gesetzlich vorgeschriebenen Anpassung an den tatsächlichen Bedarf sowie der Erfüllung vorgeschriebener Qualitätsanforderungen aufgenommen sind. Die Aufnahme in Teil II begründet keinen unentziehbaren Besitzstand, sondern steht unter dem Vorbehalt fortlaufender Überprüfung<sup>5</sup>. Daraus folgt, dass Krankenhäuser, soweit nicht medizinisch leistungsfähig oder bedarfsnotwendig, aus dem Krankenhausplan herausgenommen und/oder die aufgenommenen Fachgebiete beziehungsweise die Kapazitäten dem Bedarf entsprechend angepasst werden können.

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

Die für die Krankenhausplanung landesweit geltenden Ziele und Grundsätze für die räumliche Ordnung und Entwicklung des Freistaates Sachsen ergeben sich derzeit aus dem Landesentwicklungsplan 2013 (LEP 2013)<sup>6</sup> als dem zusammenfassenden, überörtlichen und fachübergreifenden landesplanerischen Gesamtkonzept der Staatsregierung sowie aus den beschlossenen und genehmigten Regionalplänen in Verbindung mit der Gliederung in drei Planungsregionen für die Krankenhausplanung in Anlehnung an die bisherigen Direktionsbezirke (Südwestsachsen, Ostsachsen und Nordwestsachsen).

### **2.3 Vorgaben des Sächsischen Krankenhausgesetzes für die Krankenhausplanung**

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

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

- Im Freistaat Sachsen soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleistet und dadurch zu sozial tragbaren Pflegesätzen und Entgelten beigetragen werden.

---

<sup>5</sup> Vgl. BVerwG, Urteil vom 25. September 2008 – 3 C 35/07 –, BVerwGE 132, 64 bis 79, Rn. 21

<sup>6</sup> Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über den Landesentwicklungsplan Sachsen (Landesentwicklungsplan 2013 – LEP 2013) vom 14. August 2013 (SächsGVBl. Seite 582)

- Die Patientenversorgung soll unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte, der Morbidität und der demografischen Entwicklung durch ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates Sachsen verteilter einander ergänzender Krankenhäuser sichergestellt und patientenzentriert organisiert werden.
- Die Vielfalt der Krankenhausträger im Freistaat Sachsen ist zu beachten.
- Die Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung sowie regionale Versorgungsbelange sind zu berücksichtigen.
- Bei Universitätsklinika und akademischen Lehrkrankenhäusern sind die Belange der Forschung und Lehre angemessen zu berücksichtigen.

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

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

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

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

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

- die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch<sup>7</sup> ganz oder teilweise Bestandteil des Krankenhausplanes werden,
- weitere Qualitätsanforderungen in ausgewählten Versorgungsbereichen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden,
- die Ergebnisse der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung berücksichtigt werden, wobei die Krankenhausträger diese Ergebnisse dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen vorzulegen haben,
- Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen berücksichtigt werden.

---

<sup>7</sup> Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I Seite 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nummer 217) geändert worden ist

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

### **3 Rahmenbedingungen**

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

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

#### **3.1 Bevölkerungsentwicklung**

##### **3.1.1 Ausgangssituation**

Das Inkrafttreten der 12. Fortschreibung des Krankenhausplanes erfolgte im Jahr 2018, fünf Jahre nach der letzten Fortschreibung. Damals war die Bevölkerungsentwicklung insbesondere durch die Fluchtbewegungen nach und durch Europa in den Jahren 2014/15 geprägt, was auch auf die Bevölkerung des Freistaates Auswirkungen hatte. Zum ersten Mal seit mehr als zwei Jahrzehnten konnte eine positive Bevölkerungsentwicklung verzeichnet werden, nachdem sich der Bevölkerungsrückgang bereits in den Jahren zuvor verlangsamt hatte. Allerdings erwies sich diese Entwicklung als nur vorübergehend, so dass sich der Bevölkerungsschwund nach 2018 wieder beschleunigte.

Im Jahr 2013, dem Zeitraum der Veröffentlichung der 11. Fortschreibung umfasste die Bevölkerung des Freistaates Sachsen 4.046.385 Personen, während sich die 12. Fortschreibung fünf Jahre später auf eine Bevölkerung von 4.077.937 Personen stützen konnte. Die Krankenhausplanung für das Jahr 2024 setzt aktuell auf Daten der Bevölkerungsfortschreibung von 2021 als jüngste verfügbare Information, was bedeutet, dass mit 4.043.002 Personen wieder ein Stand unterhalb der 11. Fortschreibung erreicht wurde.

Auch andere Bevölkerungsindikatoren haben nur eine vorübergehende und nicht nachhaltige Erholung erfahren. Der Freistaat Sachsen ist Teil der sich primär im Osten befindlichen Regionen in Deutschland, in denen der demographische Wandel bereits sehr weit fortgeschritten ist. So betrug das Durchschnittsalter im Freistaat Sachsen Ende 2021 mittlerweile 46,9 Jahre, deutlich über dem Durchschnitt in Deutschland, welcher zurzeit bei 44,7 Jahren liegt. Damit gehört Sachsen zu den fünf ältesten Bundesländern, die sich vollständig aus den neuen Bundesländern (ohne Berlin) zusammensetzen.

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

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

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

Als positiver Aspekt kann im Rahmen der Betrachtung der einzelnen Alterskohorten konstatiert werden, dass die Geburtenspitze aus den Jahren 2014 bis 2018 als planbare Größe existiert, die noch für die nächsten 10 Jahre eine dem aktuellen Niveau vergleichbare Ausbildungssituation ermöglichen wird.

So ist das Anwachsen der Bevölkerungsgruppe im Alter von 16 Jahren und jünger um rund 14,7 Prozent in den letzten 10 Jahren zwar ein auf den ersten Blick positiver Effekt, allerdings sind hierbei zwei zentrale Einflüsse zu bedenken: Einerseits resultiert dieser Anstieg aus dem Herauswachsen der Geburtenjahrgänge der Jahre 1989 und folgende, in denen die Geburtenrate historisch niedrig gewesen ist. Andererseits liegt die stärkste Besetzung zurzeit auf der Altersgruppe der 5- und 6-jährigen, danach fallen die Kohorten schnell und vor allem deutlich ab. Es handelt sich dabei also um eine temporäre Entwicklung, die nicht als positiver Umschwung fehlinterpretiert werden darf.

Von ganz anderer und durchaus nachhaltiger Qualität sind hingegen die Veränderungen der Altersgruppe der erwerbsfähigen Bevölkerung, die hier unter Berücksichtigung von Ausbildungs- und Studienzeiten sowie dem durchschnittlichen realen Renteneintrittsalter mit den Grenzen von 24 bis unter 65 Jahren angenommen wird. Hier hat sich die Zahl in den letzten 10 Jahren um scheinbar moderate 7,5 Prozent verringert, allerdings bedeutet dies in der Praxis rund 165.000 potentiell erwerbstätige Einwohner weniger. Und was deutlich kritischer ist, zumindest auf regionaler Ebene ist ein noch deutlich zunehmender Rückgang für mindestens die nächsten 25 bis 35 Jahre zu erwarten<sup>8</sup>.

Ausgehend von der aktuellen Beschäftigungsrate werden für wenigstens 10 Jahre jährlich bis zu 20.000 Personen mehr den Arbeitsmarkt durch Renteneintritt verlassen, als ihn nach Abschluss von Ausbildung und Studium betreten, die Spreizung sinkt danach langsam, aber wird voraussichtlich in der Größenordnung von mehreren Tausend Personen pro Jahr bestehen bleiben. Erst um 2060 herum wird wieder ein ungefährer Gleichklang an Ein- und Austritten zu erwarten sein.

Zudem zeigt sich die starke Alterung der sächsischen Bevölkerung in Folge des demographischen Wandels auch in Umfang und Entwicklung der hochalten Bevölkerung. Diese Bevölkerungsgruppe wuchs in den letzten 10 Jahren um nahezu 42 Prozent, und macht mittlerweile fast 10 Prozent der Gesamtbevölkerung in Sachsen aus, eine Entwicklung, die sich noch beschleunigen und verstärken wird. Der Greying-Index, der das strukturelle Verhältnis der hochalten (80 Jahre und älter) zu den aktiven Älteren (60 bis unter 80 Jahre) beschreibt, stieg um reichlich 10 Prozentpunkte, auf nunmehr 37 hochalte zu 100 normalalten Personen<sup>9</sup>.

**Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Sachsen von 2011 bis 2021 nach Altersgruppen**

| Alter von bis unter Jahren | 2011             | 2016             | 2021             | Veränderung 2011 zu 2021 | Anteil an der Gesamtbevölkerung 2021 |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 0 - 16                     | 506.383          | 559.535          | 580.889          | + 14,7 %                 | 14,4 %                               |
| 16 - 24                    | 279.191          | 249.655          | 281.796          | + 0,9 %                  | 7,0 %                                |
| 24 - 65                    | 2.265.487        | 2.230.335        | 2.098.418        | - 7,4 %                  | 51,9 %                               |
| 65 - 80                    | 740.212          | 737.139          | 709.658          | - 4,1 %                  | 17,5 %                               |
| 80 und älter               | 262.909          | 305.119          | 372.241          | + 41,6 %                 | 9,2 %                                |
| <b>Insgesamt</b>           | <b>4.054.182</b> | <b>4.081.783</b> | <b>4.043.002</b> | <b>- 0,3 %</b>           | <b>100,0 %</b>                       |

Quelle: Bevölkerungsfortschreibung des statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

Allgemein steht das Lastverhältnis, was in der Regel das Verhältnis zwischen der potentiell erwerbsfähigen Bevölkerung (die im Rahmen der Quotientenbestimmung meist mit 20 bis unter 65 Jahren definiert wird) und der nicht erwerbsfähigen Bevölkerung (sowohl die Jugend als auch die Rentner) angibt, vor einem Kipppunkt. Lag der Gesamtquotient im Jahr 2011 noch bei knapp 66 nicht erwerbsfähigen Personen je 100 potentiell erwerbsfähigen Personen, so stieg er in nur 10 Jahren auf rund 80 nicht erwerbsfähige Personen je 100 potentiell erwerbsfähige. Da sich diese Entwicklung aufgrund der konkreten altersspezifischen Zusammensetzung der Altersgruppen noch beschleunigen wird, ist bereits in naher Zukunft der Anteil der nicht erwerbsfähigen Bevölkerung in Sachsen höher als der Anteil der potentiell erwerbsfähigen.

<sup>8</sup> Ergebnisse der 8. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen

<sup>9</sup> Daten der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes, eigene Berechnung

gen. Diese Betrachtung vernachlässigt den Fakt, dass nicht alle potentiell erwerbstätigen Personen auch tatsächlich eine Erwerbstätigkeit ausüben, so dass der Kipppunkt bereits noch eher erreicht werden wird.

Von besonderer Beachtung ist die Entwicklung der Geburten im Freistaat. Hier gab es in den letzten 10 Jahren einen eher negativen Wandel, der insbesondere auch für das Krankenhauswesen nachhaltige Auswirkungen haben wird. Im Jahr 2011 führte Sachsen mit einer zusammengefassten Geburtenrate von 1,51 den Vergleich der Bundesländer noch deutlich an und auch 2016 konnte man mit einer Steigerung auf 1,66 immer noch einen sehr guten dritten Rang im Bundesvergleich einnehmen. Dies stellte leider jedoch auch gleichzeitig das lokale Maximum dar, und seitdem fallen die Zahlen, mit zuletzt kritischen Entwicklungen.

So lag die Geburtenziffer 2021 zwar immer noch bei 1,53 Kindern im Durchschnitt pro potentiell gebärfähiger Frau, jedoch bedeutete dies aufgrund der gesunkenen Zahl potentieller Mütter (hier spielen die geringen Geburtenzahlen nach und während der Wende eine bedeutende Rolle) mit 32.548 Geburten eine absolute Geburtenzahl, die zuletzt vor 15 Jahren erreicht wurde. Für das Jahr 2022 liegen bislang nur vorläufige Zahlen vor, aber es werden voraussichtlich erstmals seit 1997 weniger als 30.000 Geburten vermeldet werden, ein Rückgang von nahezu 10 Prozent innerhalb eines einzigen Jahres. Natürlich wird sich diese Entwicklung perspektivisch auch auf die Zusammensetzung der Kinder- und Jugendaltersgruppen auswirken, mit entsprechender Verzögerung.

Insgesamt ist die Bevölkerungsentwicklung wie bereits in der Vergangenheit stark regional differenziert. Während die drei kreisfreien Städte noch tatsächlichen Bevölkerungszuwachs oder zumindest eine Stagnation vorweisen können, so müssen die Landkreise teilweise deutliche Rückgänge verzeichnen. Dabei sticht insbesondere die kreisfreie Stadt Leipzig mit einem Bevölkerungszuwachs von 18 Prozent in den letzten 10 Jahren positiv heraus, auch wenn die Zuwachsrate zuletzt kontinuierlich fiel. Auf Landkreisebene ist der Blick auf die reine Bevölkerungsentwicklung oftmals nicht unmittelbar zielführend. Denn oft kann nur der begleitende Blick auf die konkrete Altersstruktur und im Zweifel begleitende Kernindikatoren einen fundierten ersten Eindruck der demographischen Situation vermitteln.

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

**Tabelle 2: Ausgewählte Bevölkerungsindikatoren am 31.12.2021 nach ausgewählten Altersgruppen in den Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsens**

| Kreisfreie Stadt<br>Landkreis | Einwohner        | Bevölkerungs-<br>dichte in<br>Einwohner/km <sup>2</sup> | Durch-<br>schnittsalter | Altenquotient<br>(Über 65 zu 20<br>bis unter<br>65 Jahren) |
|-------------------------------|------------------|---|-------------------------|--|
| Chemnitz, Stadt               | 243.105          | 1.100   | 46,9                    | 51,4   |
| Erzgebirgskreis               | 328.695          | 180   | 49,2                    | 59,2   |
| Mittelsachsen                 | 299.329          | 141   | 48,6                    | 54,0   |
| Vogtlandkreis                 | 221.376          | 157   | 49,8                    | 58,6   |
| Zwickau                       | 309.621          | 326   | 49,1                    | 56,4   |
| <b>Südwestsachsen</b>         | <b>1.402.106</b> | <b>215</b>  | <b>48,8</b>             | <b>56,0</b>  |

| Kreisfreie Stadt<br>Landkreis    | Einwohner        | Bevölkerungs-<br>dichte in<br>Einwohner/km <sup>2</sup> | Durch-<br>schnittsalter | Altenquotient<br>(Über 65 zu 20<br>bis unter<br>65 Jahren) |
|----------------------------------|------------------|---|-------------------------|--|
| Dresden, Stadt                   | 555.351          | 1.691   | 43,3                    | 37,4   |
| Bautzen                          | 296.290          | 124   | 48,5                    | 53,0   |
| Görlitz                          | 248.273          | 118   | 49,6                    | 58,5   |
| Meißen                           | 239.344          | 165   | 48,5                    | 53,0   |
| Sächsische Schweiz-Osterzgebirge | 244.009          | 148   | 47,9                    | 52,8   |
| <b>Ostsachsen</b>                | <b>1.583.267</b> | <b>199</b>  | <b>46,7</b>             | <b>48,0</b>  |
| Leipzig, Stadt                   | 601.866          | 2 021   | 42,3                    | 32,6   |
| Leipzig                          | 258.214          | 156   | 48,0                    | 49,8   |
| Nordsachsen                      | 197.529          | 97  | 47,8                    | 48,1   |
| <b>Nordwestsachsen</b>           | <b>1.057.609</b> | <b>266</b>  | <b>44,7</b>             | <b>39,2</b>  |
| <b>Freistaat Sachsen</b>         | <b>4.043.002</b> | <b>219</b>  | <b>46,9</b>             | <b>48,2</b>  |

Quelle: Bevölkerungsfortschreibung des statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

### 3.1.2 Auswirkungen der Coronapandemie sowie der Ukraine Krise

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

Dabei handelt es sich einerseits um die Coronapandemie, die vor allem hinsichtlich der Sterblichkeit und der Lebenserwartung Auswirkungen hatte. Sachsen gehörte zusammen mit Thüringen im Jahr 2021 zur absoluten Spitze, was die Übersterblichkeit gerade im zweiten Halbjahr anging, mit 12,5 Prozent mehr Sterbefällen, als nach der Hochrechnung der zu erwartenden Fällen vorhergesagt wurde<sup>10</sup>. Dies sind in absoluten Zahlen rund 3.500 Todesfälle mehr, die insbesondere in den hohen Altersgruppen nachweisbar sind. Die Übersterblichkeit hat jedoch nur eine eingeschränkte Wirkung auf die demographische Entwicklung in Sachsen, da der nachkommende Umfang an älterer Bevölkerung die Übersterblichkeit mehr als nur ausgleicht. Damit kommt es nur zu einer geringen Verlangsamung der Durchalterung, und einer damit einhergehenden Reduktion der besonders betroffenen Alterskohorten.

Inwieweit sich die auch 2022 deutschlandweite Übersterblichkeit auch in Sachsen abbildet, und ob die bereits veröffentlichten Thesen zu einer weiteren Verlangsamung oder gar Reduktion der Lebenserwartung zutreffen, wird man erst in der Zukunft sagen können.

Der Krieg gegen die Ukraine führte seit Beginn des Jahres 2022 zu einer deutlichen Spitze an Schutzsuchenden, wobei auch unter Berücksichtigung eines deutlichen Rückganges der Zahlen der in Sachsen ankommenden Schutzsuchenden noch kein Ende abzusehen ist. Anfangs zeigte sich eine besondere Versorgungssituation für die sächsischen Krankenhäuser durch zu versorgende Patienten mit typischen Kriegsfolgeschäden, die vor allem über das Kleeblattverfahren auch an sächsische Kliniken verteilt wurden. Im späteren Verlauf verlagerte sich der Schwerpunkt der Versorgung auf reguläres Versorgungsgeschehen.

<sup>10</sup> Marcel Thum, ifo Dresden berichtet - 02/2022, Seite 3 bis 5



Die tatsächlichen Auswirkungen auf den Freistaat sind sowohl hinsichtlich der Übersterblichkeit aufgrund der Corona-Pandemie als auch aufgrund des Krieges gegen die Ukraine eher gering einzuschätzen, da die individuelle Veränderung im Vergleich zum jährlichen natürlichen Bevölkerungssaldo (Lebendgeborene minus Verstorbene), der seit langem deutlich negativ ist, keine signifikante Bedeutung hat.

### **3.1.3 Bevölkerungsvorausberechnung**

Die Krankenhausplanung verwendet insbesondere für die Bestimmung der voraussichtlich zu leistenden Versorgungsumfänge die jeweils aktuelle Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (RBV) des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen. Für den Krankenhausplan 2024 wird auf die 7. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung zurückgegriffen (die 8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung wurde am 15. Juni 2023 und damit im Laufe des bereits vorangeschrittenen Krankenhausplanungsverfahrens veröffentlicht, so dass sie in den Berechnungen noch nicht berücksichtigt werden konnte).

Da die 7. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung bereits 2020 veröffentlicht wurde, können zur Einordnung der Datengrundlage einige Aussagen zu den bisher festgestellten Abweichungen getroffen werden. Grundsätzlich ist der allgemeine Trend der Bevölkerungsentwicklung gut getroffen worden, allerdings stellte sich der konkrete Bevölkerungsschwund in der Praxis stärker dar als selbst die untere Grenze (V2) der Vorausberechnung.

Die Gründe dafür sind in mehreren Faktoren zu finden. So wurde die Geburtenrate überschätzt, der Freistaat hat sich hier abweichend zu den Vorjahren eher negativ entwickelt, mit wenig Anzeichen für einen bevorstehenden Wandel. Die Coronapandemie hat mit mehr Sterbefällen als erwartet den natürlichen Bevölkerungsschwund nur noch weiter verstärkt. Unerwartete positive Effekte wie eine Zuwanderungsspitze durch den Krieg gegen die Ukraine haben durch diese negativen Entwicklungen der Geburten und Sterbefälle so gut wie keine Auswirkungen auf den negativen Trend gehabt.

Der Prognosehorizont lag mit 2035 zum Zeitpunkt der Veröffentlichung 15 Jahre in der Zukunft, und stellt mit einer Annahme von voraussichtlich 3,81 Millionen Einwohnern (Variante 2) zu diesem Zeitpunkt eine positivere Entwicklung als die vorhergehende Bevölkerungsvorausberechnung in Aussicht. Die tatsächliche Entwicklung deutet darauf hin, dass dieser Wert wohl leicht unterschritten werden wird.

Im Ergebnis kann an der Verwendung von Variante 2 der 7. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Krankenhausplan 2024 festgehalten werden, da diese Vorausberechnung zwar eine Überschätzung der tatsächlichen Entwicklung darstellt, allerdings nur in einem geringen Maße und den zu erwartenden Entwicklungstrend weiter angemessen abbildet.

Die stärkste Strukturveränderung der Zukunft ist ein weiteres Anwachsen des Anteils der älteren Bevölkerung. So wird 2035 ein knappes Drittel der Einwohner Sachsens 65 Jahre und älter sein, reichlich 10 Prozent der Bevölkerung wird sogar über 80 Jahre alt sein. Gleichzeitig ist der Anteil der potentiell erwerbsfähigen Bevölkerung mit nur noch rund 50 Prozent so gering wie noch nie zuvor. Dabei erfolgt das Schrumpfen dieser Altersgruppe insbesondere in den Altersjahren von 45 bis 65, die sich primär aus geburtenstarken Jahrgängen der DDR Zeit speisen.

**Tabelle 3: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen von 2019 bis 2035 auf Basis der 7. RBV Variante 2 nach Altersgruppen (in 1.000)**

| Alter von bis unter Jahren | 2019           | 2021           | 2027           | 2035           | Veränderung 2019 zu 2035 |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------|
| 0 – 15                     | 544,1          | 547,1          | 530,3          | 475,9          | - 14,3 %                 |
| 15 – 45                    | 1.307,1        | 1.306,4        | 1.269,1        | 1.173,8        | - 11,4 %                 |
| 45 – 65                    | 1.143,2        | 1.107,6        | 1.046,2        | 1.001,1        | - 14,2 %                 |
| 65 – 80                    | 728,8          | 709,7          | 775,1          | 772            | + 5,6 %                  |
| 80 und älter               | 348,8          | 372,2          | 360,9          | 391,8          | + 11,0 %                 |
| <b>Insgesamt</b>           | <b>4.072,0</b> | <b>4.043,0</b> | <b>3.981,6</b> | <b>3.814,6</b> | <b>- 6,7 %</b>           |

Quelle: Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

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

So ist Nordwestsachsen im Großen und Ganzen der am wenigsten kritische Bereich in Sachsen, welcher insbesondere durch eine sich weiterhin gut entwickelnde kreisfreie Stadt Leipzig dominiert wird und deutlich erkennbar positive Entwicklungseffekte in die Landkreise ausstrahlt. Der Anteil der Personen im Rentenalter bleibt voraussichtlich mit 25 Prozent auch 2035 noch vergleichsweise niedrig, wobei die Landkreise der Region zwar höhere Werte aufweisen, aber im Sachsenvergleich noch am besten abschneiden. Besonders bedeutsam wird aber sein, dass die potentiell erwerbstätige Bevölkerung hier insgesamt noch deutlich mehr als die Hälfte der Bevölkerung stellt, selbst in den Landkreisen herrscht hier noch Parität.

Ganz anders sieht dies in Südwestsachsen aus. Der Anteil der Rentner wird 2035 hier bei 35 Prozent liegen und der Anteil der hochalten Bevölkerung immerhin bei rund 12,5 Prozent. Das bedeutet, dass in dieser Region mehr Menschen über 80 Jahren als Menschen unter 15 Jahren leben werden, die zu diesem Zeitpunkt nur noch reichlich 11 Prozent Anteil ausmachen werden, unabhängig vom konkreten Kreis. Die daraus resultierenden Anforderungen der Daseinsvorsorge werden durch eine potentiell erwerbsfähige Bevölkerung, die sich einem Anteil von nur noch 45 Prozent nähert, zusätzlich erschwert.

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

**Tabelle 4: Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen 2019 bis 2035 auf Basis der 7. RBV – Variante 2 nach Landkreisen und Kreisfreien Städten (in 1.000)**

| Kreisfreie Stadt<br>Landkreis | 2019  | 2027  | 2035  |
|-------------------------------|-------|-------|-------|
| Chemnitz, Stadt               | 246,3 | 239,3 | 225,1 |
| Erzgebirgskreis               | 334,9 | 309,1 | 280,9 |
| Mittelsachsen                 | 304,1 | 285,9 | 265,2 |
| Vogtlandkreis                 | 226,0 | 211,3 | 194,3 |

| <b>Kreisfreie Stadt<br/>Landkreis</b> | <b>2019</b>    | <b>2027</b>    | <b>2035</b>    |
|---------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Zwickau                               | 315,0          | 293,6          | 269,8          |
| <b>Südwestsachsen</b>                 | <b>1.426,3</b> | <b>1.339,2</b> | <b>1.235,3</b> |
| Dresden, Stadt                        | 556,8          | 569,2          | 563,1          |
| Bautzen                               | 299,8          | 281,6          | 262,0          |
| Görlitz                               | 252,7          | 237,4          | 219,9          |
| Meißen                                | 241,7          | 231,8          | 219,0          |
| Sächsische Schweiz-Osterzgebirge      | 245,6          | 240,1          | 230,1          |
| <b>Ostsachsen</b>                     | <b>1.596,6</b> | <b>1.560,1</b> | <b>1.494,1</b> |
| Leipzig, Stadt                        | 593,1          | 634,9          | 651,7          |
| Leipzig                               | 258,1          | 253,9          | 247,2          |
| Nordsachsen                           | 197,7          | 193,7          | 186,5          |
| <b>Nordwestsachsen</b>                | <b>1.048,9</b> | <b>1.082,5</b> | <b>1.085,4</b> |
| <b>Freistaat Sachsen</b>              | <b>4.071,8</b> | <b>3.981,8</b> | <b>3.814,8</b> |

Quelle: Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen

## 3.2 Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung und Morbidität

### 3.2.1 Ausgangssituation

#### 3.2.1.1 Eckpunkte der Versorgungsumfänge, Auswirkungen der Pandemie

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

Es werden daher exemplarisch die Fallzahlen und die Berechnungs- und Belegungstage von 2019, dem letzten Jahr vor der Pandemie, sowie 2021, dem letzten vorliegenden Berichtsjahr im Zeitraum der Krankenhausplanung 2024, dargestellt und in einem zusätzlichen Kapitel ausgeführt, wie es zu dieser dort sichtbaren Entwicklung kam und was dies für die Krankenhausplanung bedeutet.

Im Jahr 2019 gab es an sächsischen Krankenhäusern insgesamt 1.047.774 vollstationäre Fälle<sup>11</sup>, davon 995.519 somatische und 52.255 psychiatrische Fälle. Die Verweildauer lag im somatischen Bereich bei durchschnittlich 6,15 und in den psychiatrischen Fachgebieten bei 28,56 Tagen. Damit setzte sich die bisherige Tendenz (Senkung im somatischen Bereich, Steigerung im psychiatrischen Bereich) weiterhin fort.

<sup>11</sup> dies umfasst sowohl sächsische als auch nicht-sächsische Patienten, daher sind Angaben des SMS grundsätzlich zu Veröffentlichungen des Statistischen Landesamtes abweichend

Das Jahr 2021 weist mit 882.224 vollstationären Behandlungsfällen nach einem massiven und gewollten Einbruch in 2020 dazu immer noch eine starke Fallzahlreduktion auf. Diese betrifft auch tatsächlich beide zentralen Versorgungsbereiche, mit 837.109 somatischen und 45.135 psychiatrischen Fällen. Und auch wenn die durchschnittliche Verweildauer sich in den bestehenden oben genannten Größenordnungen bewegt, so sind innerhalb der Fachgebiete teils deutliche Verschiebungen zu früheren Jahren zu erkennen.

Auch die tagesklinischen Versorgungsangebote wurden pandemiebedingt in der Regel reduziert oder sogar vollständig eingestellt, da Hygienekonzepte schwerer in einem tagesklinischen Setting mit häufig wechselnden und nur teilweise anwesenden Patienten zu realisieren waren.

Aus diesem Grund wird das letzte Jahr vor der Pandemie, 2019, als grundsätzliches Basisjahr der Berechnungen für das notwendigerweise vorzuhaltende Versorgungsvolumen im Krankenhausplan herangezogen. Denn auch wenn der ursprüngliche Versorgungsumfang vor der Pandemie nicht mehr erreicht werden wird, so ist 2021 bereits ein erneuter Anstieg des Versorgungsumfangs erkennbar ist. Es wird zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgegangen, dass frühestens das Berichtsjahr 2022, wahrscheinlich eher 2023, einen ersten Ausblick auf die zukünftige Entwicklung des tatsächlichen stationären Versorgungsgeschehen ohne äußere Faktoren geben wird.

### **3.2.1.2 Morbidität**

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

Das Versorgungsgeschehen im stationären Bereich wird im Bereich der vergebenen Hauptdiagnosen des DRG-Systems<sup>12</sup> insbesondere durch Erkrankungen des Kreislaufsystems (2019: 14,6 Prozent aller stationären Fälle) und Neubildungen (2019: 11,3 Prozent), diese umfassen sowohl bösartige als auch gutartige, dominiert, die zusammen mehr als ein Viertel aller Fälle ausmachen. Externe Ursachen, das heißt Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Einflüsse, verursachen an dritter Stelle mit 10,9 Prozent aller Fälle die Notwendigkeit einer vollstationären Versorgung.

Die dominierenden Erkrankungsgebiete für 2021 stellen sich wie folgt dar: Erkrankungen des Kreislaufsystems (hierunter fallen beispielsweise Herzerkrankungen) sind weiterhin mit 14,9 Prozent aller Fälle dominierend, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (dies beinhaltet unter anderem Frakturen und Abnutzungserscheinungen im Alter) mit 14,2 Prozent sowie Erkrankungen der Verdauungsorgane (beispielsweise Gastroenteritis) mit 10,6 Prozent.

Natürlich spielt hierbei teilweise das Alter der Patienten eine besondere Rolle. So sind Erkrankungen des Verdauungssystems in der Regel nahezu altersunabhängig mit durchgehend rund 10 Prozent aller Fälle, unabhängig vom Alter des Patienten, wohingegen Erkrankungen des Kreislaufsystems bei Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren mit 1,8 Prozent aller Fälle eher Ausnahmen sind, bei über 80-Jährigen aber mit 22,8 Prozent aller Fälle nahezu ein Viertel der notwendigen Krankenhausbehandlungen verursachen.

---

<sup>12</sup> DRG: Diagnosis Related Groups

**Tabelle 5: Ausgewählte (ohne Geburten) häufigste Fälle nach aG-DRG 2021 in Sachsen**

| Anzahl | Bezeichnung  |
|--------|--|
| 31.944 | Ösophagitis, Gastroenteritis und andere Erkrankungen der Verdauungsorgane      |
| 20.991 | Herzinsuffizienz   |
| 19.243 | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane                                 |
| 14.062 | Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich |
| 12.667 | kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen                             |
| 12.469 | Kopfverletzungen   |
| 12.126 | Apoplexie (Schlaganfall)   |
| 11.184 | Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung                                       |
| 11.175 | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes  |
| 11.025 | Invasive kardiologische Diagnostik (außer bei akutem Myokardinfarkt)           |

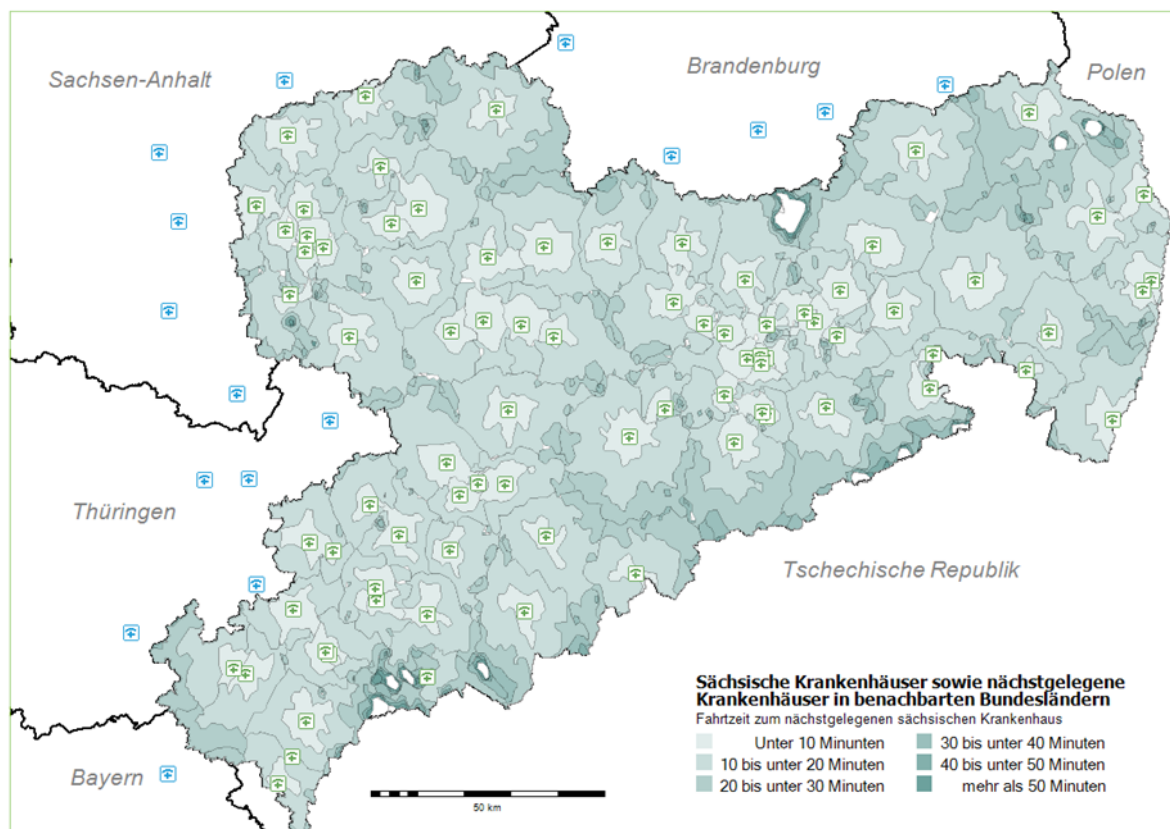
Quelle: Daten des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), eigene Berechnung

### 3.2.1.3 Einzugsgebiet der Krankenhäuser

Krankenhäuser dienen überwiegend der stationären Versorgung von Patienten aus Sachsen.

Im Jahr 2021 war die Versorgung sächsischer Patienten mit rund 91,2 Prozent der mit Abstand höchste Anteil. 5,3 Prozent der Patienten stammen aus anderen Bundesländern und 3,5 Prozent aus dem Ausland.

**Abbildung 2: Erreichbarkeit von sächsischen Krankenhäusern**



Quelle: Berechnung auf Basis der tatsächlichen Verkehrsanbindung, eigene Darstellung

### 3.2.2 Prognose der demographiebedingten Entwicklung der Krankenhausleistungen

Im Rahmen der Krankenhausplanung 2024 wurde auch dieses Mal eine Berechnung der zu erwartenden Krankenhaushfälle als Grundlage der Planung durchgeführt. Wie bereits ausgeführt, geschah dies auf Basis des letzten Leistungsjahres vor der Pandemie (2019), um keine Artefakte der durch das akute Pandemiegesehen reduzierten Krankenhausversorgung fortzuschreiben.

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

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

Deutlich kritischer ist die zu erwartende Entwicklung im geburtshilflichen und pädiatrischen Bereich zu sehen. Seit dem letzten Krankenhausplan 2018 haben bereits einige Geburtshilfen an sächsischen Krankenhäusern und auch vereinzelte Pädiatrien geschossen. Die entsprechenden Fallzahlen waren bereits längerfristig im Rückgang und diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Für eine Sicherstellung einer angemessenen flächendeckenden Versorgung wird hier eine gezielte regionale Planung und Kommunikation aller Beteiligten notwendig werden.

**Tabelle 6: Fallzahlentwicklung nach Patientenwohnort insgesamt sowie nach ausgewählten Fachbereichen bis 2035**

| Kreisfreie Stadt<br>Landkreis    | Veränderung 2019 zu 2035 |                                  |                 |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------|
|                                  | Insgesamt                | Frauenheilkunde/<br>Geburtshilfe | Pädiatrie       |
| Chemnitz, Stadt                  | - 4,7 %                  | - 12,2 %                         | - 17,2 %        |
| Erzgebirgskreis                  | - 8,2 %                  | - 19,1 %                         | - 24,7 %        |
| Mittelsachsen                    | - 6,0 %                  | - 13,4 %                         | - 18,8 %        |
| Vogtlandkreis                    | - 7,1 %                  | - 17,2 %                         | - 18,4 %        |
| Zwickau                          | - 6,9 %                  | - 16,6 %                         | - 17,4 %        |
| <b>Südwestsachsen</b>            | <b>- 6,7 %</b>           | <b>- 15,8 %</b>                  | <b>- 19,7 %</b> |
| Dresden, Stadt                   | + 5,4 %                  | - 5,3 %                          | - 5,5 %         |
| Bautzen                          | - 2,5 %                  | - 16,0 %                         | - 18,9 %        |
| Görlitz                          | - 4,7 %                  | - 9,3 %                          | - 13,9 %        |
| Meißen                           | + 0,8 %                  | - 13,5 %                         | - 13,9 %        |
| Sächsische Schweiz-Osterzgebirge | + 1,5 %                  | - 10,4 %                         | - 13,4 %        |

| Kreisfreie Stadt<br>Landkreis | Veränderung 2019 zu 2035 |                                  |                 |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------|
|                               | Insgesamt                | Frauenheilkunde/<br>Geburtshilfe | Pädiatrie       |
| <b>Ostsachsen</b>             | <b>+ 0,4 %</b>           | <b>- 10,0 %</b>                  | <b>- 12,6 %</b> |
| Leipzig, Stadt                | + 10,9 %                 | + 6,9 %                          | + 11,0 %        |
| Leipzig                       | + 2,5 %                  | - 9,5 %                          | - 7,9 %         |
| Nordsachsen                   | + 3,0 %                  | - 11,0 %                         | - 6,8 %         |
| <b>Nordwestsachsen</b>        | <b>+ 6,7 %</b>           | <b>- 0,4 %</b>                   | <b>+ 1,1 %</b>  |
| <b>Freistaat Sachsen</b>      | <b>- 0,9 %</b>           | <b>- 9,5 %</b>                   | <b>- 12,3 %</b> |

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

### 3.3 Personal- und Finanzressourcen

In sächsischen Krankenhäusern sind circa 58.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Bereits heute und umso mehr in Zukunft kommt der Gewinnung und Bindung qualifizierter Fachkräfte eine zentrale Bedeutung zu. Auf die unter Nummer 3.1 beschriebene Bevölkerungsentwicklung sei an dieser Stelle nochmals verwiesen.

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

Dabei ist jedoch die Anzahl der Beschäftigten im Krankenhaus nach Köpfen faktisch gestiegen. Waren im Jahr 2010 noch 148.696 Beschäftigte im ärztlichen Dienst sowie 964.263 im nichtärztlichen Dienst im Krankenhaus tätig, so waren es im Jahr 2021 insgesamt 203.286 im ärztlichen Dienst sowie 1.156.608 im nichtärztlichen Dienst<sup>13</sup>. Diese Entwicklung konnte auch im Freistaat Sachsen beobachtet werden. So gab es 2010 insgesamt 7.390 Beschäftigte im ärztlichen Dienst, bis zum Jahr 2021 stieg diese Zahl auf 9.858 Personen. Im nichtärztlichen Dienst betrug die Zahl für Sachsen 2010 noch 40.101 Beschäftigte und erreichte 2021 insgesamt 46.314 Personen<sup>14</sup>.

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

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

<sup>13</sup> Quelle: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-jahre.html>

<sup>14</sup> Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Freistaates Sachsen

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

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

Demgegenüber stehen zudem begrenzte finanzielle Ressourcen. Aufgrund des sich ungünstig entwickelnden Verhältnisses von Erwerbstätigen und Nichterwerbsfähigen, aber auch unter der Prämisse, die Wettbewerbsfähigkeit der sächsischen Wirtschaft zu erhalten, besteht eine ständige Aufgabe darin, Finanzressourcen wie Steuern, Beiträge sowie Eigenanteile der Versicherten zu generieren und diese verantwortungsbewusst, gezielt und nachhaltig einzusetzen. Dem Bürokratieabbau kommt daher ein besonderer Stellenwert zu.

### **3.4 Medizinischer Fortschritt, Verhaltensänderungen, Versorgungsqualität und Wettbewerb, Modelle**

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

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

### **3.5 Ambulante Versorgung im Krankenhaus, sektorenübergreifende Versorgung**

Es ist Aufgabe aller an der Versorgung Beteiligten, Verantwortung für eine gute regionale Gesundheitsversorgung zu übernehmen und diese zunehmend sektorenübergreifend sicherzustellen. In § 6 Absatz 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes wurde mit der Regelung zu Krankenhäusern der Regelversorgung mit dem Zusatz Gesundheitszentrum ein erster Impuls in Richtung sektorenübergreifender Versorgungsangebote geschaffen. Damit sollen zukünftig auch Versorgungslücken in anderen Sektoren durch Krankenhäuser mit dem Zusatz Gesundheitszentren geschlossen werden können.

Die Krankenhausplanung betrifft auf Basis der aktuellen Rechtslage jedoch grundsätzlich nur den stationären Bereich. Daten des ambulanten Bereichs können aufgrund der aktuellen Rechtslage nicht in die Krankenhausplanung einbezogen oder planerische Entscheidungen mit Wirkung für den ambulanten Sektor getroffen werden. Es ist dennoch das Ziel des Krankenhausplanes, Versorgung vernetzt zu denken.

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



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

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

Krankenhäuser können darüber hinaus bei der Erfüllung der jeweiligen gesetzlichen Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verschiedene ambulante Leistungen<sup>15</sup> erbringen und sich in weitere Versorgungsangebote einbringen<sup>16</sup>.

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

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

- Insbesondere die Telemedizin kann potenziell einen erheblichen Beitrag zur Stärkung der Versorgung im ländlichen Raum leisten. Die Krankenhäuser sind dabei durch ihren hohen internen Digitalisierungsgrad strukturelle Vorreiter. Für telemedizinische Projekte oder Regelanwendungen kommt ihnen eine Schlüsselrolle zu.
- Aufgrund der sich in ländlichen Regionen abzeichnenden Verschlechterung der Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte werden die Krankenhäuser beziehungsweise deren Träger zunehmend an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und diese ergänzen (zum Beispiel durch den Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums – MVZ oder als Gesundheitszentrum mit angeschlossenem MVZ und anderen Leistungsangeboten und einer engen Kooperation mit den niedergelassenen (Haus-)ärzten und Ähnliches).
- Aufgrund des medizinischen Fortschritts werden auch künftig teilweise weitere bisher stationäre Leistungen durch ambulante Leistungen ersetzt werden. Die Vernetzung ambulanter und stationärer Leistungen gelingt vor allem dort, wo ambulant tätige Ärzte in das Krankenhaus eingebunden werden.

---

<sup>15</sup> unter anderem: Notfallambulanzen (§ 75 Absatz 1, 1b SGB V), Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a SGB V), Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V), Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (persönliche Ermächtigung, § 116 SGB V) und Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (Institutsermächtigung, § 116a SGB V), Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V), Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V), Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme, § 137f SGB V)

<sup>16</sup> zum Beispiel: Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (§ 115d SGB V) und Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)

Bereits im Jahr 2017 hat das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Modellregionen mit Entwicklungs- und Handlungsbedarf bestimmt. Ziel war die Erprobung von Maßnahmen, die die medizinische Versorgung unter Einbeziehung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zukunftsfähig machen. In der Modellregion Weißwasser soll entsprechend eines im Jahr 2022 unterzeichneten gemeinsamen Letter of Intent eine „Umwidmung“ des Kreiskrankenhauses Weißwasser zu einem sektorenübergreifenden Gesundheitszentrum Weißwasser erfolgen. Am Ende der Transformation steht der Bevölkerung wohnortnah eine bedarfsgerechte, nachhaltige medizinische Versorgung in Weißwasser zur Verfügung. Die Erfahrungen und Ergebnisse aus der Modellregion sollen auch auf andere Regionen übertragen werden.

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

## 4 Inhalt des Krankenhausplanes

### 4.1 Berücksichtigung von Änderungen des neuen Sächsischen Krankenhausgesetzes

Basierend auf dem Grundsatz einer abgestuften Krankenhauslandschaft, das heißt eines funktional abgestuften Netzes möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates Sachsen verteilter einander ergänzender Krankenhäuser, wurden mit dem neuen Sächsischen Krankenhausgesetz die Versorgungsstufen der Krankenhäuser der Regel-, Schwer- und Maximalversorgung sowie der Fachkrankenhäuser beibehalten. Darüber hinaus wurde eine Möglichkeit zur Ausweisung von Gesundheitszentren im Krankenhausplan geschaffen. Diese Möglichkeit greift der vorliegende Krankenhausplan auf und weist erstmalig Krankenhäuser der Regelversorgung mit dem **Zusatz Gesundheitszentrum** aus. Damit soll auf Landesebene ein wichtiger Impuls in Richtung Bund gesetzt werden, auf dessen Ebene die sektorenübergreifende Versorgung dringend zu stärken ist.

Beibehalten wird die grundsätzlich auf Betten und Fachrichtungen basierende **Planungssystematik**. Von der Möglichkeit des neuen Sächsischen Krankenhausgesetzes, die Krankenhausplanung auf der Grundlage einer anderen Planungssystematik wie zum Beispiel auf Basis von Leistungen und Leistungsbereichen durchzuführen, wird vorliegend kein Gebrauch gemacht.

Es ist erklärtes Ziel, die Anwendung von **planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und weiteren Qualitätsanforderungen** (§ 5 Absatz 4 des Sächsischen Krankenhausgesetzes) rechtzeitig im Vorfeld des nächsten Planungsverfahrens zu initiieren. Im Rahmen des Krankenhausplanes 2024 kommen diese neuen Möglichkeiten jedoch noch nicht zur Anwendung. Davon unbenommen werden Qualitätsaspekte bereits mit den bisher üblichen krankenhauspianerischen Instrumenten berücksichtigt (zum Beispiel Festlegungen zu den Fachprogrammen und Sonstige Festlegungen).

Mit dem neuen Sächsischen Krankenhausgesetz werden auch **Regionalkonferenzen** ermöglicht, deren Vorschläge in die Krankenhausplanung einbezogen werden können. Die Akteure vor Ort erörtern und erarbeiten hierfür zunächst gemeinsam regionale Entwicklungsstrategien in Bezug auf konkrete planerische Schwerpunkte ihrer jeweiligen Region. Entsprechende Regionalkonferenzen müssen zunächst gebildet und regionale Strategien entwickelt werden. Insofern können Ergebnisse von Regionalkonferenzen im vorliegenden Krankenhausplan noch nicht berücksichtigt werden. Jedoch können Regionalkonferenzen ohnehin losgelöst vom Krankenhausplanungsverfahren agieren. Es ist daher davon auszugehen, dass die Ergebnisse und gegebenenfalls Empfehlungen der Regionalkonferenzen in künftigen krankenhauplanerischen Entscheidungen eine wichtige Rolle spielen können.

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

## 4.2 Struktur des Krankenhausplanes

Teil I enthält im Wesentlichen allgemeine Grundsätze und Bestimmungen der Krankenhausplanung im Freistaat Sachsen. Grundlage der Krankenhausplanung ist vor allem das Sächsische Krankenhausgesetz.

Teil II Nummer 1 enthält eine Übersicht über alle Plankrankenhäuser im Freistaat Sachsen mit der jeweiligen Versorgungsstufe (Maximalversorger, Schwerpunktversorger, Regelversorger und Regelversorger mit dem Zusatz Gesundheitszentrum) beziehungsweise dem Ausweis als Fachkrankenhaus, den jeweiligen Standorten und Versorgungsaufträgen (zugewiesene Fachgebiete, Fachprogrammen und Ähnliches), den Bettenzahlen und tagesklinischen Plätzen sowie gegebenenfalls der Ausweisung als Zentrum.

Die Krankenhausplanung im Freistaat Sachsen folgt weiterhin der Systematik der sogenannten Rahmenplanung. Das bedeutet, dass lediglich in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie fachgebietsspezifische Bettenzahlen und die jeweilige Anzahl tagesklinische Plätze ausgewiesen wird. Für die übrigen (die somatischen) Fachgebiete wird eine Gesamtbettenzahl ausgewiesen.

Die Gliederung der Übersicht in Teil II erfolgt auf der Ebene der NUTS 2-Verwaltungseinheiten in Anlehnung an die bisherigen Direktionsbezirke nach drei Regionen (Südwestsachsen, Ostsachsen und Nordwestsachsen) mit den kreisfreien Städten und Landkreisen gemäß dem

Sächsischen Kreisgebietsneugliederungsgesetz<sup>17</sup> und in Anlehnung an das Landesplanungsgesetz<sup>18</sup>.

Teil II Nummer 2 enthält die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten unter Angabe der einzelnen Gesundheitsfachberufe (vergleiche § 2 Nummer 1a, § 8 Absatz 3, § 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 2 Absatz 4 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).

Teil II Nummer 3 enthält eine Übersichtskarte der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen (Ü1.1) sowie Karten, die die Verteilung verschiedener Fachrichtungen im Freistaat aufzeigen (Ü1.2 bis Ü1.5), und Übersichten der geförderten Krankenhäuser und Krankenhausbetten nach Versorgungsstufen und Trägerschaften (Ü2), eine Zusammenstellung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen, Fachgebieten und Gesamtbettenzahl (Ü3) sowie eine Übersicht zu den tagesklinischen Plätzen in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ü4).

## 4.3 Krankenhausstrukturen und Fachgebiete

### 4.3.1 Allgemein- und Fachkrankenhäuser, Versorgungsstufen, Zusammenarbeit

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

Allgemeinkrankenhäuser sind Einrichtungen, die die Voraussetzungen nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, ohne dass in der Regel ein bestimmtes Fachgebiet im Vordergrund steht.

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

- **Krankenhäuser der Regelversorgung** zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin umfassen. Besteht ein entsprechender Bedarf, können sie daneben insbesondere die Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Urologie vorhalten (§ 6 Absatz 1 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).
- In Ausnahmefällen können **Krankenhäuser der Regelversorgung mit dem Zusatz Gesundheitszentrum** im Krankenhausplan ausgewiesen werden (§ 6 Absatz 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes). Dabei handelt es sich um Krankenhäuser der Regelversorgung, die nur noch entweder die Fachrichtung Chirurgie oder die Fachrichtung Innere Medizin oder beide Fachrichtungen in eingeschränktem Umfang umfassen. Bei nicht anderweitig gedecktem Bedarf können sie die Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Urologie vorhalten.

---

<sup>17</sup> Gesetz zur Neugliederung des Gebietes der Landkreise des Freistaates Sachsen (Sächsischen Kreisgebietsneugliederungsgesetz – SächsKrGebNG) vom 29. Januar 2008 (SächsGVBl. Seite 102), das durch Artikel 7 des Gesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. Seite 970) geändert worden ist

<sup>18</sup> Gesetz zur Raumordnung und Landesplanung des Freistaates Sachsen (Landesplanungsgesetz – SächsLPIG) vom 11. Dezember 2018 (SächsGVBl. S. 706), das zuletzt durch Artikel 25 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (SächsGVBl. S. 705) geändert worden ist

- **Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung** erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. Sie umfassen die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin und Urologie. Ausnahmen von dem Fachgebietsspektrum sind zulässig, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung erforderlich ist. Besteht ein entsprechender Bedarf, können sie auch weitere Fachrichtungen vorhalten, insbesondere Dermatologie, Neurochirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (§ 6 Absatz 3 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).
- **Krankenhäuser der Maximalversorgung** müssen im Rahmen des Bedarfs mit ihren Leistungsangeboten über Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung wesentlich hinausgehen. Sie sollen die entsprechenden hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtungen vorhalten (§ 6 Absatz 4 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).

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

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

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

Gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 des Sächsischen Krankenhausgesetzes sind die Krankenhäuser ihrem Versorgungsauftrag entsprechend zur **Zusammenarbeit** untereinander und mit anderen Personen und Institutionen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, andere Leistungserbringer der gesundheitlichen Versorgung, der öffentliche Gesundheitsdienst, die sonstigen Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, der Rettungsdienst, die Integrierten Regionalstellen sowie die Krankenkassen und anderen Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung) verpflichtet. Auch die Festlegung von Versorgungsstufen ist Bestandteil des Versorgungsauftrages. Dementsprechend kommt den Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie der Schwerpunktversorgung mithin eine besondere Verpflichtung im Rahmen der Zusammenarbeit mit den anderen Krankenhäusern der jeweiligen Region zu. Die Zusammenarbeit sollte ihren Schwerpunkt in der Region haben, zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen und zu Behandlungsschwerpunkten geschlossen werden und einem Wissenstransfer in die Fläche dienen.

### **4.3.2 Fachgebiete, Fachprogramme, Zentren und sonstige Festlegungen**

Bei den im Krankenhausplan, Teil II, angeführten Krankenhäusern werden – in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (WBO) vom 26. August 2020, in der Fassung der Änderungssatzung vom 17. Juni 2023 – die Gebiete ausgewiesen, in denen Betten oder Tagesplätze zur vollstationären oder teilstationären Aufnahme von Patienten geplant werden. Eine differenziertere Zuordnung zu den in der WBO aufgeführten Teilgebieten und Schwerpunkten in den jeweiligen Gebieten erfolgt mit folgenden Ausnahmen nicht:

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

Schwerpunkte im Sinne der WBO und sonstige Spezialisierungen innerhalb eines Fachgebietes werden als Versorgungsauftrag gesondert in Teil II Nummer 1 krankenhausesindividuell ausgewiesen, sofern sie im Rahmen von Nummer 4 – Fachprogramme – gesondert geplant werden.

Auch mit dem vorliegenden Krankenhausplan wird mithin die Zentralisierung und Spezialisierung in den Blick genommen. Dies erfolgt wie bisher insbesondere durch die gezielte Zuweisung von bestimmten Versorgungsaufgaben im Hinblick auf Fachrichtungen oder Fachprogramme.

In Nummer 6.4 werden entsprechend § 5 Absatz 6 des Sächsischen Krankenhausgesetzes auch die gemäß Transplantationsgesetz<sup>19</sup> zugelassenen Transplantationszentren ausgewiesen.

Der Ausweis von Belegbetten erfolgt schwerpunktbezogen; auf Nummer 4.4 wird verwiesen.

Zentren im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Krankenhausentgeltgesetz sind die unter Nummer 7 explizit als solche ausgewiesenen Zentren.

In Nummer 8 werden Festlegungen zu weiteren Versorgungsangeboten getroffen, die weder den Fachprogrammen (Nummer 5) noch den Zentren (Nummer 7) zuzuordnen sind.

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

### **4.3.3 Krankenhausentwicklungsplan**

Im vorliegenden Krankenhausplan wird neben dem Stichtag 01.01.2024 ein Prognosezeitraum bis zum Jahr 2027 betrachtet.

Der Krankenhausplan stellt dabei ausdrücklich nicht nur auf den Stand beziehungsweise die aktuell für die Versorgung vorgesehenen Krankenhäuser ab, sondern erstreckt sich auch auf die vorgesehene Entwicklung der Krankenhäuser. Die Krankenhausplanung ist somit grundsätzlich auf ein strategisches, über den jeweiligen Fortschreibungszeitraum hinausgehendes

---

<sup>19</sup> Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I Seite 2206), das zuletzt durch Artikel 15d des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I Seite 2754) geändert worden ist

mittel- und langfristiges Zielbild und die Integration und Berücksichtigung dieses Zielbildes bei den im jeweiligen Krankenhausplan getroffenen Einzelfestlegungen ausgerichtet.

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

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

Die weitere mittel- und langfristige Entwicklung der Krankenhäuser des Freistaates Sachsen konkret vorauszusagen, ist angesichts der aktuellen Reformüberlegungen auf Bundesebene zum Krankenhausbereich, zur Notfallversorgung sowie zur sektorenübergreifenden Versorgung jedoch zum jetzigen Zeitpunkt faktisch unmöglich.

Ein Krankenhausentwicklungsplan, der die voraussichtliche Entwicklung der Krankenhauslandschaft über das Jahr 2027 hinaus beleuchtet, um eine strategische mittel- und langfristige Orientierung zu bieten, wird daher erst nach Inkrafttreten des Krankenhausplanes und im Lichte der Reformen auf Bundesebene gesondert entwickelt werden können.

#### **4.4 Belegarztsystem**

Das Belegarztsystem in den sächsischen Krankenhäusern richtet sich nach den gesetzlichen Grundlagen (§§ 115 und 121 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

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

Ein leistungsfähiges Belegarztsystem setzt voraus, dass in der Regel mehrere qualifizierte Vertragsärzte zur Verfügung stehen und ärztliche Präsenz über 24 Stunden täglich sichergestellt ist. Die Bereitschaft zur intensiven Information und Kooperation sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis wird vorausgesetzt. Die belegärztliche Tätigkeit von Vertragsärzten richtet sich nach den Regelungen des Bundesmantelvertrages der Ärzte (BMV-Ä).

Bei der Einrichtung beziehungsweise Schließung von Belegbetten gilt folgende Regelung:

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

#### **4.5 Teilstationäre und tagesstationäre Versorgung im Krankenhaus**

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

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

Ergänzend können in ausgewählten somatischen Fachbereichen teilstationäre Kapazitäten ausgewiesen werden; dies betrifft vorliegend ausschließlich die Akutgeriatrie, Adipositas (als Bestandteil des Fachprogramms), Hämatologie/Onkologie, Schmerztherapie und Kinderkardiologie (als Bestandteil des spezifischen Versorgungsauftrages des Herzzentrums Leipzig). Insofern erfolgt jeweils eine inhaltliche (Bezeichnung Fachgebiet, Fachprogramm und Ähnliches) und eine zahlenmäßige Ausweisung (Anzahl der Tagesplätze).

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

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

## **4.6 Notfallversorgung**

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

Bereits in der letzten Legislaturperiode des Bundestages wurde über eine umfassende Reform der Notfallversorgung diskutiert und auch in der aktuellen Legislaturperiode werden neue Reformansätze aufgegriffen (siehe die Vierte sowie die Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland). Kernfrage dabei ist, wie die Patientinnen und Patienten in Notfällen schnell und effektiv dort versorgt werden können, wo dies auch medizinisch sinnvoll ist.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), zuletzt geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) legt für jede Stufe der Notfallversorgung (Basisnotfallversorgung – Stufe 1, erweiterte Notfall-



versorgung – Stufe 2, umfassende Notfallversorgung – Stufe 3) insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert fest. Die strukturellen Anforderungen steigen mit der Höhe der Stufe. Die Prüfung der Einordnung der Krankenhäuser in das gestufte System von Notfallstrukturen erfolgt im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

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

Die Regelung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Grundlage für Zu- oder Abschläge nach dem Krankenhausentgeltrecht. Insofern erfolgt der krankenhauserplanerische Ausweis der Notfallstufen-Zuordnung lediglich nachrichtlich.

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

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

Die Krankenhäuser stellen im Rahmen des § 28 Absatz 3 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz<sup>20</sup> Ärzte für den Rettungsdienst zur Verfügung. Gemäß § 56 Absatz 1 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz haben sie Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben sowie mit der zuständigen Brandschutz-, Rettungsdienst- und Katastrophenschutzbehörde und der Leitstelle abzustimmen und diesen die Pläne zur Verfügung zu stellen. Zudem sind gemäß § 27 Absatz 4 des Sächsischen Krankenhausgesetzes Alarm- und Einsatzpläne für den Fall der Evakuierung der Krankenhäuser aufzustellen, fortzuschreiben und einzuüben.

---

<sup>20</sup> Sächsisches Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz vom 24. Juni 2004 (SächsGVBl. Seiten 245, 647), das zuletzt durch das Gesetz vom 25. Juni 2019 (SächsGVBl. Seite 521) geändert worden ist

## 5 Verfahren zur Ermittlung des Bettenbedarfes

### 5.1 Einflussfaktoren auf die Krankenhausplanung

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

- die Betten- und Tagesplatzkapazitäten des bisher gültigen Krankenhausplanes (12. Fortschreibung laut Bekanntmachung vom 26. September 2018, in der aktualisierten Fassung zum Stand 1. Juli 2022),
- die Anträge der Krankenhausträger für den Planungszeitraum ab 2024 und ihre Vorstellungen zur künftigen Entwicklung,
- Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (sogenannte „InEK-Daten“) für das Jahr 2019 sowie ergänzend für die Jahre 2020 und 2021 (zur Berücksichtigung von zwischenzeitlichen, nicht nur coronabedingten Entwicklungen),
- die nach § 3 Nummer 14 der Krankenhausstatistikverordnung<sup>21</sup> vom Statistischen Landesamt Sachsen erhobenen Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser für das Jahr 2021,
- Entwicklungstendenzen wichtiger Krankenhausparameter im Freistaat Sachsen, insbesondere Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettenziffer auf Basis der Grunddaten der Krankenhausstatistik (auch im bundesweiten Vergleich),
- die Einwohnerzahl in den Kreisfreien Städten und Landkreisen sowie die Entwicklung der zukünftigen Bevölkerungsstruktur in den Kreisfreien Städten und Landkreisen auf Basis der 7. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung in Sachsen vom 19. Mai 2020, Variante 2,
- Abweichungsanalyse des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen vom 25. August 2022.

Auf Basis der vorliegenden Daten (InEK, StaLA) wurden in ausgewählten Fachbereichen sowie in bestimmten Leistungsbereichen bereits im Vorfeld der Antragsstellung Voranalysen durchgeführt sowie krankenhausesindividuelle Portfolios mit umfangreichen Informationen (unter anderem zum Leistungsspektrum, aber auch zur Entwicklung der Personalsituation oder Bettenauslastung vor und während der Corona-Pandemie) erstellt, welche in den weiteren Planungsprozess eingeflossen sind.

### 5.2 Methode zur Bedarfsberechnung

#### 5.2.1 Hill-Burton-Methode, Bettenkorridor

Die Bedarfsanalyse, die dem Krankenhausplan für die Jahre ab 2024 zugrunde liegt, folgt der anerkannten „Hill-Burton-Methode“. Danach errechnet sich der Bettenbedarf im Wesentlichen aus den Determinanten Einwohnerzahl (EW), Krankenhaushäufigkeit (KHH), Verweildauer (VD) und Bettennutzungsgrad (BN):

---

<sup>21</sup> Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I Seite 730) die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 10. Juli 2017 (BGBl. I Seite 2300) geändert worden ist

Abbildung 3: Hill-Burton-Formel

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

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

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

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

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

### 5.2.2 Einwohnerzahl, demografiebedingte Entwicklung

Der Bedarfsberechnung des einzelnen Krankenhauses werden die für die jeweilige Region (Einzugsgebiet) im Jahr 2019 die Daten der Bevölkerungsfortschreibung und im Jahr 2024 die vom Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen prognostizierten Einwohnerzahlen zugrunde gelegt (7. RBV – Variante 2 und Abweichungsanalyse).

Eine nichtdemografiebedingte Fallzahlentwicklung wird im vorliegenden Krankenhausplan nicht berücksichtigt, da die Corona-Pandemie zu Verweildauerverkürzungen geführt hat und die Pandemieeffekte in Abgrenzung zu einer nichtdemografiebedingten Fallzahlentwicklung nicht genau bestimmbar sind.

### 5.2.3 Verweildauer und Prognose der Verweildauerentwicklung

Im somatischen Bereich wird auf Basis der DRG-Daten 2019 eine krankenhausspezifische Durchschnittsverweildauer ermittelt und zugrunde gelegt.

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

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

Für die Prognose der Verweildauerentwicklung wird getrennt für die somatischen und psychischen Fachgebiete für Sachsen insgesamt die tatsächliche Verweildauer ermittelt und jährliche Veränderungsdaten berechnet.

## 5.2.4 Bettennutzungsgrad

Der Bettennutzungsgrad weist den prozentualen Anteil aus, um den die Bettenkapazität in einem Krankenhaus im Jahresdurchschnitt genutzt werden soll, um den Erfordernissen einer medizinisch leistungsfähigen und zugleich wirtschaftlichen stationären Akutversorgung zu entsprechen. Er wird für jedes Fachgebiet normativ festgelegt ( $BN_{\text{Soll}}^{\text{Fachgeb. n}}$ ):

**Tabelle 7: Bettennutzungsgrad in den somatischen Fachgebieten**

| Fachgebiet beziehungsweise Teilgebiet oder Fachprogramm | Bettennutzungsgrad ( $BN_{\text{Soll}}^{\text{2024 Fachgeb. n}}$ ) in Prozent Hauptabteilung |
|---|--|
| <b>Somatische Fachgebiete</b>                           |  |
| Augenheilkunde  | 80   |
| Chirurgie   | 85   |
| darunter Herzchirurgie                                  | 85   |
| darunter Kinderchirurgie                                | 75   |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe                        | 85   |
| Hals-Nasen-Ohrenheilkunde                               | 85   |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten                        | 85   |
| Innere Medizin und Allgemeinmedizin                     | 85   |
| Kinder- und Jugendmedizin                               | 75   |
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie                           | 85   |
| Neurochirurgie  | 85   |
| Neurologie  | 85   |
| darunter Neurologische Frührehabilitation Phase B       | 90   |
| Nuklearmedizin  | 85   |
| Strahlentherapie  | 85   |
| Urologie  | 85   |

Der Bettennutzungsgrad von Belegabteilungen wird individuell pro Krankenhaus betrachtet.

**Tabelle 8: Bettennutzungsgrad in den psychischen Fachgebieten**

| Fachgebiet beziehungsweise Teilgebiet oder Fachprogramm | Bettennutzungsgrad ( $BN_{\text{Soll}}^{\text{2024 Fachgeb. n}}$ ) in Prozent bezogen auf die Belegungstage inklusive Beurlaubungstage Hauptabteilung |
|---|---|
| <b>Psychische Fachgebiete</b>                           |   |
| Psychiatrie und Psychotherapie                          | 90  |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie       | 90  |
| Psychosomatische Medizin und Psychotherapie             | 90  |

Während der Bettennutzungsgrad für die psychischen Fachgebiete unmittelbar in die Bedarfsberechnung einfließt, wird für die somatischen Fachgebiete ähnlich wie bei der Verweildauer auf Basis der DRG-Daten 2019 ein krankenhausindividueller Durchschnittswert unter Berücksichtigung der Fachgebietsstruktur jedes Krankenhauses ermittelt.

## **6 Fachprogramme**

Ein Fachprogramm nimmt Bezug auf ein Teilgebiet einer Fachrichtung und wird aus Gründen der Qualitätssicherung in den Krankenhausplan aufgenommen. Damit werden die notwendigen strukturellen Voraussetzungen einer qualitativ hochwertigen und spezialisierten Versorgung durch die Konzentration von Leistungen an ausgewählten Kliniken sichergestellt. Mit der Zuordnung eines Fachprogrammes für ein Krankenhaus erfolgt die Übertragung des entsprechenden Versorgungsauftrages.

### **6.1 Fachgebiet Innere und Allgemeinmedizin**

#### **6.1.1 Behandlung von Erkrankungen durch hochpathogene und lebensbedrohliche Erreger**

Zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen durch hochpathogene und lebensbedrohliche Erreger steht im Klinikum St. Georg Leipzig als überregionale Schwerpunktlinik und Kompetenzzentrum eine gesonderte Isolierstation mit fünf Betten zur strikten Isolierung und eine weitere mit fünf Betten zur Standardisolierung zur Verfügung. Auf Basis eines Staatsvertrages beteiligen sich Sachsen-Anhalt und Thüringen an der Finanzierung der Einrichtung.

#### **6.1.2 Spezialisierte Adipositasbehandlungen**

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

- Klinikum Chemnitz, Standort Chemnitz, Flemmingstraße/Bürgerstraße (Küchwald)
- Heinrich-Braun-Klinikum, Standort Zwickau, Karl-Keil-Straße,
- Städtisches Klinikum Dresden, Standort Neustadt,
- HELIOS Weißeritztal-Kliniken, Standort Freital,
- Universitätsklinikum Leipzig und
- Klinikum St. Georg Leipzig (Erwachsene).

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

Das Fachprogramm Adipositas umfasst regelhaft auch tagesklinische Kapazitäten.

## 6.2 Versorgung Schwerbrandverletzter

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

## 6.3 Neurologische Frührehabilitation Phase B

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

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

## 6.4 Transplantation

### 6.4.1 Transplantationszentren nach Transplantationsgesetz

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

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

- Universitätsklinikum Dresden: Niere, Lunge<sup>22</sup>, Bauchspeicheldrüse,
- Herzzentrum Dresden: Herz, Lunge<sup>23</sup>,

---

<sup>22</sup> Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Dresden (nur Vor- und Nachbetreuung) mit dem Herzzentrum Dresden.

<sup>23</sup> Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Dresden (nur Vor- und Nachbetreuung) mit dem Herzzentrum Dresden.

- Universitätsklinikum Leipzig: Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse, Lunge<sup>24</sup>,
- Herzzentrum Leipzig: Herz, Lunge<sup>25</sup>

#### **6.4.2 Stammzell-/Knochenmarktransplantation**

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

- Klinikum Chemnitz, Standort Chemnitz, Flemmingstraße/Bürgerstraße (Küchwald)
- Universitätsklinikum Dresden und
- Universitätsklinikum Leipzig.

#### **6.5 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlea-Implantation**

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

Eine hochwertige qualitative Versorgung setzt eine multidisziplinäre Behandlung mit intensiver präoperativer Diagnostik und eine umfassende postoperative klinische Basis- und Folgetherapie voraus, welche interdisziplinär in Zentren mit entsprechender Fachkompetenz unter Berücksichtigung der aktuellen S2k-Leitlinie zur Cochlea-Implantat-Versorgung durchzuführen ist. Zur Sicherstellung des Behandlungserfolges erfolgt die Cochlea-Implantation in Versorgungsstrukturen, die zum einen die klinische Basistherapie und auch die Folgetherapie interdisziplinär an einem Standort in enger Zusammenarbeit mit Rehabilitationskliniken sicherstellt.

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

### **7 Besondere Aufgaben von Zentren nach den Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)**

Bei den im Folgenden krankenhauplanerisch ausgewiesenen Zentren handelt es sich nur um jene nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes in Verbindung mit den Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses<sup>26</sup>; die Benennung und Organisation von Zentren ist den Krankenhäusern im Übrigen unbenommen.

Gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten. Die besonderen Aufgaben setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine

---

<sup>24</sup> Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Leipzig (nur Vor- und Nachbetreuung) mit dem Herzzentrum Leipzig.

<sup>25</sup> Die Lungentransplantationen erfolgen in Kooperation des Universitätsklinikums Leipzig (nur Vor- und Nachbetreuung) mit dem Herzzentrum Leipzig.

<sup>26</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) in der Fassung vom 5. Dezember 2019 (BAnz T 12.03.2020 B2), zuletzt geändert am 18. März 2022 (BAnz AT 03.06.2022 B3)

gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Dies bedeutet, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien der Zentrums-Regelungen nicht automatisch auch den krankenhauserplanerischen Ausweis als Zentrum zur Folge hat. Der Ausweis erfolgt nach krankenhauserplanerischen Belangen.

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

Der Ausweis eines Zentrums hat dabei – im Unterschied zu einem Fachprogramm (siehe Nummer 4) – nicht zur Folge, dass andere Krankenhäuser von dem jeweils tangierten Versorgungsauftrag ausgeschlossen sind. Jedoch können nur solche krankenhauserplanerisch ausgewiesenen Zentren Zuschläge erhalten, die besondere Aufgaben auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen (§ 5 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes). Dabei erfolgt die Prüfung der weiteren Erfüllung der Qualitätskriterien jeweils im Rahmen der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen.

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

## **7.1 Zentren für seltene Erkrankungen**

Eine Erkrankung gilt als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen in der Europäischen Union von ihr betroffen sind. Derzeit werden etwa 7.000 bis 8.000 Erkrankungen als selten eingestuft.

Aufgrund der besonderen Vorhaltungen bei gleichzeitig geringen Fallzahlen von seltenen Erkrankungen und aufgrund der zusätzlichen Aufgaben der krankheitsübergreifenden Referenzzentren (Typ A Zentren) gelten die folgenden Einrichtungen als Zentren für seltene Erkrankungen:

- das Universitätsklinikum Dresden und
- das Universitätsklinikum Leipzig.

Entsprechend § 2 der Anlage 1 der Zentrums-Regelungen nehmen die Zentren folgende besondere Aufgaben wahr:

1. Durchführung fachspezifischer Kolloquien, Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 1 der Anlage,
2. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende anderer Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 2 der Anlage,
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise entsprechend § 2 Nummer 3 der Anlage,
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen entsprechend § 2 Nummer 4 der Anlage,



5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen entsprechend § 2 Nummer 5 der Anlage,
6. Registertätigkeiten entsprechend § 2 Nummer 6 der Anlage,
7. Vorhaltung eines Koordinators entsprechend § 2 Nummer 7 der Anlage,
8. Bereitstellung einer webbasierten, öffentlich einsehbaren Informationsplattform entsprechend § 2 Nummer 8 der Anlage,
9. Implementierung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin entsprechend § 2 Nummer 9 der Anlage,
10. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums entsprechend § 2 Nummer 10 der Anlage.

## 7.2 Onkologische Zentren

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

Onkologische Zentren sind:

- das Klinikum Chemnitz, Standort Chemnitz, Flemmingstraße/Bürgerstraße (Küchwald), und das Heinrich-Braun-Klinikum, Standort Zwickau, Karl-Keil-Straße – in gemeinsamer Erfüllung und Abstimmung – für die Planungsregion Südwestsachsen,
- das Universitätsklinikum Dresden und das Städtisches Klinikum Dresden, Standort Friedrichstadt, – in gemeinsamer Erfüllung und Abstimmung – für die Planungsregion Ostsachsen
- das Universitätsklinikum Leipzig für die Planungsregion Nordwestsachsen.

Entsprechend § 2 der Anlage 2 der Zentrums-Regelungen nehmen die Zentren folgende besondere Aufgaben wahr:

1. Durchführung fachspezifischer Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 1 der Anlage,
2. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende anderer Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 2 der Anlage,
3. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen entsprechend § 2 Nummer 3 der Anlage,
4. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen entsprechend § 2 Nummer 4 der Anlage,
5. Registertätigkeiten entsprechend § 2 Nummer 5 der Anlage,
6. Leistungen der in der Richtlinie zur Kinderonkologie vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik entsprechend § 2 Nummer 6 der Anlage,
7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums entsprechend § 2 Nummer 7 der Anlage.

## 7.3 Traumazentren

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

Traumazentren sind

- das Klinikum Chemnitz, Standort Chemnitz, Flemmingstraße/Bürgerstraße (Küchwald), und das Heinrich-Braun-Klinikum, Standort Zwickau, Karl-Keil-Straße, – in gemeinsamer Erfüllung und Abstimmung – für die Planungsregion Südwestsachsen
- das Universitätsklinikum Dresden und das Städtische Klinikum Dresden, Standort Friedrichstadt, – in gemeinsamer Erfüllung und Abstimmung – für die Planungsregion Ostachsen und
- das Universitätsklinikum Leipzig und das Klinikum St. Georg Leipzig, Standort Eutritzsch, – in gemeinsamer Erfüllung und Abstimmung – für die Planungsregion Nordwestsachsen.

Entsprechend § 2 der Anlage 3 der Zentrums-Regelungen nehmen die Zentren folgende besondere Aufgaben wahr:

1. Durchführung fachspezifischer Kolloquien, Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 1 der Anlage,
2. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende anderer Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 2 der Anlage,
3. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen entsprechend § 2 Nummer 3 der Anlage,
4. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen entsprechend § 2 Nummer 4 der Anlage,
5. Registertätigkeiten entsprechend § 2 Nummer 5 der Anlage,
6. 24-stündige Verfügbarkeit intraoperativer Computertomografie mit Vorhaltung des entsprechenden fachradiologischen Bereitschaftsdienstes entsprechend § 2 Nummer 6 der Anlage,
7. ganzjährige Vorhaltung von Verbrauchsmaterialien für die Versorgung von Großschadensereignissen entsprechend § 2 Nummer 7 der Anlage.

## **7.4 Rheumatologische Zentren und Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie**

Rheumatologische Zentren sind

- das Städtische Klinikum Dresden, Standort Friedrichstadt und
- das Universitätsklinikum Leipzig.

Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie ist das Klinikum St. Georg Leipzig, Standort Eutritzsch. Die Rheumatologischen Zentren haben in Bezug auf die Kinderrheumatologie eine enge Kooperation mit dem Klinikum St. Georg Leipzig einzugehen und zu pflegen.

Entsprechend § 2 der Anlage 4 der Zentrums-Regelungen nehmen die Zentren folgende besondere Aufgaben wahr:

1. Durchführung fachspezifischer Kolloquien, Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 1 der Anlage,
2. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende anderer Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 2 der Anlage,
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise entsprechend § 2 Nummer 3 der Anlage,
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen entsprechend § 2 Nummer 4 der Anlage,

5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen entsprechend § 2 Nummer 5 der Anlage,
6. Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie: Implementierung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin entsprechend § 2 Nummer 6 der Anlage.

## 7.5 Herzzentrum

Herzzentrum im Sinne von § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ist

- das Herzzentrum Leipzig.

Entsprechend § 2 der Anlage 5 der Zentrums-Regelungen nimmt das Zentrum folgende besondere Aufgaben wahr:

1. Durchführung fachspezifischer Kolloquien, Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 1 der Anlage,
2. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende anderer Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 2 der Anlage,
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise entsprechend § 2 Nummer 3 der Anlage,
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen entsprechend § 2 Nummer 4 der Anlage,
5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen entsprechend § 2 Nummer 5 der Anlage,
6. Registertätigkeiten entsprechend § 2 Nummer 6 der Anlage,
7. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) entsprechend § 2 Nummer 7 der Anlage.

## 7.6 Neurovaskuläre Zentren

Neurovaskuläre Zentren sind

- das Universitätsklinikum Dresden und
- das Universitätsklinikum Leipzig.

Entsprechend § 2 der Anlage 6 der Zentrums-Regelungen nehmen die Zentren folgende besondere Aufgaben wahr:

1. Durchführung fachspezifischer Kolloquien, Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 1 der Anlage,
2. Registertätigkeiten entsprechend § 2 Nummer 2 der Anlage,
3. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende anderer Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 3 der Anlage,
4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise entsprechend § 2 Nummer 4 der Anlage,
5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen entsprechend § 2 Nummer 5 der Anlage,
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen entsprechend § 2 Nummer 6 der Anlage,
7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums entsprechend § 2 Nummer 7 der Anlage.

## 7.7 Lungenzentrum

Lungenzentrum ist das Fachkrankenhaus Coswig. Dabei erfolgt eine enge Kooperation mit dem Universitätsklinikum Dresden.

Entsprechend § 2 der Anlage 7 der Zentrums-Regelungen nimmt das Zentrum folgende besondere Aufgaben wahr:

1. Durchführung fachspezifischer Kolloquien, Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 1 der Anlage,
2. Registertätigkeiten entsprechend § 2 Nummer 2 der Anlage,
3. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende anderer Krankenhäusern und so weiter, entsprechend § 2 Nummer 3 der Anlage,
4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise entsprechend § 2 Nummer 4 der Anlage,
5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen entsprechend § 2 Nummer 5 der Anlage,
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen entsprechend § 2 Nummer 6 der Anlage,
7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums entsprechend § 2 Nummer 7 der Anlage,
8. Sofern Kinder im Zentrum behandelt werden: Implementierung eines Transitionskonzepts zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin entsprechend § 2 Nummer 8 der Anlage,
9. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) entsprechend § 2 Nummer 9 der Anlage.

## 8 Sonstige Festlegungen

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

### 8.1 Landesspezifische Zentren

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

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

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

## 8.2 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Im Freistaat Sachsen steht allen werdenden Müttern eine gute stationäre geburtshilfliche Versorgung zur Verfügung. Entsprechend der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)<sup>27</sup> hat sich eine gestufte Versorgung mit unterschiedlichen Spezialisierungsgraden etabliert, die maßgeblich für die geringe Säuglingssterblichkeit in Sachsen ist.

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

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

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

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

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

- Der Versorgungsauftrag im Rahmen einer Hauptabteilung umfasst in der Regel sowohl Frauenheilkunde als auch Geburtshilfe.
- Entfernungsangaben zur Erreichbarkeit von stationären Geburtshilfen werden nicht festgelegt.
- Hinsichtlich struktureller Anforderungen sind hervorzuheben die ständige Sicherstellung des Facharztstandards in der Geburtshilfe und die dauerhafte Verfügbarkeit von Kinderärzten beziehungsweise Neonatologen bei Geburten, in der Regel durch eine eigenständige Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin am Krankenhaus.
- Die gestufte Versorgung entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird beibehalten. Spezialisierte geburtshilfliche Versorgungsangebote, wie die perinatalogische und neonatologische Versorgung, sind auf wenige, bedarfsnotwendige

---

<sup>27</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 (BAnz 2005 Seite 15 684), zuletzt geändert am 20. Oktober 2022 (BAnz AT 01.12.2022 B3)

Standorte zu konzentrieren. Im Freistaat Sachsen sollen grundsätzlich in allen drei sächsischen Großstädten Dresden, Leipzig und Chemnitz entsprechende Versorgungsangebote vorgehalten werden, die die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bezüglich Struktur und Qualität erfüllen.

- Zentraler Faktor für Versorgungsstabilität, Refinanzierung von Vorhaltekosten sowie Personalakquise ist eine gewisse Abteilungsgröße. Kann diese regelmäßig nicht mehr erreicht werden, sind mit dem Krankenhausträger frühzeitig Gespräche zur Weiterentwicklung der Versorgung in der Region zu führen. Dabei sind Aspekte wie eine stabile personelle Besetzung sowie gute Ergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren ebenso zu betrachten wie regionale alternative Versorgungsmöglichkeiten.
- Alle Kliniken mit geburtshilflichen Leistungsangeboten einer Region sollen sich zu Kompetenzverbänden zusammenschließen und sich in Versorgung und Weiterbildung gegenseitig unterstützen. Die Bildung der Kompetenzverbände wird krankenhauplanerisch begleitet.
- Geburtsvorbereitung, insbesondere vorgeburtliche Risikovorsorge, sowie Nachsorge sind wohnortnah und ambulant zu organisieren; sie sollen in die regionalen Netzwerkverbände eingebunden werden.
- In ländlichen Regionen sollte überwiegend eine interdisziplinäre ambulante Gesundheitsversorgung sowohl für gynäkologische als auch geburtshilfliche Leistungen vorgehalten werden.
- Die Weiterbildung von Ärzten im Fachgebiet Frauenheilkunde/Geburtshilfe ist, gerade auch im ambulanten Bereich, zu stärken.

### **8.3 Kinder- und Jugendmedizin**

Um eine qualitativ hochwertige altersgerechte stationäre Versorgung auch weiterhin für alle Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten, wird an dem Grundsatz festgehalten, Kinder und Jugendliche weiterhin in dafür ausgewiesenen pädiatrischen Abteilungen zu behandeln. Die Einrichtungen haben den Belangen kranker Kinder mit ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich zu entsprechen. Ziel ist es, dass alle Einrichtungen die Qualitätskriterien, die in dem von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKind) mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e. V. (BaKuK) und der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin e. V. (DAKJ) entwickelten Strukturpapier „Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ definiert sind, erfüllen und das Gütesiegel "Ausgezeichnet. FÜR KINDER" erhalten.

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

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

Im Rahmen des Projektes „Kinder-Tele-Intensivnetzwerk Sachsen“ kooperiert das Universitätsklinikum Dresden mit 16 Krankenhäusern im Freistaat, um die pädiatrische intensivmedizinische Versorgung zu verbessern. Neben der Vernetzung beinhaltet die Kooperation im Wesentlichen telemedizinische Notfall-Konsile 24/7, die pädiatrische Intensivtherapie im Universitätsklinikum Dresden (nach Übernahme des Patienten) mit Rückverlegung sowie bei Bedarf telemedizinische Nachbetreuung bei komplexen Verläufen und schließlich die Weiterbildung

der Teams in den kooperierenden Krankenhäusern. Das Projekt wird auf Grundlage der Richtlinie (RL) eHealthSax bis Ende 2024 gefördert.

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

## **8.4 Versorgung geriatrischer Patienten**

Die medizinische Behandlung alter und älterer Menschen wird prinzipiell an allen Akutkrankenhäusern sichergestellt; dabei ist zu gewährleisten, dass auf die besonderen Belange alter Menschen Rücksicht genommen wird.

Bei einem Anteil von 10 bis 25 Prozent der geriatrischen Patienten (höheres Lebensalter – überwiegend 70 Jahre oder älter – und geriatritypische Multimorbidität oder sehr hohes Alter – 80 Jahre und älter – auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität) kann dabei nach Ansicht des Bundesverbandes Geriatrie aufgrund der Spezifik der Erkrankung mit einer spezialisierten geriatrischen Versorgung in entsprechenden Fachabteilungen ein besseres Behandlungsergebnis erzielt werden.

Diese spezialisierte geriatrische Versorgung im Sinne der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung findet in den Krankenhäusern statt, die die spezifischen Strukturvoraussetzungen des Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-550 erfüllen. Dort stehen multiprofessionelle Behandlungsteams mit entsprechend geriatrisch qualifizierten Ärzten und Pflegekräften sowie die notwendigen therapeutischen, psychosozialen sowie ergänzenden Dienste zur Verfügung.

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

## **8.5 Palliativversorgung**

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

Um die erforderliche Behandlungsqualität zu gewährleisten, müssen die Einrichtungen die international anerkannten „Qualitätskriterien für Palliativstationen“ erfüllen, von denen auch die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages (Bundestagsdrucksache 15/5858, Seite 27 fortfolgend) ausgeht. Die Palliativstationen sollen in der Regel zwischen 6 und 12 Betten umfassen. Das Angebot der Palliativstationen wird ergänzt durch Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der Hospizversorgung sowie der internen oder externen Palliativdienste im Krankenhaus.

## 8.6 Spezialisierte kardiologische Leistungen

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

Darüber hinausgehende Angebote bedürfen der Genehmigung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt; der Krankenhausplanungsausschuss ist zu beteiligen. Eine Genehmigung kann nur erteilt werden, sofern damit den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung entsprochen wird. Bei dieser Entscheidung sind die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK) zu berücksichtigen. Erreichbarkeiten und rettungsdienstliche Kapazitäten sollen zudem mit betrachtet werden.

Entsprechende Genehmigungen werden an folgende Krankenhäuser der Regelversorgung erteilt:

- Klinikum Oberlausitzer Bergland, Standort Zittau,
- HELIOS Klinikum Pirna,
- Klinikum Döbeln.

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

## 8.7 Spezialisierte septische Chirurgie

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

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

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

## 8.8 Versorgung von Schlaganfallpatienten

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

- „Teleneuromedizinisches Schlaganfallnetzwerk Südwestsachsen TNS-NET“,
- „Schlaganfallversorgung Ostsachsen Netzwerk SOS-NET“,
- „Telemedizinisches Schlaganfall-Netzwerk Nordwestsachsen TESSA“.



Die Rahmenvereinbarung „Schlaganfallnetzwerk Freistaat Sachsen“ definiert die Strukturanforderungen der teilnehmenden Krankenhäuser und regelt die Vergütung sowie das Verfahren zur Abrechnung der Leistungen zwischen den Krankenhäusern und Kostenträgern. Eine Ausweisung als Zentrum nach Krankenhausentgeltgesetz erfolgt aus diesem Grund nicht.

## **8.9 Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen im Sinne des § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Entsprechend der im Landespsychiatrieplan definierten Grundprinzipien und Zielstellungen der psychiatrischen Versorgung ist es ein erklärtes Ziel des Freistaates, dass die zur Behandlung psychischer Störungen notwendigen Hilfen möglichst ambulant erbracht werden sollen. Der Grundsatz ambulant vor stationär ist weiterhin ein wesentliches Element der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. Dabei geht es nicht prinzipiell um die Vermeidung stationärer Behandlung, sondern darum, den von psychischer Erkrankung betroffenen Personen die Behandlung zukommen zu lassen, die bei gleicher Wirksamkeit am geeignetsten ist.

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

## **9 Ausbildungsstätten**

Ausbildungsstätten, die notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbunden sind und deren Träger beziehungsweise Mitträger ein Krankenhaus ist, können nur gefördert werden, soweit und solange sie in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm aufgenommen sind (§§ 2, 8 Absatz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, §§ 9, 13 und 15 Absatz 4 Nummer 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes).

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

1. Ergotherapeut, Ergotherapeutin,
2. Diätassistent, Diätassistentin,
3. Hebamme, Entbindungspfleger,
4. Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin
5. Pflegefachfrau, Pflegefachmann,
6. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
7. im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz, insbesondere für die Berufe Krankenpflegehelfer, Krankenpflegehelferin, Pflegehelfer, Pflegehelferin, Pflegeassistent, Pflegeassistentin, Pflegefachassistent, Pflegefachassistentin,
8. medizinischer Technologe für Laboratoriumsanalytik, medizinische Technologin für Laboratoriumsanalytik,
9. medizinischer Technologe für Radiologie, medizinische Technologin für Radiologie,

10. Logopäde, Logopädin,
11. Orthoptist, Orthoptistin,
12. medizinischer Technologie für Funktionsdiagnostik, medizinische Technologin für Funktionsdiagnostik,
13. Anästhesietechnische Assistentin, Anästhesietechnischer Assistent,
14. Operationstechnische Assistentin, Operationstechnischer Assistent.

Der Krankenhausplan weist die Ausbildungsstätten unter Benennung der entsprechenden Ausbildungsberufe aus (§ 5 Absatz 1 Nummer 2 des Sächsischen Krankenhausgesetzes). Eine kapazitätsbegrenzende Bepanung von Ausbildungsplätzen erfolgt nicht, jedoch kann der Krankenhausplan die vorgehaltenen und tatsächlich belegten Ausbildungskapazitäten der Ausbildungsstätten enthalten (§ 5 Absatz 2 Nummer 3 des Sächsischen Krankenhausgesetzes). Es ist vorgesehen, eine für das jeweilige Ausbildungsjahr gültige Übersicht der tatsächlich belegten Ausbildungsplätze jährlich über das Internetangebot [gesund.sachsen.de](http://gesund.sachsen.de) unter dem Menüpunkt Medizinische Versorgung/Stationäre Versorgung zu veröffentlichen.