

Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt

Bek. des MS vom 6. September 2022 – 41201

Bezug:

Bek. des MS vom 1. Dezember 2019 (MBI. LSA S. 426)

In der **Anlage** werden die gemäß § 3 Abs. 1 des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt entwickelten Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt bekannt gemacht.

Die Bezugs-Bek. wird gegenstandslos.

Anlage

Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Abs. 1 KHG LSA

Die „Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Abs. 1 KHG LSA“ wurden am 25. Juli 2022 durch den Krankenhausplanungsausschuss verabschiedet.

Inhaltsverzeichnis

1. Rechtliche Rahmenbedingungen
 - 1.1. Bundesrecht
 - 1.2. Landesrecht
 - 1.2.1. Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA)
 - 1.2.2. Planungsregionen
2. Strukturelle Rahmenbedingungen
 - 2.1. Sachsen-Anhalt im demografischen Wandel – unter Berücksichtigung der Ergebnisse der 6. Regionalisierten Bevölkerungsprognose (6. RBP) für Sachsen-Anhalt
 - 2.2. Morbidität – Entwicklung in Korrespondenz zur Demografie
 - 2.3. Infrastruktur (Kernaussagen des Landesentwicklungsplanes (LEP))
3. Planungsziele
 - 3.1. Allgemeine Planungsziele
 - 3.2. Spezielle Planungsziele
 - 3.3. Notfallmedizinische Versorgung
 - 3.4. Gestufte Krankenhausstruktur
4. Versorgungsstruktur
 - 4.1. Rahmenvorgaben für die Versorgung in Fachgebieten
 - 4.2. Versorgungsstufen
 - 4.3. Rahmenvorgaben für die Versorgung in Planungsschwerpunkten bei Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen
 - 4.3.1. Geriatrische Versorgung
 - 4.4. Zentren gem. „Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V“ (Zentrums-Regelung) sowie gem. „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen“ (QFR-RL) und zukünftige Ausrichtung der Zentren

- 4.5 Planung von Tageskliniken im stationären Bereich
- 4.6 Belegärztliche Versorgung
- 5 Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt
 - 5.1 Krankenhausleistungen in Sachsen-Anhalt
 - 5.2 Fachgebiete nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt
 - 5.2.1 Augenheilkunde
 - 5.2.2 Chirurgie*)
 - 5.2.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - 5.2.4 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
 - 5.2.5 Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - 5.2.6 Innere Medizin
 - 5.2.7 Kinder- und Jugendmedizin
 - 5.2.8 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 - 5.2.9 Neurochirurgie
 - 5.2.10 Neurologie
 - 5.2.11 Nuklearmedizin
 - 5.2.12 Strahlentherapie
 - 5.2.13 Urologie
 - 5.2.14 Psychiatrische Fachgebiete
 - 6 Ausblick – langfristige Prognose bis 2030 auf Basis der Daten des InEK nach § 21 KHEntgG und eigener Berechnungen
 - 6.1 Fallzahlentwicklung Innere Medizin
 - 6.2 Fallzahlentwicklung Chirurgie insgesamt (incl. Gefäß-, Thorax-, Kinder-, Herz-, Plastische, Orthopädie
 - 6.3 Fallzahlentwicklung Neurologie
 - 6.4 Bösartige Neubildungen
 - 6.4.1 Bösartige Neubildungen insgesamt (ICD-10-GM-2018; C00-C97)
 - 6.4.2 Mammakarzinom insgesamt (ICD-10-GM-2018; C50)
 - 6.4.3 Prostatakarzinom insgesamt (ICD-10-GM-2018; C61)
 - 6.4.4 Lungenkarzinom insgesamt (ICD-10-GM-2018; C34)
 - 6.4.5 Kolorektales Karzinom (ICD-10-GM-2018; C17-C20)

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

1.1. Bundesrecht

Nach Artikel 74 Abs. 1 Grundgesetz (GG) sind die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Nr. 19a) sowie die Sozialversicherung (Nr. 7) Gegenstände der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern. Der Bund hat diesbezüglich von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht und verbindliche Regelungen für die Sozialversicherung und die Krankenhauspflegesätze vorgegeben. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) legt den grundsätzlichen Rahmen zur Krankenhausplanung und zur Krankenhausfinanzierung fest. In § 1 KHG wird dargelegt: „Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“ In § 6 KHG wird bestimmt, dass die Länder zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionspläne aufzustellen und dabei die Folgekosten zu berücksichtigen haben. Die näheren Einzelheiten sind durch Landesrecht zu bestimmen. In § 7 KHG wird festgelegt, dass bei der Durchführung des KHG die Landesbehörden mit den an der Krankenversorgung im Lande Beteiligten eng zusammenarbeiten und dass das betroffene Krankenhaus anzuhören ist. Mit den unmittelbar

Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen bezüglich der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme anzustreben. Auch hier bleibt es den Ländern überlassen, näheres durch Landesrecht zu bestimmen (§ 7 Abs. 2 KHG). Entsprechend § 8 KHG haben die Krankenhäuser nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme wird durch Bescheid festgestellt (§ 8 Abs. 1 S. 3 KHG). Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht jedoch nicht (§ 8 Abs. 2 S. 1 KHG).

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

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

Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) wurden ab 2016 die Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung weiterentwickelt. Die Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt und die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung gestärkt. Es werden Zu- und Abschläge für Qualität im Krankenhaus in das System eingeführt. Darüber hinaus werden die Mindestmengenregelungen weiterentwickelt und die Mengensteuerung durch einen Fixkostendegressionsabschlag neu ausgerichtet. Es werden Regelungen zum Sicherstellungszuschlag, zur gestuften Notfallversorgung und zur Bildung von Zentren getroffen. Im Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals werden grundlegende Veränderungen der Pflegeausbildung, die Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen, verbunden mit der separaten Vergütung der Pflegekosten, die Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen sowie die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen geregelt.

Die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben erfolgt schrittweise in den kommenden Jahren und stellt den stationären Bereich vor neue, große Herausforderungen. Für das Jahr 2019 hat das Bundesgesundheitsministerium am 5. 10. 2018 die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen erlassen. Diese Verordnung soll durch eine Vereinbarung des Spit-

zenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, frühestens zum 1. 1. 2020, ersetzt werden.

Das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals enthält eine Regelung zur Fortsetzung des 2016 gebildeten Krankenhausstrukturfonds. Die Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und des Landes sollen jährlich bis 2022 zur Finanzierung erforderlicher Strukturveränderungen in den Krankenhäusern eingesetzt werden.

Das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-EntgG) legt die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine leistungsorientierte Vergütung in diesem Bereich fest. Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird die verpflichtende Anwendung des neuen Entgeltsystems ab 01.01.2018 für alle Krankenhäuser geregelt. Bis zum Ende des Jahres 2019 erfolgt dies noch unter budgetneutralen Bedingungen. Ab 2020 erfolgt die Finanzierung dieser Leistungen auf Basis von Personalvorgaben des G-BA krankenhausesindividuell. Ziel des Gesetzgebers ist es, über einen Krankenhausvergleich die Budgets einander anzupassen. Mit dem Gesetz wurde die Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gem. § 115 d SGB V im häuslichen Umfeld eröffnet.

Auswirkungen auf die künftige Krankenhausstruktur haben auch das ambulante Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V), die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) bzw. durch Krankenhäuser bei Unter-versorgung (§ 116a SGB V), die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V), die Versorgung durch Hochschulambulanzen (§ 117 Abs. 1 und 2 SGB V) sowie die Qualitätssicherung in zugelassenen Krankenhäusern einschließlich der Vergabe von Mindestmengen bei planbaren Leistungen.

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

Besondere Versorgung

Die Beziehungen zu Leistungserbringern in der besonderen Versorgung werden im § 140 a SGB V geregelt. Unter besonderer Versorgung werden übergreifende Leistungen verschiedener Sektoren oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung verstanden. Innerhalb einer besonderen Versorgung haben sich die beteiligten Leistungserbringer am Behandlungsprozess eines Patienten in einem vertraglich definierten Netzwerk zusammengeschlossen. 2015 wurde mit dem Versorgungsstärkungsgesetz der Innovationsfonds als Instrument der Besonderen Versorgung und der Versorgungsforschung beschlossen. Damit werden seit 2016 innovative, sektorübergreifende Versorgungsformen und Versorgungsforschung gefördert.

Ambulantes Operieren

Am 01.06.2012 trat der zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband gemäß § 115b SGB V abgeschlossene Vertrag zum ambulanten Operieren und sonstigen stationärer Eingriffen im Krankenhaus in Kraft. Der Vertrag enthält Vereinbarungen zur vertraglichen Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten beim ambulanten Operieren. Durch das am 01.01.2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für ambulante Operationen, stationärer Eingriffe und damit im Zusammenhang stehende anästhesiologische Leistungen von niedergelassenen Vertragsärzten in Krankenhäusern geschaffen. Mit dem im § 1 Absatz des Vertrages vereinbarten Meldeformular müssen die Krankenhäuser ihre Teilnahme am ambulanten Operieren gegenüber den Krankenkassen anzeigen.

Der als Anlage zum Vertrag vereinbarte Katalog definiert, welche Eingriffe in der Regel ambulant zu erbringen sind. Es wird eindeutig geregelt, unter welchen medizinischen und sozialen Umständen der Patient stationär aufgenommen werden kann, obwohl die Operation eigentlich ambulant durchzuführen wäre. Damit werden einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich geschaffen. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern gefördert. Der Katalog wurde von den Vertragsparteien für das Jahr 2019 angepasst.

Hochspezialisierte Leistungen

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV – Versorgungsstrukturgesetz – GKV – VStG) vom 22.12.2011 zum 01.01.2012 wurde zugelassenen Krankenhäusern die Berechtigung erteilt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V zu erbringen. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 wurden diese Regelungen modifiziert. Näheres regelt der Gemeinsame Bundesausschuss mittels Richtlinien. Die Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, Leistungserbringer und die Patientenversorgung werden von den Vertragspartnern auf der Bundesebene bewertet und dem BMG gemäß § 116b Absatz 9 Satz 3 zugeleitet.

Weiteren Einfluss auf die Krankenhausplanung werden Regelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes haben. Dazu zählt die Neuregelung des Anspruches auf eine Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen und die Ausdehnung der Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser im Rahmen der Neuordnung des Entlassmanagements zur Unterstützung einer sektorübergreifenden Versorgung.

1.2. Landesrecht

1.2.1. Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA)

Im Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. April 2005 (GVBl. LSA S. 203), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes

zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie Gesetz über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden Sachsen-Anhalt in der Fassung der Bekanntmachung vom 06. Mai 2019 (GVBl. LSA S. 76), sind die Grundsätze der Krankenhausplanung geregelt. Danach beschließt die Landesregierung den Krankenhausplan, der auf der Basis vorliegender Rahmenvorgaben aufgestellt wird. Die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde entwickelt diese gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden Sachsen-Anhalts, der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V., der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt einerseits sowie den Verbänden der Krankenkassen in Sachsen-Anhalt und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.. Zur Umsetzung der Rahmenvorgaben schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit den Krankenhausträgern für das jeweilige Krankenhaus Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sollen sowohl den Krankenhäusern als auch den Kostenträgern Planungssicherheit geben und es ermöglichen, Entwicklungskonzepte für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erarbeiten und gemeinsam umzusetzen. Im Konfliktfall entscheidet die zuständige Behörde nach Anhörung der Vertragsparteien im Krankenhausplanungsausschuss. Dieser gibt eine Empfehlung ab. Das Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt trägt mit seinen Regelungen der Situation Rechnung, dass die Qualität der Versorgung als Planungsinstrument im stationären Bereich gestärkt wird.

1.2.2. Planungsregionen

Nach § 3 Abs. 6 KHG LSA hat der Krankenhausplan die Belange der Raumordnung und Landesplanung zu berücksichtigen. Ab dem Krankenhausplan 2008 wurde die Gliederung so gestaltet, dass auch die Umsetzung der Kreisgebietsreform im Rahmen der Krankenhausplanung sichtbar wird. Darüber hinaus gilt Das Landesentwicklungsgesetz Sachsen-Anhalt vom 23. April 2015 (GVBl. LSA 2015, S. 170), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30.10.2017 (GVBl. LSA 2017, S. 203).

Die dort benannten Planungsregionen sind im Sinne der Krankenhausplanung zu berücksichtigen, wobei die Einzugsgebiete von Krankenhäusern, in Abhängigkeit von den angebotenen Fachrichtungen, deutlich von den Planungsregionen abweichen können. Das unter Punkt 3.2 beschriebene Netz der Versorgung erfordert gegebenenfalls, das Land als gesamte Planungsregion zu betrachten. Wohnortnahe Strukturen und überregionale Versorgung sollen sich künftig ergänzen und in Kooperationen niederschlagen.

2. Strukturelle Rahmenbedingungen

2.1. Sachsen-Anhalt im demografischen Wandel – unter Berücksichtigung der Ergebnisse der 6. Regionalisierten Bevölkerungsprognose (6. RBP) für Sachsen-Anhalt

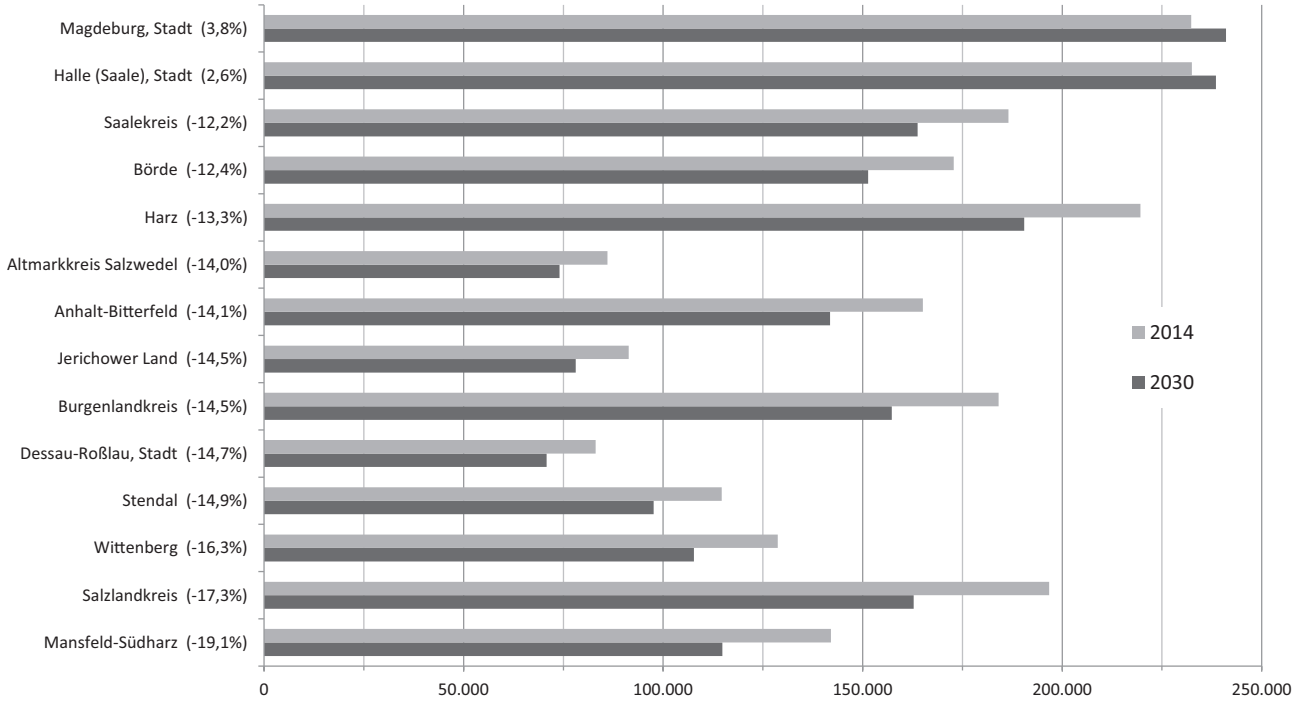
Die Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerung des Landes Sachsen-Anhalt wird in den Jahren 2014 bis 2030 um 245.224 Einwohner auf unter

zwei Millionen zurückgehen (6. RBP: Variante V1 – moderate Zuwanderung). Das bedeutet einen Bevölkerungsrückgang um ca. 11,0% bei beiden Geschlechtern. Nur die kreisfreien Städte Halle (2,6%) und Magdeburg (3,8%)

zeigen eine positive Entwicklung, die kreisfreie Stadt Dessau-Roßlau und alle Landkreise eine Negativentwicklung von -12,2% (Saalekreis) bis -19,1% (Mansfeld-Südharz).

**Entwicklung der Bevölkerung 2030 zu 2014
(Kreisfreie Städte und Landkreise sortiert nach Zu- und Abnahme in Prozent)**



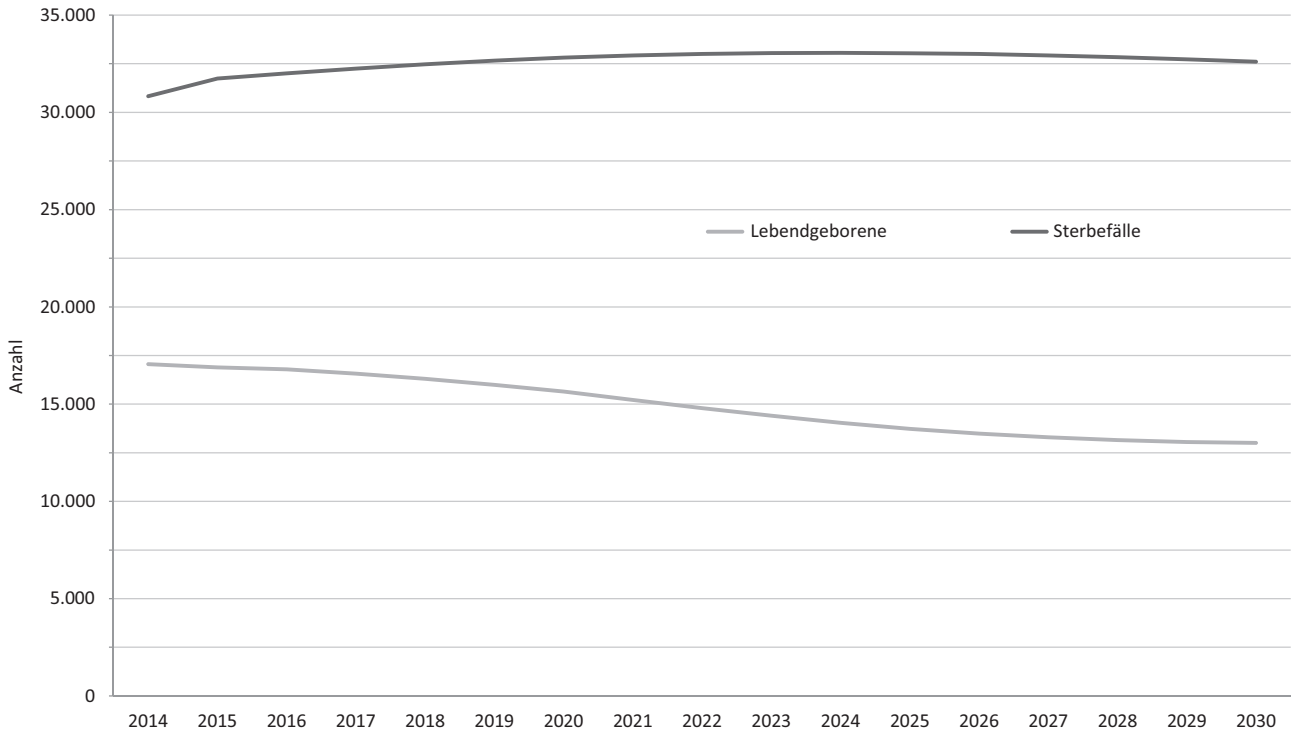
Datenquelle: 6. Regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt – moderate Zuwanderung (V1) –

Natürlicher Saldo

Betrag der *Natürliche Saldo* (Differenz zwischen Lebendgeborenen und Gestorbenen) in Sachsen-Anhalt im Jahr 2014 -13.774, so wird er wahrscheinlich im Jahr 2030 -19.595 erreichen.

Einer konstant niedrigen und weiter sinkenden Anzahl Lebendgeborener in Sachsen-Anhalt werden im Jahr 2030 2,5-mal so viele Sterbefälle (32.600) gegenüberstehen. Der Rückgang der Geburten bis 2030 beträgt 24 Prozent gegenüber 2014 (2014: 17.056 vs. 2030: 13.004). Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt sind diesem Geburtendefizit geschuldet.

Lebendgeborene und Sterbefälle im Zeitvergleich

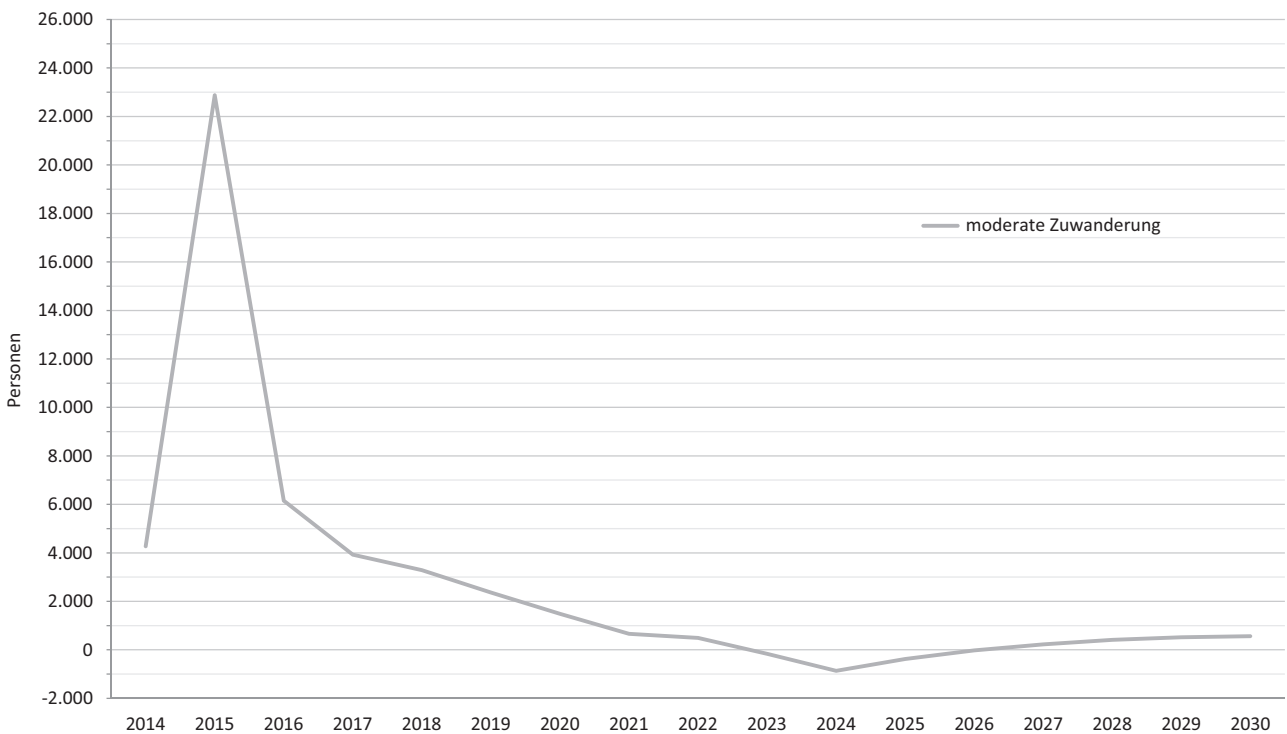


Datenquelle: 6. Regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt – moderate Zuwanderung (V1) –

Wanderungssaldo

Betrag der *Wanderungssaldo* für Sachsen-Anhalt im Jahr 2014 +4.269 und 2015 sogar +22.875 (hier vor allem Wanderung der Schutzsuchenden aus dem Ausland), so werden für die Jahre 2023 bis 2026 negative Werte prognostiziert, für die Jahre 2027 bis 2030 dann wieder leicht positive Werte (226 bis 562 Personen). Die kreisfreien Städte weisen durchgehend bis 2030 einen positiven *Wanderungssaldo* auf (für Dessau-Roßlau allerdings auf geringem Niveau); bei den Landkreisen zeigen sich sehr deutliche Unterschiede. Nur im Jahr 2015 kann der *Wanderungssaldo* den negativen *Natürlichen Saldo* in Sachsen-Anhalt ausgleichen.

Wanderungssaldo im Zeitvergleich



Datenquelle: 6. Regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt – moderate Zuwanderung (V1) –

Altersstruktur der Bevölkerung

Die prognostizierte Entwicklung der Alterszusammensetzung 2030 zu 2014 ist geprägt von einer Abnahme der Altersgruppen unter 65 Jahre, insbesondere der Altersgruppen *35 bis unter 55* (-24,7%) und *55 bis unter 65* (-25,3%).

Bei der Entwicklung der Altersgruppe *0 bis unter 15 Jahre* (Sachsen-Anhalt -10,4%) zeigen sich besonders große Unterschiede zwischen den kreisfreien Städten Magdeburg (+15,2%) / Halle (+14,7%) und der kreisfreien Stadt Dessau-Roßlau (-16,2%) sowie allen Landkreisen (z.B. Börde -21,2%, Mansfeld-Südharz -21%, Wittenberg -20,5%).

In der Altersgruppe *15 bis unter 35* wird für Halle eine leicht positive Entwicklung (+2,5%), für Magdeburg eine leicht negative Entwicklung (-1,1%), für Dessau-Roßlau (-16,4%)

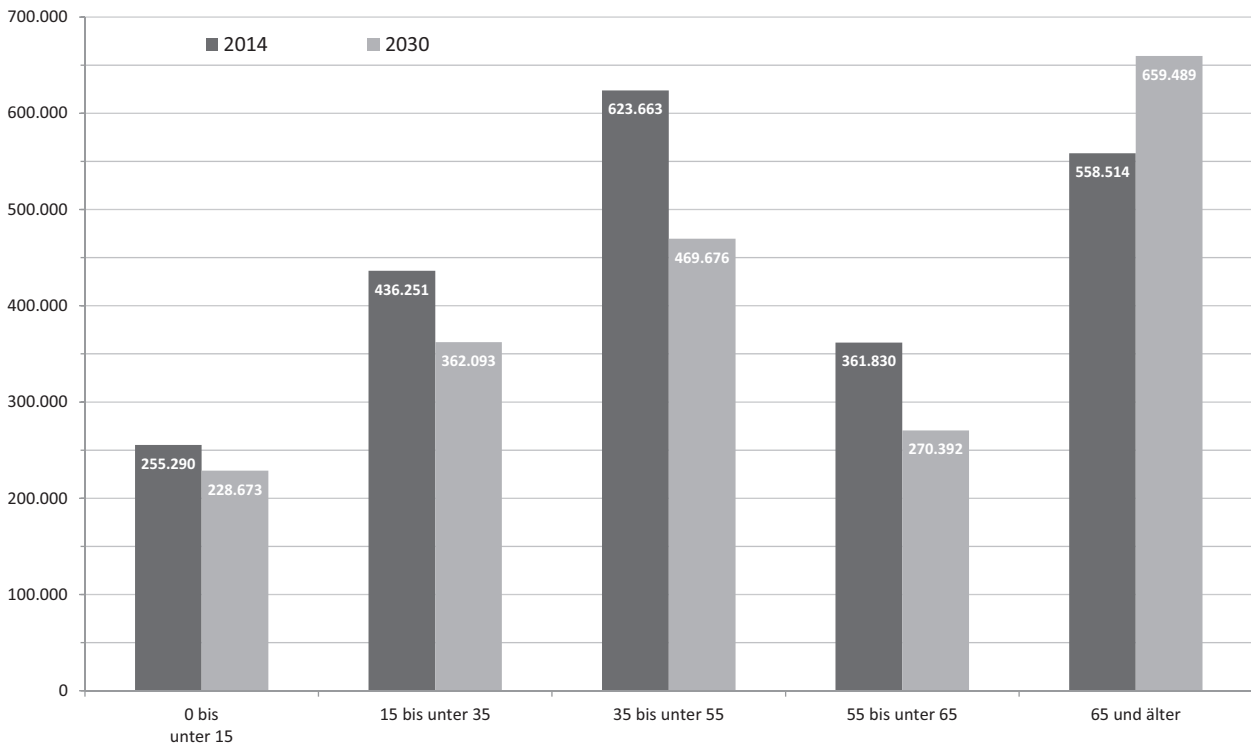
und die Landkreise eine negative Entwicklung von -17,2% (Saalekreis) bis -29% (Altmarkkreis Salzwedel) berechnet.

In der Altersgruppe *35 bis unter 55* können Magdeburg und Halle mit einer positiven (+6,3% / +2,3%), Dessau-Roßlau mit -26,9% und alle Landkreise (Mansfeld-Südharz -36,3%, Salzlandkreis -34,9%, Wittenberg -34,8%) mit einer negativen Entwicklung rechnen.

In der Altersgruppe *55 bis unter 65* wird für alle kreisfreien Städte und Landkreise eine negative Entwicklung in der Spannweite von -13,1% (Magdeburg) bis -32,7% (Mansfeld-Südharz) vorausgesagt.

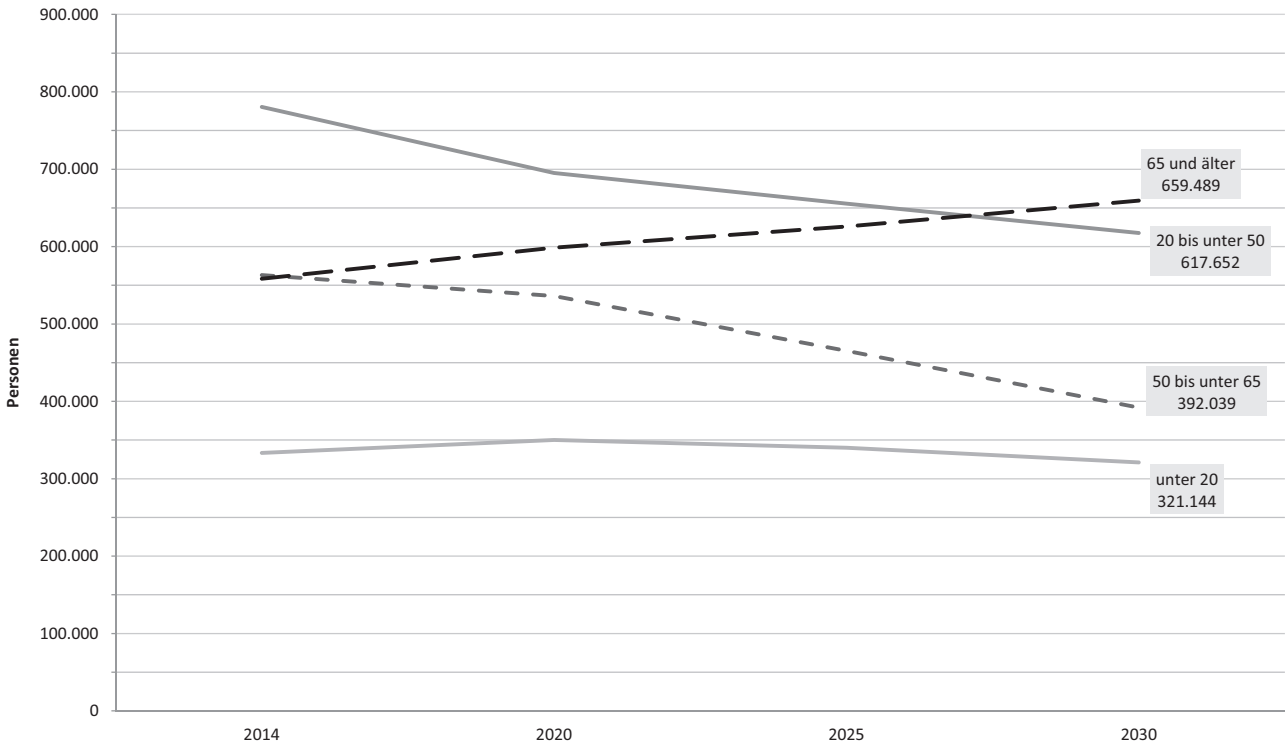
Die Bevölkerungsgruppe der *65-Jährigen und Älteren* wächst in Sachsen-Anhalt bis 2030 um 18,1%. Die geringste Steigerung weisen die kreisfreien Städte Dessau-Roßlau (5,7%), Halle (7,0%) und Magdeburg (10,0%) auf, die Landkreise zeigen Werte bis 34,9% (Börde).

Vergleich ausgewählter Altersgruppen, 2014 und 2030



Datenquelle: 6. Regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt – moderate Zuwanderung (V1) –

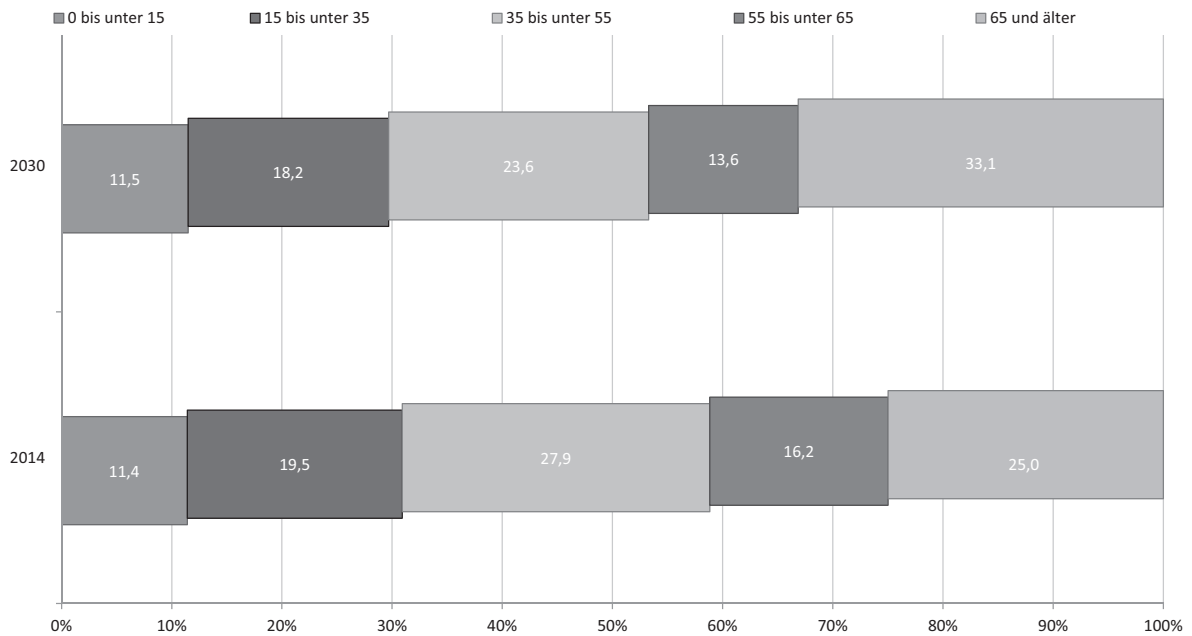
Entwicklung ausgewählter Altersgruppen im Zeitvergleich



Datenquelle: 6. Regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt – moderate Zuwanderung (V1) –

Entwicklung ausgewählter Altersgruppen im Zeitvergleich

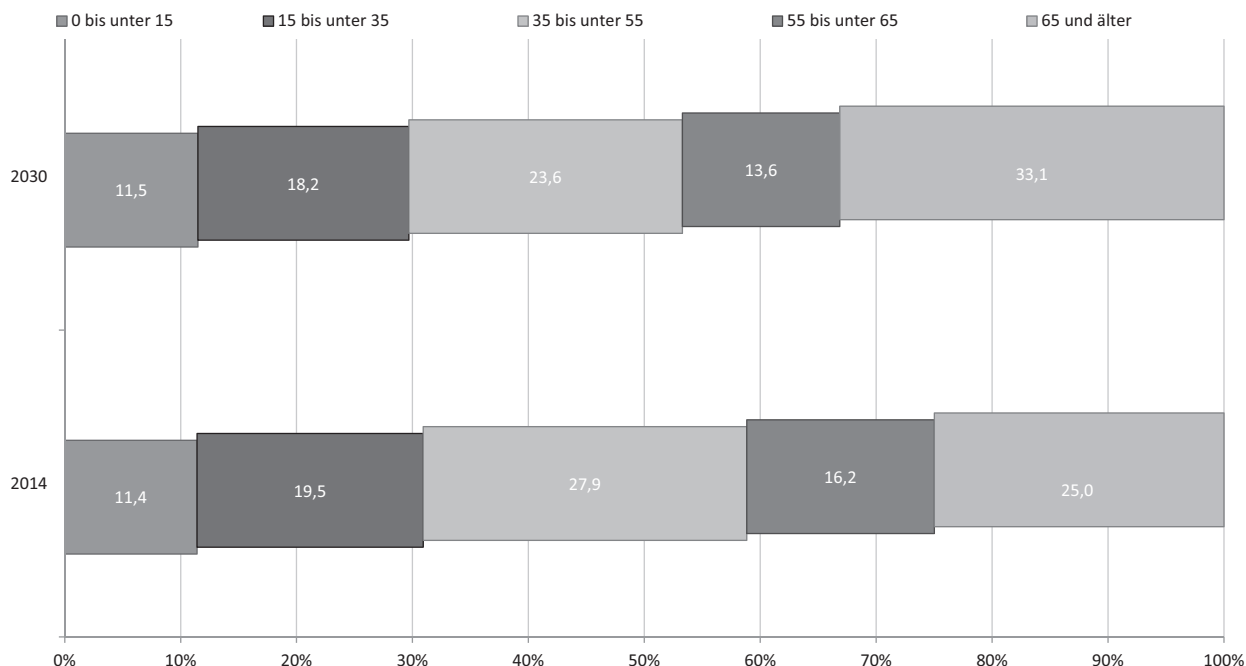
Altersstruktur der Bevölkerung (Anteil ausgewählter Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung in Prozent) im Vergleich 2030 zu 2014



Datenquelle: 6. Regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt – moderate Zuwanderung (V1) –

Der prozentuale Anteil dieser Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung stellt sich wie folgt dar:

Altersstruktur der Bevölkerung (Anteil ausgewählter Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung in Prozent) im Vergleich 2030 zu 2014



Datenquelle: 6. Regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt – moderate Zuwanderung (V1) –

Alten- und Jugendquotient

Der Altenquotient ist das Verhältnis von Personen in der Bevölkerung, die 65 Jahre oder älter sind, zu Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, in Prozent [Aufgrund der uns vorliegenden Daten wurde mit den Personen zwischen 20 und 64 Jahren gerechnet].

Betrag der Altenquotient 2014 in Sachsen-Anhalt ca. 42, so wird er im Jahr 2030 bei über 65 liegen – in einigen Landkreisen allerdings bei weit über 70 liegen.

In der 6. Regionalisierten Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt werden für das Jahr 2030 659.489 Menschen im Alter von 65 oder älter berechnet. Das wären im Jahr 2030 ca. 33% der geschätzten Gesamtbevölkerung von 1.990.324 Personen.

Der Jugendquotient ist das Verhältnis von Personen in der Bevölkerung, die jünger als 18 Jahre alt sind, zu Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, in Prozent [Aufgrund der uns vorliegenden Daten wurde mit den Personen zwischen 20 und 64 Jahren gerechnet].

Betrag der Jugendquotient 2014 in Sachsen-Anhalt ca. 25, so wird er im Jahr 2030 bei ca. 32 liegen.

In der 6. Regionalisierten Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt werden für das Jahr 2030 321.144 Menschen im Alter unter 20 Jahre geschätzt. Das wären im Jahr 2030 ca. 16% der geschätzten Gesamtbevölkerung.

Erwerbspersonenpotenzial und Rentner

Die Altersgruppe der 15 bis unter 64-Jährigen bildet das sogenannte Erwerbspersonenpotenzial und liegt im Jahr 2030 mit 55,4% an der Gesamtbevölkerung um 8,2 Prozentpunkte niedriger als im Jahr 2014. Der Bevölkerungsanteil der Rentner (Altersgruppe 65 und älter) steigt im Jahr 2030 auf 33,1% an der Gesamtbevölkerung; dies entspricht einem Anstieg um 8,1% im Vergleich zu 2014.

Fazit

Die Eckdaten der demografischen Entwicklung in Sachsen-Anhalt sind seit langem hinlänglich bekannt: Sachsen-Anhalt hat europaweit eine der am schnellsten schrumpfenden und alternden Bevölkerungen. Grund für diese Entwicklung ist ausschließlich der anhaltend negative – und sich immer weiter verschlechternde – *Natürliche Saldo* (Differenz zwischen Lebendgeborenen und Gestorbenen).

Heute schon und auch in Zukunft – selbst unter Annahme einer erhöhten Zuwanderung bis 2030 – gehört Sachsen-Anhalt zu den am stärksten schrumpfenden Regionen nicht nur in Deutschland, sondern in ganz Europa (Pasternack P: Mehr Demografie wagen. Sachsen-Anhalts Wissenschaft als Ressource im demografischen Wandel. In: Köhler B, Maue I, Pasternack P: Sachsen-Anhalt-Forschungslandkarte Demografie. Institut für Hochschulforschung Halle-Wittenberg, 2014) – mit all den Folgen und Auswirkungen, den der Prozess der Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung für den Lebensbereich Familie, das Gesundheitssystem sowie für die wirtschaftliche Entwicklung des Landes mit sich bringt.

2.2. Morbidität – Entwicklung in Korrespondenz zur Demografie

Allgemein

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

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

Speziell

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

Für die Abbildung der Krankenhausmorbidity werden die Daten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), die den Ländern über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereit gestellt werden, bewertet. Diese Daten liegen inzwischen nicht nur für die somatischen Gebiete, sondern ebenfalls für die psychiatrischen Gebiete vor. Für die psychiatrischen Gebiete werden diese Daten seit 2009 erhoben. Nach allgemeiner Auffassung sind die Daten bisher nicht valide und werden daher noch nicht in die Rahmenplanung einbezogen. Für die Ausgestaltung der Rahmenplanung konnten InEK-Daten bis einschließlich Berichtsjahr 2016 genutzt werden¹.

Hinweis zu den genutzten Daten:

In den retrospektiven, fachgebietsbezogenen Leistungsdarstellungen unter Kapitel 5.1 und 5.2 sind die Pflgetage, die Fallzahl und die Verweildauer aus der Krankenhausstatistik (*Diagnosestatistik*) zusammengestellt. Die hier festzustellende Diskrepanz der Fallzahlen der Krankenhausdiagnosestatistik zu den Fallzahlen nach Daten entsprechend § 21 KHEntgG liegt im Ursprung der Daten begründet. Die Krankenhausstatistik, und damit auch Diagnosedaten, wird den Fachgebietsstrukturen eines Krankenhauses entsprechend generiert (**fachgebietszentriert**, vertikal gegliedert) und erfasst alle Fälle. Die DRG-Statistik als fallbezogene, abrechnungsorientierte Statistik wird die Fachrichtungsstruktur eines Krankenhauses durchdringend generiert (**patientenzentriert**, horizontal gegliedert).

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

Kurzfristige Prognose zur Entwicklung der Krankenhausmorbidity bis 2025

Eine detailliertere Modellrechnung erfolgte für die zukünftig zu erwartenden Krankenhausfallzahlen differenziert nach ausgewählten Fachgebieten. Als Datenbasis dienen

¹ Die wissenschaftliche Analyse dieser Daten wurde durch das Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Ltg. Prof. Dr. B.-P. Robra, M.P.H.) unterstützt im Auftrag des MS und MW.

die Daten gemäß § 21 KHEntgG des Jahres 2016. Die Prognosen ergaben sich unter Anwendung alters- und geschlechtsspezifischer Inanspruchnahmeraten (Fälle pro 10.000 Einwohner), die jeweils über die Berichtsjahre 2014 bis 2016 gemittelt wurden, um den Einfluss zufallsbedingter Schwankungen in einzelnen Jahren zu begrenzen. Die Prognose für das Land:

Fachgebiet Augenheilkunde

Jahr	Gesamt	Veränderung
2016 (InEK)	10.816	
Prognose		
2020	11.020	
2025	11.150	
Veränderung 2025 vs. 2016 (in %)		+ 3,1

Fachgebiet Chirurgie (ohne Neurochirurgie, ohne Herzchirurgie)

Jahr	Gesamt	Veränderung
2016 (InEK)	114.727	
Prognose		
2020	114.963	
2025	113.022	
Veränderung 2025 vs. 2016 (in %)		- 1,5

Fachgebiet Innere Medizin

Jahr	Gesamt	Veränderung
2016 (InEK)	239.313	
Prognose		
2020	242.764	
2025	244.139	
Veränderung 2025 vs. 2016 (in %)		+ 2,0

Fachgebiet Frauenheilkunde (ohne Geburtshilfe, also Fälle der HD aus Kapitel XV der ICD-10-GM-2018)

Jahr	Gesamt	Veränderung
2016 (InEK)	30.056	
Prognose		
2020	28.816	
2025	26.544	
Veränderung 2025 vs. 2016 (in %)		- 11,7

Geburtshilfe (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)

2012: 16.888 Geborene	} Quelle: statistischen Landesamt, aktualisiert am 15.02.2018
2013: 16.797 Geborene	
2014: 17.064 Geborene	
2015: 17.415 Geborene	
2016: 18.092 Geborene	
2017: 17.837 Geborene ²	} Hochrechnung aus der 6. Bevölkerungsprognose
2016: 16.686 Geborene ³	
2018: 16.387 Geborene	
2020: 15.734 Geborene	
2025: 13.186 Geborene	

² Die Geburten anhand des Geburtenbuches 2017 liegen dennoch über den Daten der 6. Bevölkerungsprognose.

³ Die Zahlen ab 2016 entspringen der 6. RBP, Einwohner unter 1 Jahr, etwas vereinfachend davon ausgehend, dass (fast) alle davon hier geboren sind (Geburtsexporte und -importe gleichsetzend und weitere Migration ebenso mit Saldo null ansetzend).

Die Hochrechnung der 6. BP weicht deutlich von den realen Zahlen ab.

Jahr	Gesamt	Veränderung
2016 (InEK)	26.993	
Prognose		
2020	24.408	
2025	22.518	
Veränderung 2025 vs. 2016 (in %)		- 16,6

Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin

Jahr	Gesamt	Veränderung
2016 (InEK)	37.057	
Prognose		
2020	36.782	
2025	34.598	
Veränderung 2025 vs. 2016 (in %)		- 6,6

Die Validität der Vorhersage der Inanspruchnahme wird von der Validität der Bevölkerungsprognose bestimmt.

2.3. Infrastruktur (Kernaussagen des Landesentwicklungsplanes (LEP))

Gliederungsprinzip „Zentrale Orte“:

Zentraler Ort ist ein im Zusammenhang bebauter Ortsteil als zentrales Siedlungsgebiet einer Gemeinde einschließlich seiner Erweiterungen im Rahmen einer geordneten städtebaulichen Entwicklung (§ 5 Landesentwicklungsgesetz Sachsen-Anhalt (LEntwG LSA) vom 23. April 2015 (GVBl. LSA 2015, S. 170), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30.10.2017 (GVBl. LSA 2017, S. 203)).

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

Durch die Festlegung von Zentralen Orten ist zu gewährleisten, dass in allen Teilen des Landes ein räumlich ausglichenes und gestuftes Netz an Ober-, Mittel- und

Grundzentren entsteht bzw. erhalten bleibt, welches durch leistungsfähige Verkehrs- und Kommunikationsstrukturen mit- und untereinander verflochten ist.

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

Die Zentralen Orte, insbesondere die Zentralen Orte im ländlichen Raum, sollen mit zumutbarem Zeitaufwand (in der Regel Oberzentren in 90 Minuten, Mittelzentren in 60 Minuten und Grundzentren in 30 Minuten) in das ÖPNV-Netz eingebunden werden, um bei rückläufiger Bevölkerungsentwicklung zu einer angemessenen und dauerhaft gesicherten überörtlichen Versorgung der Bevölkerung mit Gütern und Dienstleistungen beitragen zu können. Dabei bilden die Bereiche Bildung, medizinische Versorgung und öffentlicher Verkehr die Schwerpunkte.

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

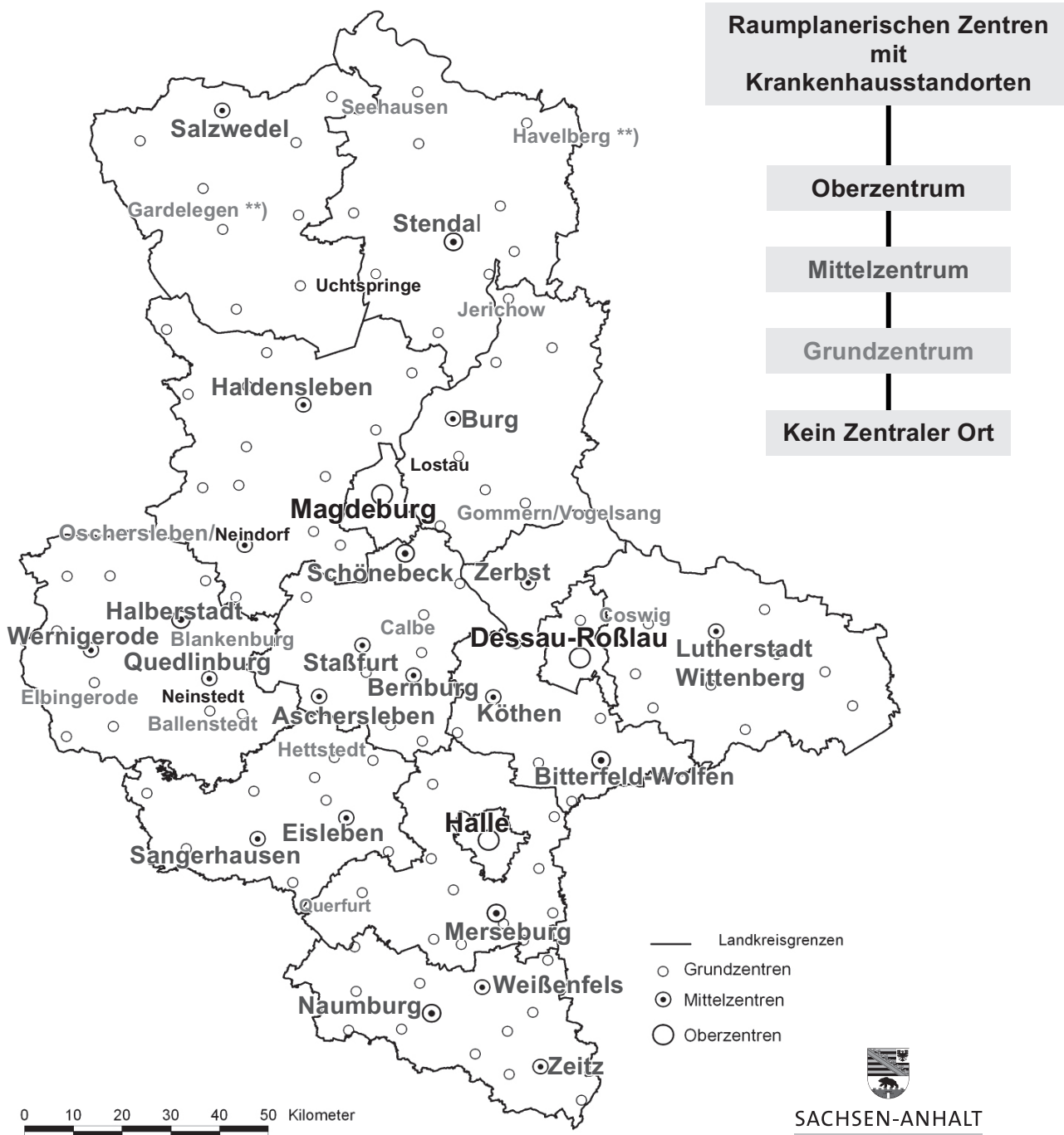
Die Verkehrsinfrastruktur und die Verkehrsangebote sind so zu entwickeln, dass die Erreichbarkeit der Zentralen Orte in optimaler Qualität gewährleistet wird.

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

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

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

Krankenhausstandorte in Sachsen-Anhalt im Zentrale-Orte-System



***) Grundzentrum mit Teilfunktion eines Mittelzentrums

(Quelle: ebenda, Krankenhausplan 2014)

3. Planungsziele

3.1. Allgemeine Planungsziele

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

Das bedeutet:

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

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

3.2. Spezielle Planungsziele

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

3.3. Notfallmedizinische Versorgung

Die Notfallversorgung ist eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge und der Gefahrenabwehr. Komplementär obliegt diese Aufgabe nach dem Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (RettdG LSA) vom 18. Dezember 2012 (zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes

zur Änderung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt und des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt sowie Gesetz über die Gutachterstelle für freiwillige Kastrationen und andere Behandlungsmethoden Sachsen-Anhalt in der Fassung der Bekanntmachung vom 06. Mai 2019 (GVBl. LSA S. 80) dem Rettungsdienst gemeinsam mit einer „für die weitere Versorgung geeigneten Behandlungseinrichtung“ - also einem Krankenhaus mit Notaufnahme.

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

Die §§ 9 Abs. 6 RettDG LSA und 23 Abs. 4 RettDG LSA sind von den Krankenhäusern zu beachten. Darüber hinaus sind folgende Aufgaben umzusetzen:

Meldepflicht an die Leitstelle über die verfügbaren Behandlungs- und Aufnahmemöglichkeiten der Krankenhäuser erfolgt laufend bzw. jeweils bei Änderungen an die jeweilige zuständige Einsatzleitstelle. Dabei ist sicherzustellen, dass zeitweilige oder dauerhafte Einschränkungen gegenüber den gemeldeten Aufnahmemöglichkeiten (Abmeldungen) taggleich erfolgen. Die Meldung beinhaltet mindestens die verfügbaren Intensivbetten und - soweit vorhanden - diese auch für die „stroke unit“, Polytraumata und die Neonatologie sowie die Betriebsbereitschaftszeiten des Linksherzkathetermessplatzes. Für die Meldung ist das landeseinheitliche System zu verwenden.

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

Die Vorhaltung einer Notfallambulanz am Krankenhaus bleibt davon unberücksichtigt.

Der G-BA hat gemäß §136c Abs.4 SGB V einen Beschluss vom 19.04.2018 zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern vorgelegt. Dieser ist am 18.05.2018 in Kraft getreten. Die strukturellen Vorgaben des G-BA in der jeweils geltenden Fassung für die geplante dreistufige klinische Notfallversorgung sind in Sachsen-Anhalt nach Beschluss anzuwenden. Sind die Stufen der Notfallversorgung im Rahmen der Budgetverhandlungen festgelegt, können sie nachrichtlich im Krankenhausplan ausgewiesen werden.

3.4. Gestufte Krankenhausstruktur

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

- Basisversorgung,

- Schwerpunktversorgung,
- Spezialversorgung und
- universitäre Versorgung.

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

Für die Steuerung dieses Prozesses ist das Instrument „Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ (§ 3 Abs. 5 KHG LSA) zu nutzen.

4. Versorgungsstruktur

4.1. Rahmenvorgaben für die Versorgung in Fachgebieten

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

- Leitung durch eine/n Facharzt/Fachärztin mit der entsprechenden Facharztbezeichnung in diesem Fachgebiet. Seine Stellvertreter/innen verfügen über die gleiche Facharztbezeichnung. Die Leitung sowie die Stellvertretung in dem Fachgebiet sind hauptamtlich angestellt. Mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt verfügt über mehrjährige Berufserfahrung. Diese Ärzte/Ärztinnen sind zusammen mindestens 80 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden. Alternativ sind 3 Fachärztinnen/-ärzte mit insgesamt 100 h pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden, darunter auch ggf. ein Arzt oder eine Ärztin mit mehrjähriger Berufserfahrung.
- Weitere, für die Behandlung der Patienten notwendige Ärzte/Ärztinnen, sind in diesem Fachgebiet des Krankenhauses vorzuhalten. Insgesamt sollte eine Mindestzahl von 5 Ärztinnen/Ärzten nicht unterschritten werden.
- Es besteht eine permanente Arztpräsenz (24-Stundenpräsenz, Bereitschaftsdienst möglich).
- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sind in ausreichender Zahl vorzuhalten. Gesetzliche Personaluntergrenzen sind zu beachten.
- Das Krankenhaus verfügt zur Sicherung der medizinischen Qualität über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.
- Das Krankenhaus weist interne und externe Maßnahmen zur fachspezifischen Qualitätssicherung nach.

Kann eine strukturell abgesicherte qualitätsgerechte Versorgung mittelfristig (sechs Monate) nicht sichergestellt werden, erfolgt eine Anhörung im Planungsausschuss. Bei anhaltenden Defiziten ist eine Aberkennung der planerischen Zuordnung möglich.

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

- Fallzahlentwicklung,
- Morbiditäts- und demographische Entwicklung,
- Vorhaltdichte des Leistungsangebotes im Einzugsgebiet und
- Umfeldvoraussetzungen, z. B. Verkehrsanbindung.

4.2. Versorgungsstufen

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

I. Basisversorgung

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

II. Schwerpunktversorgung

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

Korrespondenzen sind:

<u>Fachrichtung</u>		<u>Fachrichtung Chirurgie</u>
<u>Innere Medizin</u>		
Kardiologie	↔	Herzchirurgie
Gastroenterologie	↔	Visceralchirurgie
Onkologie/ Hämatologie	↔	Visceralchirurgie
Pneumologie	↔	Thoraxchirurgie
Rheumatologie	↔	Orthopädie/ Unfallchirurgie
Angiologie	↔	Gefäßchirurgie

Das Fehlen einer Fachrichtung kann durch zwei weitere Korrespondenzen von Schwerpunktkompetenzen ausgeglichen werden.

Die Einrichtungen nehmen an der 24-Stunden Notfallversorgung, entsprechend der unter Punkt 3.3 aufgeführten Kriterien, teil. Darüber ist vorzuhalten:

- eine 24-Stunden-Bereitschaft für CT und Labor Diagnostik und
- 24-Stunden-Bereitschaft Linksherzkatheter,
- eine Intensivtherapiestation.

Die vollstationäre Fallzahl an einem Standort beträgt mindestens 16.000 Fälle. Bei Unterschreitung dieser Maßzahl erfolgt eine Anhörung im Krankenhausplanungsausschuss.

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

III. Spezialversorgung

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

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

IV. Universitäre Versorgung

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

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

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

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

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

- Das Krankenhaus leistet Schwerpunkt-, Spezial- oder universitäre Versorgung.
- Das Krankenhaus beschäftigt mindestens zwei Ärzte/Ärztinnen mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärzte/Ärztinnen müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Quali-

tät verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.

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

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

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

4.3.1 Geriatrische Versorgung

Geriatrie muss unter Berücksichtigung sozialer Dimensionen bei der Behandlung älterer Menschen wohnortnah stattfinden. Deshalb sind geriatrische Schwerpunkte als eigenständige Behandlungseinheiten in Krankenhäusern der unterschiedlichen Versorgungsstufen möglich.

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

- Versorgungspolitischer und epidemiologischer Bedarf,
- Leitung und Stellvertretung durch je eine/n Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktweiterbildung „Geriatric“ oder der Zusatzweiterbildung „Geriatric“ lt. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt oder einer entsprechenden Weiterbildung. Diese müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein.
- Das Krankenhaus beschäftigt darüber hinaus Ärztinnen/Ärzte in der entsprechenden Weiterbildung. Unter Berücksichtigung der Ausführungen unter Punkt 6. wird der Altersmedizin eine wachsende Bedeutung zukommen, was auch Konsequenzen für die entsprechende fachärztliche Weiterbildung nach sich ziehen wird.
- Nachweis einer geriatrischen Arbeitsweise, d. h. strukturiertes geriatrisches Assessment, konstante Vorhaltung eines multiprofessionellen therapeutischen Teams mit wenigstens 5 verschiedenen Professionen und wöchentliche Behandlungsüberprüfung und -planung innerhalb einer Teamkonferenz,
- strukturelle Voraussetzungen für frührehabilitative Behandlung,
- Nachweis einer kontinuierlichen Qualitätssicherung durch Anwendung des Geriatrischen Minimum Data Sets (GEMIDAS, Modellprojekt zur Qualitätssicherung in der Geriatrie) oder eines vergleichbaren Qualitäts- und Managementsystems.

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

4.4. Zentren gem. „Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V“ (Zentrums-Regelung) sowie gem. „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen“ (QFR-RL) und zukünftige Ausrichtung der Zentren

Im Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt werden mit der Anlage 7 einerseits die Zentren gemäß der Zentrums-Regelung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgewiesen. Andererseits werden Perinatalzentren gemäß der Regelungen der Richtlinie des G-BA zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR RL) ausgewiesen.

Bezüglich der Zentren gemäß Zentrums-Regelung des G-BA wurde die Qualitätsprüfung differenziert nach:

- Zentren der Anlagen 1 bis 9 (Qualitätsvorgaben des G-BA)
- Zentren der Anlage 10 (Sonstige ausgewiesene Zentren = Landesspezifische Zentren; Qualitätsprüfung erfolgte im Rahmen der Krankenhausplanaufstellung im Jahr 2019, basierend auf den „Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Abs. 1 KHG LSA“ mit Stand vom 14. Juni 2019)

Die besonderen Aufgaben der Zentren werden im jeweiligen Feststellungsbescheid gegenüber dem Krankenhaus zugewiesen.

Mit der Anlage 8 des Krankenhausplanes werden Vorgaben zur zukünftigen Ausrichtung der Zentren getroffen. Ziel ist es, im Land weitere Zentren gem. Zentrums-Regelung des G-BA aufzubauen (z. B. Herzzentren).

4.5 Planung von Tageskliniken im stationären Bereich

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

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

Teilstationäre Behandlung findet als tages- oder nachtklinische Behandlung statt. Die Unterbringung und Versorgung der Patienten ist entweder tagsüber bzw. nur in der Nacht erforderlich. Der Patient muss in das Krankenhaus aufgenommen werden. Die Behandlung findet in der

Regel an mehreren Tagen sequenziell oder als Intervallbehandlung statt. Der Patient befindet sich regelmäßig, aber nicht zeitlich durchgehend, im Krankenhaus. Ein direkter Bezug zu einer Station bzw. Fachabteilung des Krankenhauses muss vorhanden sein.

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

4.6 Belegärztliche Versorgung

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

Hinweis zu den genutzten Daten für das folgende Kapitel 5:

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

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

5 Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt

Die Krankenhausplanung hat sich bundesweit den in den letzten Jahren veränderten Bedingungen anpassen müssen. Die Wirkung des pauschalierten Vergütungssystems erfordert von den Krankenhäusern eine flexible Anpassung der betriebseigenen Strukturen an die Anforderungen dieses Vergütungssystems. Flexible Angebote und Strukturen erfordern auch den medizinisch-technischen Fortschritt und das zunehmende Aufbrechen der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung.

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

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

5.1 Krankenhausleistungen in Sachsen-Anhalt

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	6.741.670	466.946	14,4
1995	5.846.112	586.776	10,0
2000	5.422.298	583.496	9,3
2005	4.788.437	560.579	8,5
2010	4.524.257	585.674	7,7
2015	4.235.064	591.987	7,2
2016	4.188.572	596.162	7,0
2017	4.118.897	553.840	7,4

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Die Entwicklungsreihe zeigt, dass die Anzahl der in den Krankenhäusern Sachsen-Anhalts behandelten Fälle innerhalb der letzten 10 Jahre relativ stetig, mit marginalen Abweichungen, gestiegen ist, mit einer abnehmenden Tendenz bei der Verweildauer.

Diese Entwicklungen sind auf die pauschalen Abrechnungssysteme (DRG und PEPP), auf den medizinisch-technischen Fortschritt und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen, die zu einer besseren Qualität und damit zu einer früheren Entlassung der Patientinnen und Patienten führen. Daneben erfolgte eine Verlagerung der stationären Fälle in andere Versorgungsbereiche. Zudem wirkt sich die Bevölkerungsentwicklung auf die zukünftigen Krankenhausleistungen aus.

Das Statistische Landesamt erklärt in seiner Pressemitteilung zur 6. Regionalisierten Bevölkerungsprognose, die hier auszugsweise wiedergegeben wird:

„Der Einwohnerschwund in Sachsen-Anhalt wird sich nach dieser neuen Prognose deutlich abschwächen. Im Jahr 2030 werden demnach noch knapp zwei Millionen Menschen im Land leben.

Ausgehend von den [...] Entwicklungen der letzten Jahre wurden durch den Interministeriellen Arbeitskreis Raumordnung-Landesentwicklung-Finzen folgende, dieser Prognose zugrunde liegenden Annahmen für das Land getroffen:

- die Geburtenhäufigkeit steigt von 2014 bis 2020 von 1,50 auf 1,55 Kinder je Frau und bleibt danach konstant;
- die Lebenserwartung nimmt weiter zu und steigt von 2014 bis 2030 für einen neugeborenen Knaben um 2,6 Jahre auf 78,9 Jahre und für ein neugeborenes Mädchen um 2,2 Jahre auf 84,8 Jahre;
- als Resultat der Wanderungsannahmen werden sich die Wanderungsgewinne, auch aufgrund der Flüchtlingsmigration, kurzfristig stark erhöhen, auf 22 875 im Jahr 2015, danach bis zum Jahr 2024 in ein Wanderungsdefizit von 866 Personen münden um im Anschluss

bis zum Jahr 2030 auf einen Wanderungsgewinn von 562 Personen zu steigen

Diese Annahmen wurden für die 3 kreisfreien Städte und 11 Landkreise untersetzt. Die daraus abgeleiteten Kreisprognosen, ausgehend vom Bevölkerungsstand zum 31.12.2014, wurden zum Landesergebnis zusammengefasst. Danach wird die Bevölkerung bis zum Jahr 2030 um 11% oder 245 200 Personen abnehmen.

In den Landkreisen und kreisfreien Städten wird es eine differenzierte Entwicklung geben. Während in den 1990er Jahren insbesondere die beiden größten Städte Magdeburg und Halle (Saale) mit großen Bevölkerungsverlusten zu kämpfen hatten, wird die gegenwärtige Entwicklung dafür sorgen, dass es künftig ausschließlich diese beiden Städte sind, die ein Bevölkerungswachstum verzeichnen werden. Bis zum Jahr 2030 beträgt dieser wahrscheinlich 3,8% bzw. 2,6%. Allerdings ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass das Bevölkerungswachstum in diesen beiden Städten in den Jahren 2024 bzw. 2023 ihr Ende findet und daran ein Rückgang der Bevölkerungszahl einsetzt.“

(Voller Text der Pressemitteilung vom 3.08.2016 zur 6. RBP: <http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Pressemitteilungen/2016/08/179.html>)

5.2 Fachgebiete nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

5.2.1 Augenheilkunde

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	99.208	9.467	10,5
1995	82.653	12.587	6,6
2000	63.381	14.648	4,3
2005	47.776	10.291	4,6
2010	41.800	11.879	3,5
2015	42.044	12.731	3,3
2016	33.836	11.377	3,0
2017	34.792	11.507	3,0

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 9 Abteilungen für Augenheilkunde ausgewiesen, davon 4 Haupt- und 5 Belegabteilungen. Die Augenheilkunde gehört zu den Fachgebieten, die in den letzten Jahren erhebliche Strukturveränderungen erfahren haben.

In der Augenheilkunde spiegelt sich deutlich die Veränderung des stationären Leistungsprofils durch neue Behandlungsmethoden wider. Die medizinisch-technische Entwicklung, die Durchführung neuer Verfahren, ermöglicht, dass heute Operationen, die früher mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden waren, ambulant erbracht werden. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Die Zunahme älterer – teils multimorbider – Patientinnen und Patienten, wird jedoch die stationäre Fallzahl moderat zunehmen lassen, oder auf einem relativ stabilen Niveau halten, wie die Prognosefallzahlen, basierend auf der Fallzahl ab 2016, zeigen. Die Verweildauer wird nicht mehr

erheblich sinken. Für eine Beurteilung der Gesamtleistungsentwicklung ist perspektivisch eine Zusammenführung der stationären und der ambulanten Behandlungen

notwendig (sektorübergreifende Versorgung), da z. B. bei den Kataraktoperationen der überwiegende Anteil der Leistungen durch ambulante Operationen erbracht wird.

Zukünftige Entwicklung

Prognose⁴

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	191	12,9	14,3	15,1
Stendal	264	-0,1	0,3	-0,1
Magdeburg	1.195	-3,7	-2,0	-2,6
Jerichower Land	127	29,4	30,7	31,2
Börde	943	-0,7	4,5	9,3
Salzlandkreis	1.344	-2,1	-1,4	-2,4
Harz	353	0,8	1,3	0,7
Mansfeld-Südharz	674	10,0	9,3	7,2
Halle	958	1,0	1,7	1,0
Saalekreis	678	0,5	2,3	2,5
Burgenlandkreis	559	1,3	0,6	-1,0
Dessau-Roßlau	807	3,5	3,5	-0,1
Anhalt-Bitterfeld	872	15,2	16,4	15,2
Wittenberg	973	-0,1	1,1	0,8
Sachsen-Anhalt gesamt	10.816	1,9	3,1	2,8

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

⁴ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nicht im Rahmen der Krankenhausbettenplanung berücksichtigt.

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

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

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

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

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

5.2.2 Chirurgie^{*)}

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	1.775.129	129.871	13,7
1995	1.628.018	175.888	9,3
2000	1.453.879	179.469	8,1
2005	1.235.924	164.142	7,5
2010	1.150.901	171.252	6,7
2015	1.018.949	171.161	6,0
2016	1.004.610	176.504	5,7
2017	993.992	169.716	5,9

^{*)} ohne Neurochirurgie

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 35 Abteilungen für Chirurgie ausgewiesen, davon 34 Hauptabteilungen und 1 Belegabteilung.

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

Nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, werden innerhalb des Fachgebietes Chirurgie 8 Facharztkompetenzen ausgewiesen. Die Herzchirurgie, Kinderchirurgie, und Plastische Chirurgie waren von 1996 bis 2004 nach der bis dahin geltenden Weiterbildungsordnung eigenständige Fachgebiete, die Orthopädie seit Beginn der Krankenhausplanung (1991).

Die Fallzahlen liegen im Jahr 2016 auf einem ähnlichen Niveau wie vor 5 Jahren. Innerhalb der letzten 5 Jahre sind

nur kleine Schwankungen in Höhe der Fallzahlen erkennbar. Im Gegensatz dazu setzt sich der absteigende Trend der Berechnungs- und Belegungstage weiter fort. Innerhalb der letzten 5 Jahre fielen die Berechnungs- und Belegungstage um mehr als 100.000 Tage. Daraus resultierend ist auch eine anhaltende Verweildauerreduzierung ersichtlich. Im Jahr 2016 liegt die mittlere Verweildauer eines Patienten der Chirurgie bei 5,7 Tagen, 0,6 Tage kürzer als 2012.

Zukünftige Entwicklung für das Fachgebiet Chirurgie**)

Prognose⁵

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	6.012	- 3,3	- 5,2	- 7,1
Stendal	6.976	3,9	2,4	0,4
Magdeburg	12.995	4,0	4,6	4,5
Jerichower Land	5.425	2,4	0,5	- 2,1
Börde	11.005	- 0,4	- 1,2	- 2,2
Salzlandkreis	15.471	- 2,5	- 5,6	- 9,2
Harz	12.283	- 0,6	- 2,5	- 5,2
Mansfeld-Südharz	8.851	- 2,4	- 6,4	- 10,8
Halle	10.935	5,4	6,3	5,4
Saalekreis	9.416	2,6	1,7	- 0,2
Burgenlandkreis	9.912	- 0,6	- 3,2	- 6,1
Dessau-Roßlau	5.965	-1,0	- 4,5	- 3,1
Anhalt-Bitterfeld	9.195	1,7	- 0,6	- 3,8
Wittenberg	6.950	- 0,1	- 2,9	- 6,5
Sachsen-Anhalt gesamt	139.134	0,6	- 1,1	- 3,6

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

***) ohne Neurochirurgie

⁵ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

Für den Fachbereich Chirurgie wird bis zum Jahr 2030 mit einem Rückgang der Fälle um 3,7% gerechnet. Dies kann zum einen durch die allgemeine demografische Entwicklung und zum anderen durch die Weiterentwicklung von konservativen Methoden und der damit verbundenen Verlagerung von chirurgischen zu internistischen Fällen erklärt werden.

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

Allgemeine Leistungsanforderungen für das Fachgebiet Chirurgie

- Basisversorgung

Das Fachgebiet Chirurgie ist in mehrere Facharztkompetenzen unterteilt. Dabei wird davon ausgegangen, dass

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

- Schwerpunktversorgung und universitäre Versorgung

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

1. Dem betreffenden Krankenhaus ist die Versorgungsstufe Schwerpunktversorgung, Spezialversorgung (bei korrespondierender Fachabteilung in der Spezialversorgung) oder universitäre Versorgung zugewiesen worden.

2. Das Krankenhaus beschäftigt mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärztinnen/Ärzte müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Qualität verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.

3. Das Krankenhaus unterhält nachweislich eine interdisziplinäre Kooperation mit anderen Fachgebieten.

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

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

Die Facharztkompetenz Herzchirurgie als ausgewiesener Schwerpunkt wird gesondert geplant und hat speziellen Rahmenvorgaben zu genügen (vgl. Kapitel 4.4.).

Die Transplantationsmedizin ist der universitären Ebene vorbehalten, auch hier sind spezielle Rahmenvorgaben zu beachten (vgl. Kapitel 4.4).

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

Die Ausweisung im Krankenhausplan erfolgt mit Sternvermerk.

5.2.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	682.246	83.324	8,2
1995	557.628	78.324	7,1
2000	421.388	73.375	5,7
2005	297.469	59.977	5,0
2010	238.359	54.264	4,4
2015	186.666	48.321	3,9
2016	186.532	48.947	3,8
2017	177.721	47.671	3,7

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 24 Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ausgewiesen, davon 23 Hauptabteilungen und 1 Belegabteilung.

Bedingt durch die medizinisch-technische Entwicklung haben neue Behandlungsmethoden zunehmend dazu geführt, dass die Verweildauer seit 1991 um 4,3 Tage gesunken ist. Zusätzlich ist - vornehmlich bedingt durch die demografische Entwicklung und auch die Verlagerungen in den ambulanten Bereich - ein Fallzahlrückgang von zeitweise bis zu 44% zu registrieren.

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

Von 1992 bis 2014 ist die Anzahl der Abteilungen für Geburtshilfe von 37 auf 24 zurückgegangen. Somit ist eine Anpassung an die Bevölkerungsentwicklung laufend erfolgt. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Auch für die Abteilungen der Frauenheilkunde ist dieser Trend verstärkt zu erwarten.

Zukünftige Entwicklung

Prognoserwartung⁶ **FRAUENHEILKUNDE** ohne Hauptdiagnose aus Kapitel XV der ICD-10-GM-2018 (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	1.225	- 4,9	-15,5	- 21,6
Stendal	1.419	- 3,5	- 13,2	- 18,7
Magdeburg	3.618	3,6	1,0	- 2,0
Jerichower Land	1.001	- 10,5	- 19,0	- 23,4
Börde	2.206	- 3,8	- 14,0	- 19,9
Salzlandkreis	3.071	- 9,6	- 19,5	- 25,0
Harz	2.989	- 2,2	- 10,2	- 15,2
Mansfeld-Südharz	1.768	- 5,7	- 16,3	- 22,5
Halle	2.982	6,4	3,8	1,4

⁶ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Saalekreis	2.310	- 5,0	- 12,8	- 16,2
Burgenlandkreis	2.151	- 3,9	- 12,6	- 17,9
Dessau-Roßlau	1.192	- 6,5	- 14,0	- 19,6
Anhalt-Bitterfeld	1.888	- 5,0	- 13,8	- 18,5
Wittenberg	1.332	- 19,0	- 26,9	- 31,1
Sachsen-Anhalt gesamt	30.056	-4,1	-11,7	-16,2

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

Prognose⁷ der Fälle mit Hauptdiagnose aus Kapitel XV der ICD-10-GM-2018 (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	1.074	- 12,6	- 23,9	- 32,4
Stendal	1.353	- 14,7	- 24,7	- 33,1
Magdeburg	3.231	0,3	- 1,5	- 7,0
Jerichower Land	780	- 18,7	- 26,8	- 32,4
Börde	1.855	- 8,3	- 20,3	- 29,1
Salzlandkreis	2.376	- 16,0	- 24,4	- 32,1
Harz	2.397	- 10,8	- 18,4	- 26,0
Mansfeld-Südharz	1.391	- 14,8	- 23,5	- 30,6
Halle	2.847	7,3	5,5	1,0
Saalekreis	1.935	- 16,5	- 24,1	- 30,1
Burgenlandkreis	1.906	- 10,4	- 17,9	- 26,1
Dessau-Roßlau	1.161	-13,1	-20,6	-27,8
Anhalt-Bitterfeld	1.660	- 13,4	- 20,6	- 27,7
Wittenberg	1.249	- 14,0	- 22,2	- 29,4
Sachsen-Anhalt gesamt	26.693	- 9,6	- 16,6	- 23,5

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

⁷ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

Prognose insgesamt⁸

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	2.289	- 8,3	- 19,3	- 26,5
Stendal	2.766	- 8,9	- 18,7	- 25,7
Magdeburg	6.831	2,1	- 0,1	- 4,3
Jerichower Land	1.778	- 14,1	- 22,4	- 27,4
Börde	4.050	- 6,0	- 17,0	- 24,2
Salzlandkreis	5.435	- 12,5	- 21,7	- 28,2
Harz	4.774	- 6,4	- 14,3	- 20,5
Mansfeld-Südharz	3.150	- 9,7	- 19,4	- 26,0
Halle	5.812	6,8	4,7	1,2
Saalekreis	4.233	- 10,2	- 17,9	- 22,5

⁸ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Burgenlandkreis	4.046	- 6,9	- 15,0	- 21,7
Dessau-Roßlau	2.345	- 9,7	- 17,2	- 23,6
Anhalt-Bitterfeld	3.565	- 8,9	- 17,0	- 22,9
Wittenberg	2.572	- 16,4	- 24,5	- 30,3
Sachsen-Anhalt gesamt	57.049	- 6,4	- 14,0	- 19,6

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

Für den Bereich der Geburtshilfe ist aufgrund der demografischen Entwicklung mit einer weiteren Abnahme der Geburten zu rechnen. In 2014 war eine Stabilisierung festzustellen. Der Rückgang hat sich für 2015 wieder relativiert, die Wirkung verflacht sich gegenüber vorherigen Prognosen, hält jedoch an. Nach der Prognose soll für den Zeitraum bis 2030 teilweise der Bedarf um fast ein Drittel in einzelnen Landkreisen abnehmen, wobei die Validität der Prognose aufgrund der aktuellen Fallzahlentwicklung nicht gesichert ist. Dennoch sind Veränderungen in der Angebotsstruktur zu erwarten, die sich auch auf den Bereich der Frauenheilkunde auswirken. Planerisch ist zu beachten, dass die Angebote regional strukturiert vorgehalten werden. Für das vorliegende Fachgebiet wurden die ersten Planungsindikatoren durch den G-BA festgelegt, die ebenfalls Auswirkungen entfalten.

Allgemeine Leistungsanforderungen für den Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe⁺⁾

⁺⁾ Weitere Leistungsanforderungen für den Bereich Geburtshilfe sind am Ende der Seite 38 ausgewiesen.

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

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

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

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

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

- Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in ausreichender Zahl sind vorzuhalten
- Vorhaltdichte der entsprechenden Schwerpunkte und des entsprechenden Leistungsumfangs in der Region,
- apparative Ausstattung,
- Umfeldvoraussetzungen, wie z. B. Verkehrsanbindungen.

⁺⁾ **Allgemeine Leistungsanforderungen an die geburtshilfliche Grundversorgung (Geburtsklinik)**

Wie unter dem Punkt 4.4.3 (S. 26, Perinatalzentren) dargestellt, wird eine dreistufige geburtshilfliche Versorgung angestrebt. Die geburtshilfliche Grundversorgung soll möglichst in Wohnortnähe bleiben. Risikofälle sind rechtzeitig geburtshilflichen Schwerpunkten zuzuweisen.

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

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

⁺⁾ **Allgemeine Leistungsanforderungen an eine geburtshilfliche Schwerpunktversorgung**

Für die Beantragung und Zuerkennung einer geburtshilflichen Schwerpunktversorgung, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, sind folgende Kriterien in Anlehnung an die Vorgaben des G-BA zu erfüllen:
Die Anzahl der Geburten an einem Standort sollte 500 im Jahr nicht unterschreiten.

Die entsprechende Ausweisung erfolgt im Krankenhausplan.

5.2.4 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	139.886	18.374	7,6
1995	142.103	23.809	6,0
2000	141.560	23.745	6,0
2005	123.068	22.090	5,6
2010	111.929	23.387	4,8
2015	99.492	24.614	4,0
2016	92.195	25.126	3,7
2017	87.375	24.235	3,6

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 17 Abteilungen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ausgewiesen, davon 10 Haupt- und 7 Belegabteilungen. Bis zum Jahr 2016 ist ein weiterer Fallzahlenanstieg bei gleichzeitig sinkender Verweildauer ausgewiesen. Die Möglichkeiten des ambulanten Operierens sind weiterhin zu nutzen.

Für eine Beurteilung der Gesamtleistungsentwicklung ist perspektivisch eine Zusammenführung der stationären und der ambulanten Behandlungen notwendig (sektorübergreifende Versorgung).

Zukünftige Entwicklung

Prognose⁹

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	515	3,5	- 4,0	- 11,2
Stendal	978	- 8,8	- 14,7	- 20,2
Magdeburg	1.929	9,8	9,9	8,8
Jerichower Land	375	- 5,6	- 11,4	- 16,8
Börde	1.872	0,4	- 4,0	- 8,2
Salzlandkreis	2.453	- 1,4	- 8,6	- 15,1
Harz	3.128	- 3,0	- 7,6	- 12,1
Mansfeld-Südharz	2.030	- 0,9	- 7,3	- 13,7
Halle	2.134	2,2	1,9	0,9
Saalekreis	1.508	0,0	- 5,4	- 10,1
Burgenlandkreis	1.175	- 4,3	- 10,3	- 15,9
Dessau-Roßlau	841	- 0,2	- 6,4	- 12,4
Anhalt-Bitterfeld	1.356	- 4,6	- 9,5	- 14,5
Wittenberg	1.045	- 4,2	- 9,4	- 14,5
Sachsen-Anhalt gesamt	22.720	- 1,0	- 5,4	- 9,8

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

⁹ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

In den Jahren bis 2030 wird, mit Ausnahme der Städte Magdeburg und Halle, ein deutlicher Fallzahlrückgang erwartet. Ursächlich hierfür sind der Bevölkerungsrückgang, Fortschritte im Bereich der minimalinvasiven Operationstechniken sowie eine verstärkte Nutzung ambulanter Leistungsangebote.

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

- die Leistungserbringung erfolgt überregional die Vorhaltung ist an Krankenhäusern aller Versorgungsstufen möglich

- eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend der Qualitätsvorgaben des G-BA
- Leitlinien des Fachgebietes und der Vorgaben aus dem SGB V.
- Vorgaben der Rahmenvorgaben

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

- Fallzahl-, Morbiditäts- und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte im Einzugsgebiet.

5.2.5 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	105.828	5.800	18,2
1995	79.548	6.867	11,6
2000	63.993	6.386	10,0
2005	54.455	6.278	8,7
2010	56.808	7.746	7,3
2015	52.931	8.199	6,5
2016	50.652	8.226	6,2
2017	50.630	8.171	6,2

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 5 Hauptabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten ausgewiesen. Die Fallzahl ist in den letzten 5 Jahren konstant geblieben bei leicht sinkender Verweildauer.

Zukünftige Entwicklung

Prognose¹⁰

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	187	- 2,6	- 2,7	- 3,0
Stendal	251	10,1	9,9	9,4
Magdeburg	1.582	- 4,3	- 2,9	- 3,0
Jerichower Land	235	- 6,2	- 8,2	- 10,3
Börde	762	- 4,2	- 3,4	- 3,1
Salzlandkreis	818	- 4,8	- 7,2	- 10,2
Harz	742	12,8	13,0	11,8
Mansfeld-Südharz	266	- 8,2	- 11,3	- 15,2
Halle	643	5,7	7,0	6,1
Saalekreis	498	6,1	5,6	4,1
Burgenlandkreis	561	4,2	2,9	0,8
Dessau-Roßlau	732	3,9	1,3	- 3,8
Anhalt-Bitterfeld	594	- 0,5	- 1,2	- 3,6
Wittenberg	527	0,7	- 1,0	- 3,8
Sachsen-Anhalt gesamt	9.221	0,8	1,7	- 1,5

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹⁰ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

Die erwartete Zunahme von Hauttumoren ist seit Einführung des Hautscreenings eingetreten. Jedoch handelt es sich vorwiegend um Fälle im frühen Erkrankungsstadium, die in erster Linie im ambulanten Sektor behandelt werden. Weiterhin ist die Summe allergischer Erkrankungen insgesamt rückläufig.

Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und einer weiteren Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich wird mit Leistungsrückgängen gerechnet.

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

- die Leistungserbringung erfolgt überregional die Vorhaltung ist an Krankenhäusern aller Versorgungsstufen möglich
- eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend der Qualitätsvorgaben des G-BA
- Leitlinien des Fachgebietes und der Vorgaben aus dem SGB V.
- Vorgaben der Rahmenvorgaben

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

- Fallzahl-, Morbiditäts- und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte im Einzugsgebiet.

5.2.6 Innere Medizin

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	2.171.066	131.668	16,5
1995	2.093.998	187.267	11,2
2000	1.942.044	215.541	9,0
2005	1.720.424	224.501	7,7
2010	1.608.685	243.663	6,6
2015	1.528.038	260.654	5,9
2016	1.503.912	274.988	5,5
2017	1.495.029	259.880	5,7

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 36 Hauptabteilungen für Innere Medizin ausgewiesen. Das Fachgebiet beinhaltet nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt neben der Inneren Medizin 9 weitere Facharztkompetenzen: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie.

In der Fachabteilung Innere Medizin setzt sich die schon über 10 Jahre andauernde Steigerung der Fallzahlen bei gleichzeitiger Reduzierung der Berechnungs- und Belegungstage auch in den Jahren 2012 bis 2016 fort. So wurden im Jahr 2016 mit 274.988 Fällen und mittleren Verweildauer von 5,5 Tagen ca. 10% mehr Fälle als im Jahr 2012 behandelt. Dieser Prozess scheint seit 2017 zu stagnieren.

Zukünftige Entwicklung

Prognose¹¹

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	9.848	- 0,4	- 0,4	0,0
Stendal	12.141	- 1,3	0,0	0,4
Magdeburg	19.183	7,5	9,2	8,7
Jerichower Land	8.336	- 0,5	0,5	0,1
Börde	16.867	3,9	6,2	8,3
Salzlandkreis	26.413	2,3	1,7	- 0,5
Harz	22.982	0,1	1,0	0,4
Mansfeld-Südharz	15.734	- 1,0	- 2,4	- 5,3
Halle	21.384	2,0	3,7	2,7
Saalekreis	18.029	1,6	3,6	3,9
Burgenlandkreis	17.512	0,5	- 0,3	- 2,1
Dessau-Roßlau	10.740	1,9	1,0	- 3,1
Anhalt-Bitterfeld	18.387	- 0,5	- 0,2	- 1,9
Wittenberg	12.852	1,8	1,9	- 0,1
Sachsen-Anhalt gesamt	239.313	1,4	2,0	1,0

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹¹ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

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

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

Allgemeine Leistungsanforderungen für das Fachgebiet Innere Medizin

Basisversorgung

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

Schwerpunktversorgung und universitäre Versorgung

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

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

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

Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung,

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

Die Stammzelltransplantation wird gesondert geplant und hat speziellen Rahmenvorgaben (vgl. Kapitel 4.4.3, S. 24) zu genügen.

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

Für die stationäre geriatrische Versorgung in einem Zentrum sind spezielle Rahmenvorgaben einzuhalten (vgl. Kapitel 4.3.1).

5.2.7 Kinder- und Jugendmedizin

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	560.665	50.236	11,2
1995	395.501	48.710	8,1
2000	282.329	42.947	6,6
2005	209.186	40.431	5,2
2010	176.229	38.427	4,6
2015	148.044	37.265	4,0
2016	147.982	38.499	3,8
2017	151.736	38.184	3,9

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 19 Hauptabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ausgewiesen. Mit einer weiteren Reduzierung der Fachabteilungen muss gerechnet werden.

In diesem Fachgebiet spiegelt sich deutlich die Veränderung des stationären Leistungsprofils wider. Neue Behandlungsmethoden, die demografische Entwicklung in Sachsen-Anhalt und die zunehmende Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich haben dazu geführt, dass in den vergangenen Jahren die Fallzahl kontinuierlich bei gleichzeitiger sinkender Verweildauer zurückgegangen ist.

Hauptursache des Fallzahlrückganges ist der deutliche Geburtenrückgang seit 1991.

Zur Sicherung der Versorgung und einem langjährigen Erhalt der Kinderheilkunde in Sachsen-Anhalt, sind sektorübergreifende Strukturen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor aufzubauen und weiterzuentwickeln.

Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin beinhaltet nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalts 6 Schwerpunktkompetenzen:

- Kinderhämatologie und -onkologie
- Kinderkardiologie
- Neonatologie
- Kinderneurologie
- Neuropädiatrie
- Kinderpneumologie.

Zukünftige Entwicklung

Prognose¹²

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	1.460	- 4,1	- 12,4	- 20,0
Stendal	2.070	- 9,1	- 17,3	- 24,5
Magdeburg	2.656	9,5	11,3	9,1
Jerichower Land	1.359	- 9,2	- 17,7	- 23,7
Börde	2.177	11,6	0,7	- 9,2
Salzlandkreis	3.833	- 4,6	- 13,0	- 20,3
Harz	3.799	- 4,1	- 11,9	- 18,0
Mansfeld-Südharz	2.281	- 4,6	- 13,5	- 21,4
Halle	3.109	12,5	14,0	12,4
Saalekreis	2.363	- 6,6	- 13,0	- 18,4
Burgenlandkreis	3.474	2,1	- 5,1	- 12,0
Dessau-Roßlau	1.119	- 6,8	- 13,6	- 21,3
Anhalt-Bitterfeld	2.090	- 1,0	- 9,4	- 16,7
Wittenberg	1.929	- 1,4	- 10,6	- 17,9
Sachsen-Anhalt gesamt	37.057	- 0,7	- 6,4	- 12,5

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹² Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

In den Jahren 2030 wird, mit Ausnahme der Städte Magdeburg und Halle, ein deutlicher Fallzahlrückgang erwartet. Unter diesen Voraussetzungen ist die Balance zwischen einer flächendeckenden Versorgung und der Einhaltung der Strukturqualität neu hergestellt worden. Die Versorgung ist durch Kooperationen zwischen den Krankenhäusern, unter Einbeziehung des ambulanten Bereiches, sicherzustellen. Dem Bedürfnis nach Mitaufnahme eines Elternteils sollte, soweit medizinisch erforderlich, Rechnung getragen werden.

Allgemeine Leistungsanforderungen für die kindgerechte Versorgung

- Pflege durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen,
- Vorhaltung von interdisziplinären Kinderzimmern,
- Behandlung von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin auch in Kooperation mit anderen Krankenhäusern und dem ambulanten Bereich.

Allgemeine Leistungsanforderungen für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin:

- die Vorhaltung ist an Krankenhäusern aller Versorgungsstufen möglich,
- Schwerpunktcompetenzen können vertreten sein,
- 24 h Präsenzpflcht durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen.

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

- Fallzahlentwicklung, Morbiditätsentwicklung und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte im Einzugsgebiet

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

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

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

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

5.2.8 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	15.184	1.674	9,1
1995	15.690	2.502	6,3
2000	14.461	2.573	5,6
2005	12.077	2.338	5,2
2010	11.275	2.588	4,4
2015	12.106	2.606	4,6
2016	12.044	2.617	4,6
2017	11.465	2.374	4,8

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 4 Abteilungen für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie ausgewiesen, davon 2 Haupt- und 2 Belegabteilungen.

Zukünftige Entwicklung

Prognose¹³

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	82	0,6	- 2,6	- 5,0
Stendal	111	2,0	- 3,0	- 8,0
Magdeburg	491	- 3,1	- 2,6	- 3,2
Jerichower Land	113	6,3	4,7	1,2
Börde	240	- 8,3	- 9,7	- 11,7
Salzlandkreis	283	- 4,7	- 8,3	- 12,1
Harz	77	17,4	16,6	14,5
Mansfeld-Südharz	119	5,1	- 0,2	- 5,8
Halle	377	7,7	9,0	7,6
Saalekreis	220	0,3	- 0,6	- 1,9
Burgenlandkreis	43	11,2	5,9	1,7
Dessau-Roßlau	26	19,1	14,8	9,6
Anhalt-Bitterfeld	84	1,1	- 4,6	- 10,2
Wittenberg	51	- 5,4	- 12,4	- 17,3
Sachsen-Anhalt gesamt	2.377	0,4	- 2,1	- 5,0

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹³ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

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

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

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

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

- Fallzahl- und Morbidität sowie demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte im Einzugsgebiet.

5.2.9 Neurochirurgie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	21.337	1.129	18,9
1995	22.484	2.441	9,2
2000	51.249	5.708	9,0
2005	71.632	7.438	9,6
2010	79.647	8.755	9,1
2015	71.805	7.960	9,0
2016	73.049	8.319	8,8
2017	73.334	8.126	9,0

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 6 Abteilungen für Neurochirurgie ausgewiesen, davon 5 Hauptabteilungen und 1 Belegabteilung.

1991 verfügten beide Universitätskliniken über eine solche Abteilung. Durch die Schaffung weiterer Kapazitäten, durch die bildgebenden Methoden und die Einführung neuer OP-Techniken hatten die Möglichkeiten der neurochirurgischen Versorgung in den letzten Jahren stark zugenommen. Eine deutliche Fallzahlsteigerung bis zum Jahr 2010 war die Folge.

Zukünftige Entwicklung

Prognose¹⁴

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	193	- 2,7	- 5,4	- 7,1
Stendal	198	- 6,5	- 9,5	- 11,5
Magdeburg	932	- 4,1	- 3,3	- 3,3
Jerichower Land	120	- 6,7	- 9,8	- 13,6
Börde	456	4,7	3,6	2,2
Salzlandkreis	605	- 7,3	- 12,0	- 16,4
Harz	390	10,5	5,9	2,0
Mansfeld-Südharz	229	- 1,6	- 7,6	- 13,1
Halle	834	- 1,3	- 1,5	- 2,2
Saalekreis	506	- 2,2	- 4,8	- 7,4
Burgenlandkreis	160	9,1	4,8	1,1
Dessau-Roßlau	392	1,5	- 1,9	- 6,4
Anhalt-Bitterfeld	391	- 14,2	- 16,8	- 19,5
Wittenberg	305	- 7,7	- 10,3	- 12,9
Sachsen-Anhalt gesamt	6.281	- 2,2	- 4,8	- 7,2

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹⁴ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

Das Leistungsspektrum dieses Fachgebietes umfasst neben Operationen an Kopf bzw. Gehirn schwerpunktmäßig die Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks sowie peripherer Nerven. Insbesondere die Erkrankungen der Wirbelsäule werden auch in einer großen Anzahl im Bereich der Unfallchirurgie/Orthopädie und Inneren Medizin erbracht. Die demografische Entwicklung wird insbesondere bei den Wirbelsäulenerkrankungen zu einer Fallzahlerhöhung führen, wobei das Verhältnis operativer zu konservativer Behandlung ein fortwährendes Spannungsverhältnis darstellt. Allgemein kann von einer differenzierten, leicht rückläufigen Entwicklung stationärer Leistungen ausgegangen werden, die sich bis 2030 verstärken wird. Ambulante Behandlungen werden die Fallzahlentwicklung im betrachteten Zeitraum marginal beeinflussen.

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

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

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

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

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte im Einzugsgebiet,
- apparative Ausstattung.

5.2.10 Neurologie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	115.726	5.873	19,7
1995	114.636	7.149	16,0
2000	189.806	13.772	13,8
2005	183.316	17.041	10,8
2010	193.452	22.216	8,7
2015	214.833	25.736	8,4
2016	222.254	27.156	8,2
2017	217.820	27.011	8,1

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 15 Hauptabteilungen für Neurologie ausgewiesen.

Durch die demographische Entwicklung kommt dieser Fachrichtung eine zunehmende Bedeutung zu. Das Älterwerden der Bevölkerung geht mit altersbedingten neurologischen Erkrankungen, insbesondere mit einer Steigerung der Schlaganfallpatienten, einher (vgl. Kapitel 6.3). Hinzu kommt, dass in den 90er Jahren neurologisch Erkrankte auch in der Inneren Medizin behandelt worden, jedoch mittlerweile verstärkt in die Stroke Unit der Neurologie verlagert wurden. Die Behandlung ist durch den Einsatz der Neuroradiologie und neuronuklearmedizinischen Techniken insgesamt weiter ausgebaut worden, so dass die Verweildauer kontinuierlich reduziert werden konnte.

Zukünftige Entwicklung

Prognose¹⁵

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	684	- 4,1	- 5,9	- 6,6
Stendal	1.528	- 5,1	- 6,4	- 8,0
Magdeburg	2.352	4,2	5,4	5,0
Jerichower Land	491	- 2,4	- 2,5	- 2,6
Börde	1.834	- 7,0	- 6,4	- 5,7
Salzlandkreis	3.323	- 5,3	- 7,4	- 10,2
Harz	2.276	- 9,7	- 11,4	- 13,6
Mansfeld-Südharz	717	- 8,7	- 13,2	- 17,8
Halle	3.111	2,5	3,4	2,4
Saalekreis	1.435	7,3	6,0	4,2
Burgenlandkreis	1.937	- 8,9	- 11,8	- 14,7
Dessau-Roßlau	1.187	- 0,7	- 2,0	- 5,9
Anhalt-Bitterfeld	1.067	- 2,3	- 4,2	- 6,7
Wittenberg	1.158	- 1,3	- 3,3	- 5,7
Sachsen-Anhalt gesamt	24.707	- 3,0	- 4,1	- 5,8

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹⁵ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

Trotz des in der Neurologie vorhandenen Potenzials für ambulante und sektorübergreifende Versorgungsangebote ist unter Berücksichtigung der Altersepidemiologie und -verteilung neurologischer Krankheiten nicht mit einem wesentlichen Rückgang der stationären Fallzahlen zu rechnen. Insbesondere die neurologischen Krankheiten im Alter (Apoplex, transitorisch ischämische Attacken – TIA –,

vaskulär oder degenerativ bedingte Demenz) sowie die zunehmende Bewältigung daraus resultierender Behinderungen bedürfen einer fachspezifischen Therapie, die ggf. durch neurologische Frührehabilitation ergänzt werden muss.

Die Konstellationen von Demografie und Morbidität im Alter lassen keine wesentlichen Fallzahländerungen er-

warten. Der medizinische Fortschritt (fibrinolytische Behandlung bei Schlaganfallpatienten, mikroinvasive Eingriffe etc.) wird jedoch zu Verweildauerverkürzungen führen.

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

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

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

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte im Einzugsgebiet,
- apparative Ausstattung,
- Stroke Unit für die Behandlung von Apoplex und TIA.

Zukünftige Entwicklung

Prognose¹⁶

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	23	- 1,8	- 5,3	- 10,1
Stendal	45	- 13,3	- 16,7	- 19,7
Magdeburg	109	20,1	20,4	21,1
Jerichower Land	22	39,6	32,0	23,8
Börde	76	3,2	1,6	0,5
Salzlandkreis	79	6,1	1,4	- 2,7
Harz	39	- 9,5	- 10,9	- 12,4
Mansfeld-Südharz	59	7,5	0,3	- 6,7
Halle	111	- 1,3	- 3,1	- 3,8
Saalekreis	113	- 8,9	- 12,0	- 14,9
Burgenlandkreis	39	- 6,9	- 10,6	- 14,2
Dessau-Roßlau	33	18,4	15,2	11,0
Anhalt-Bitterfeld	47	32,7	27,1	21,8
Wittenberg	64	- 8,1	- 12,0	- 15,8
Sachsen-Anhalt gesamt	922	2,7	- 0,3	- 2,9

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹⁶ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

5.2.11 Nuklearmedizin

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	-	-	-
1995	1.696	295	5,7
2000	8.689	1.737	5,0
2005	6.977	1.577	4,4
2010	9.577	2.244	4,3
2015	6.105	1.668	3,7
2016	5.771	1.639	3,5
2017	4.931	1.446	3,4

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 3 Hauptabteilungen für Nuklearmedizin ausgewiesen.

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

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

Strahlenschutzgesetzgebung und medizinisch notwendige Verweildauer sind in diesem Fachgebiet nur bedingt im Einklang, so dass medizinisch mögliche Verweildauersenkungen nicht einfach zu realisieren sind. Die Fallzahlentwicklung bis 2030 wird als leicht rückläufig prognostiziert. Die in Sachsen-Anhalt vorhandenen Kapazitäten werden als ausreichend angesehen.

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

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

Zukünftige Entwicklung

Prognose¹⁷

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzvedel	99	15,7	15,6	15,8
Stendal	208	- 12,5	- 13,5	- 16,6
Magdeburg	255	- 10,3	- 11,7	- 12,5
Jerichower Land	43	30,5	30,1	26,9
Börde	176	- 7,3	- 7,0	- 7,6
Salzlandkreis	288	- 5,1	- 8,6	- 12,2
Harz	318	8,0	- 9,9	- 12,7
Mansfeld-Südharz	142	10,3	7,5	3,4
Halle	259	- 12,4	- 13,1	- 13,7
Saalekreis	188	1,1	- 0,8	- 3,2
Burgenlandkreis	60	- 5,2	- 6,7	- 9,6
Dessau-Roßlau	6	0,8	0,9	- 1,8
Anhalt-Bitterfeld	68	12,0	9,8	7,1
Wittenberg	52	1,5	2,1	0,9
Sachsen-Anhalt gesamt	2.271	- 4,1	- 5,9	- 8,2

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹⁷ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

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

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

5.2.12 Strahlentherapie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	40.416	2.615	15,5
1995	29.209	1.292	22,6
2000	29.913	2.155	13,9
2005	31.495	3.485	9,0
2010	29.905	2.404	12,4
2015	24.740	2.268	10,9
2016	23.625	2.443	9,7
2017	26.110	2.600	10,0

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 6 Abteilungen für Strahlentherapie ausgewiesen, davon 5 Hauptabteilungen und 1 Belegabteilung.

Sie ist für die kurative und palliative Medizin von Bedeutung und wird vor allem bei onkologischen Erkrankungen eingesetzt. Die stationären Fallzahlen sind von 1991 bis 2005 um mehr als 33 % gestiegen. Seit 2005 ist - offenbar bedingt durch das ambulante Substitutionspotenzial - ein abnehmender Trend zu verzeichnen. Ab 2012 setzt sich dieser Trend verlangsamt fort, die Verweildauer sinkt bis 2016 kontinuierlich.

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

In Deutschland ist nahezu jeder vierte aller Todesfälle auf eine bösartige Erkrankung zurückzuführen. In Sachsen-Anhalt ist ungefähr jeder Vierte betroffen.

Allgemein gilt, dass mehr als die Hälfte aller Krebspatienten erhält bei der Erstdiagnose oder im weiteren Verlauf der Erkrankung eine Strahlentherapie - allein oder im Rahmen multimodaler Behandlungskonzepte.

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

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

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

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

5.2.13 Urologie

Jahr	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer
1991	202.601	14.041	14,4
1995	202.972	21.691	9,4
2000	171.075	23.498	7,3
2005	145.860	23.702	6,2
2010	132.856	25.471	5,2
2015	119.317	24.763	4,8
2016	116.908	26.756	4,4
2017	117.037	27.109	4,3

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

Im Krankenhausplan 2014 werden 20 Abteilungen für Urologie ausgewiesen, davon 14 Hauptabteilungen und 6 Belegabteilungen.

Die Abteilungen werden in Krankenhäusern der Basis-, der Schwerpunkt- und universitären Versorgung vorgehalten. Belegabteilungen sollen einem wohnortnahen urologischen Angebot dienen. Mit 26.756 Fällen im Jahr 2016 wurden seit 2012 nahezu gleichviele Patienten in der Urologie behandelt. Aufgrund der fortschreitenden Reduzierung der Berechnungs-/und Belegungstage ist der Trend zu einer kürzeren Verweildauer der Patienten weiterhin gegeben. Mit 4,4 Tagen ist der Aufenthalt eines Patienten um 0,8 Tage kürzer als im Jahr 2012. Es ist davon auszugehen, dass sich der Trend weiterhin fortsetzen wird.

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

Zukünftige Entwicklung

Die Prognoserechnung für die Fachabteilung Urologie sieht bis zum Jahr 2030 einen Anstieg der Fallzahlen. So steigen die im Jahr 2016 erreichten Fallzahlen von 23.587 bis zum Jahr 2020 um +3,0% und bis 2025 noch etwas weiter, auf ein um 3,5% höheres Niveau als 2015 an. Bis zum Jahr 2030 zeigt die Vorausberechnung insgesamt einen Anstieg der Fallzahlen um +2,6% auf.

Prognose¹⁸

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	765	- 4,4	- 3,0	- 2,5
Stendal	1.197	- 3,4	- 1,8	- 1,2
Magdeburg	2.199	5,3	6,6	6,8
Jerichower Land	643	- 1,5	0,5	- 0,1
Börde	1.813	0,7	3,2	4,6
Salzlandkreis	2.049	3,2	3,1	1,5
Harz	2.058	- 3,7	- 2,9	- 3,6
Mansfeld-Südharz	1.776	- 1,8	- 4,0	- 7,2
Halle	2.457	3,5	3,9	3,2
Saalekreis	1.854	3,3	5,0	5,1
Burgenlandkreis	1.348	7,3	7,2	6,0
Dessau-Roßlau	1.337	0,8	- 1,2	- 5,3
Anhalt-Bitterfeld	1.526	- 3,2	- 3,2	- 4,7
Wittenberg	1.832	- 0,2	0,5	- 0,7
Sachsen-Anhalt gesamt	23.587	1,0	1,5	0,8

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹⁸ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

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

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

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

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

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte im Einzugsgebiet,
- apparative Ausstattung.

5.2.14 Psychiatrische Fachgebiete

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

Ab dem Jahr 2013 wird zunächst optional, ab dem Jahr 2018 verpflichtend ein pauschalierendes Entgeltsystem (Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP) eingeführt. Dessen Einfluss auf die Entwicklung der Inanspruchnahme und der Kapazitäten der psychiatrischen Fachgebiete kann noch nicht abschließend beurteilt werden.

Psychiatrie und Psychotherapie

Jahr	Planbetten	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer	Auslastung
1991	3.021	660.909	11.793	56,0	59,9
1995	1.309	398.252	16.609	24,0	83,4
2000	1.322	437.187	20.188	21,7	90,6
2005	1.430	482.571	21.878	22,1	92,5
2010	1.485	513.912	24.110	21,3	94,8
2015	1.536	526.539	23.950	22,0	93,9
2016	1.536	536.015	23.838	22,5	95,6
2017	1.171	492.808	23.299	21,1	115,3

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt/Krankenhausplan 2011

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

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

Laut Krankenhausplan 2014 stehen in Sachsen-Anhalt 1.536 Planbetten für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung. Das bedeutet eine Versorgung von 6,9 Betten je 10.000 Einwohner. Zuzüglich der laut Krankenhausplan ab 2014 vorgehaltenen 588 Plätze in Tageskliniken wird ein Versorgungsgrad von 9,5 Betten/Plätze je 10.000 Einwohner erreicht.

In den letzten 10 Jahren ist eine etwa gleichbleibende Höhe der Fallzahlen bei kontinuierlicher Zunahme der Belegungstage zu beobachten. Daraus resultierend ist in den letzten 10 Jahren eine leicht steigende Verweildauer festzustellen.

Zukünftige Entwicklung

Insgesamt ist eine Steigerungsrate bei den psychosoma-

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

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

Die stationäre Fallzahlentwicklung wird in entscheidendem Maße davon abhängen, inwieweit komplementäre Angebote in der ambulanten Versorgung ausreichend vorgehalten werden. Das gilt sowohl für die Allgemeinpsychiatrie als auch für die Gerontopsychiatrie. Alternativ zur stationären Versorgung sind eine ausreichende Qualifizierung von Hausärztinnen und Hausärzten und die fachliche Qualifikation der Menschen, die in der Altenhilfe tätig sind, dringend geboten. Eine unzureichende ambulante Versorgung wird unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung zu einer weiteren Fallzahlsteigerung im stationären Bereich führen.

Prognose¹⁹

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	1.068	- 1,1	- 8,1	- 13,2
Stendal	1.627	- 4,2	- 10,8	- 15,8
Magdeburg	3.743	- 1,4	1,6	- 1,5
Jerichower Land	732	- 4,5	- 10,8	- 16,2
Börde	1.924	- 7,5	- 12,6	- 16,3
Salzlandkreis	2.572	- 9,1	- 7,7	- 24,4
Harz	2.201	1,4	- 5,4	- 11,5
Mansfeld-Südharz	1.182	5,2	- 4,6	- 12,5
Halle	2.647	- 0,5	- 1,6	- 3,2
Saalekreis	1.512	5,3	- 0,7	- 5,8
Burgenlandkreis	1.811	1,3	- 6,2	- 12,7
Dessau-Roßlau	899	5,1	- 3,2	- 10,5
Anhalt-Bitterfeld	1.204	1,1	- 6,7	- 13,4
Wittenberg	983	12,8	4,9	- 2,2
Sachsen-Anhalt gesamt	25.306	- 1,0	- 6,9	- 11,9

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

¹⁹ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Jahr	Planbetten	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer	Auslastung
1996	137	27.788	963	28,9	55,4
2000	179	57.194	1.546	37,0	87,5
2005	198	64.996	1.663	39,1	89,9
2010	198	61.216	1.246	49,1	84,7
2015	220	71.033	1.465	48,5	88,5
2016	220	69.127	1.363	50,7	86,1
2017	190	66.333	1.317	50,4	95,7

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

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

Zukünftige Entwicklung

Entsprechend wissenschaftlicher Publikationen im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie²⁰ ist auch bei der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit einem weiteren Anstieg der Erkrankungen zu rechnen.

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

Zukünftig könnte das ambulante Angebot an Krankenhäusern durch mögliche Psychiatrische Institutsambulanz, gemäß § 118 Abs. 3 SGB V, auch verbessert werden.

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

²⁰ u.a. Robert Koch-Institut (RKI) & Statistisches Bundesamt (DESTIS) (2015). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Kapitel 2.11 Psychische Gesundheit; Rau & Henkel (2013). Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen. Review der Datenlage. Nervenarzt 2013. DOI 10.1007/s00115-013-3743-6. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Prognose²¹

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	81	2,5	3,9	- 0,4
Stendal	117	12,2	11,7	6,4
Magdeburg	116	- 2,2	5,9	9,2
Jerichower Land	25	- 4,3	- 5,0	- 11,2
Börde	73	0,1	- 0,8	- 7,4
Salzlandkreis	42	6,7	5,5	-1,0
Harz	83	- 17,1	- 19,2	- 22,3
Mansfeld-Südharz	21	4,4	3,2	- 1,9
Halle	400	14,3	22,8	26,9
Saalekreis	109	17,3	18,2	11,2
Burgenlandkreis	34	- 2,2	- 2,0	- 5,6
Dessau-Roßlau	170	22,9	22,9	13,6
Anhalt-Bitterfeld	117	3,8	3,6	- 2,6
Wittenberg	166	10,5	7,6	0,2
Sachsen-Anhalt gesamt	1.779	2,8	- 6,1	- 13,0

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

²¹ Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nicht im Rahmen der Krankenhausbettenplanung berücksichtigt.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Jahr	Planbetten	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Verweildauer	Auslastung
1991	496	151.469	1.080	140,3	83,7
1995	250	81.724	1.349	60,6	89,6
2000	280	94.144	1.721	54,7	92,1
2005	300	101.211	2.006	50,5	92,4
2010	315	107.706	2.219	48,5	93,7
2015	315	110.380	2.193	50,3	96,0
2016	315	110.060	2.224	49,5	95,8
2017	240	113.078	2.384	47,4	129,1

Quelle: Krankenhausstatistik des Landes Sachsen-Anhalt

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

In den letzten fünf Jahren ist ein gleichbleibendes Niveau der Fallzahlen bei einer leichten Erhöhung der Berech-

nungs-/und Belegungstage zu beobachten. Eine rückläufige Bevölkerungsentwicklung brachte keine Kompensation. Eine Trendumkehr ist nicht zu erkennen. Insbesondere für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt, dass ambulante und teilstationäre Angebote weiter zu stärken und hier Konzepte zur Optimierung der Versorgung gefragt sind.

Prognose²²

Landkreis	Fallzahl 2016	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	144	- 0,2	- 14,7	- 2,7
Stendal	168	- 5,6	- 18,0	- 27,5
Magdeburg	351	18,0	15,7	14,0
Jerichower Land	78	- 13,7	- 22,8	- 29,5
Börde	278	- 10,0	- 18,5	- 25,5
Salzlandkreis	278	3,1	- 12,8	- 23,8
Harz	246	5,1	- 4,8	- 13,1
Mansfeld-Südharz	106	19,0	3,0	- 7,5
Halle	248	2,5	1,1	- 0,8
Saalekreis	197	0,4	- 9,5	- 16,7
Burgenlandkreis	167	- 9,3	- 18,5	- 26,4
Dessau-Roßlau	84	19,7	8,1	- 1,0
Anhalt-Bitterfeld	131	16,1	5,4	- 3,0
Wittenberg	114	- 8,7	- 18,8	- 27,1
Sachsen-Anhalt gesamt	2.804	4,1	5,5	2,0

Quelle: Daten des InEK nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen, Landkreise ohne Fallimporte; Sachsen-Anhalt mit Fallimporten

²² Es handelt sich um eine rechnerische Prognose nach voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung (BE). Konträr zur realisierten BE sind Fallzahlen relativ stabil geblieben, bei geringer Zunahme der Verweildauer. Aus diesem Grund wird die Prognose nur als Orientierung verwendet.

Allgemeine Leistungsanforderungen

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

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

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

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

- Fallzahl, Morbidität und demografische Entwicklung,
- Vorhaltdichte im Einzugsgebiet.

6 Ausblick – langfristige Prognose bis 2030 auf Basis der Daten des InEK nach § 21 KHEntgG und eigener Berechnungen

Die Prognose für die kommenden Jahre geht von gleichbleibenden, auf die Krankenhausmorbidität Einfluss nehmenden Rahmenbedingungen aus. D. h., nicht vorhersehbare Faktoren wie die Entwicklung neuer Arzneimittel, die Nutzung von Präventionspotential, die Entstehung neuer Risikofaktoren oder die Entwicklung im ambulanten Sektor bleiben unberücksichtigt. Es wird also davon ausgegangen, dass die Wahrscheinlichkeit, wegen einer bestimmten Krankheit stationäre Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen, bis 2030 genauso hoch ist wie heute.

Die Vorhersagen projizieren die aktuellen Verhältnisse der stationären Inanspruchnahme auf die künftige Bevölkerung (Status-Quo-Szenario). Die Probleme der zukünftigen Bevölkerungsstruktur sind unter Kapitel 2 im Detail ausgeführt.

Die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur führen zu weiteren Konsequenzen. Für Deutschland wird bis 2030 eine Zunahme von Menschen mit demenziellen Erkrankungen prognostiziert. Unter Berücksichtigung der landesspezifischen demografischen Besonderheiten dürfte Sachsen-Anhalt wegen des höheren Anteils älterer Bürgerinnen und Bürger besonders betroffen sein. Dies hat Konsequenzen für die Entwicklung der Krankenhausstruktur, weil mit einer deutlichen Zunahme dementer Patientinnen und Patienten zu rechnen ist. Dabei geht es weniger um

die Diagnostik und Therapie der Demenz selbst als vielmehr um die Versorgung unterschiedlichster Krankheiten bei Betroffenen, weil diese besondere Ansprüche an die stationäre Versorgung stellt. Zu dieser zählt vor allem die gestörte Kommunikation, die eine normale Versorgung erschwert und deshalb spezielle Verhaltensweisen und Vorkehrungen von den Behandelnden in den Krankenhäusern erfordert, was eine qualitative und nicht unbedingt quantitative Herausforderung darstellt.

Vorgehen bei der Prognose der stationären Inanspruchnahme

Grundlage der folgenden Prognosen der stationären Inanspruchnahme unter Annahme des Status Quo waren die InEK-Daten der Berichtsjahre 2014 bis 2016. Grundlage der Prognosen waren Angaben der 6. regionalisierten Bevölkerungsprognose, die für die Jahre 2014 und 2015 IST-Zahlen umfassten. Die nach Alter, Geschlecht und Landkreisen/kreisfreien Städte vorliegenden Zahlen wurden nach zwölf Altersgruppen aggregiert (bis unter 3 Jahre, 3 bis unter 6 Jahre, 6 bis unter 10 Jahre, 10 bis unter 15 Jahre, 15 bis unter 20 Jahre, 20 bis unter 30 Jahre, ..., 70 bis unter 80 Jahre, 80 Jahre und älter). Anschließend wurden für jedes Fachgebiet bzw. Krankheitsgruppen/Einzeldiagnosen alters- und geschlechtsspezifische Hospitalisierungsraten (ausgedrückt als voll- oder teilstationäre Krankenhausfälle pro 10.000 Einwohner) berechnet.

Bei den Prognosen für das Land Sachsen-Anhalt insgesamt wurden Fallimporte, also Krankenhausfälle von Patienten mit Wohnsitz außerhalb des Landes eingeschlossen. Die separaten Prognosen für jeden der elf Landkreise bzw. jede der drei kreisfreien Städte erfolgten OHNE Fallimporte, berücksichtigen also lediglich Krankenhausfälle von Einwohnern des jeweiligen Kreises bzw. der kreisfreien Stadt. Sodann wurden unter Annahme konstanter stationärer Inanspruchnahmeraten (als alters- und geschlechtsspezifischer Mittelwert aus den drei Berichtsjahren 2014 bis 2016) und unter Nutzung der 6. regionalisierten Bevölkerungsprognose Prognosen der zu erwartenden Fallzahlen errechnet.

Eine weitere Annahme neben der Konstanz der Krankenhausfallhäufigkeit ist die Konstanz der Wanderungen; in den InEK-Daten sind keine Wanderungsexporte in benachbarte Bundesländer sichtbar. Es lassen sich lediglich Umfang und Struktur von Fallimporten quantifizieren. Auf Landesebene kann mit einiger Berechtigung angenommen werden, dass sich Fallimporte und -exporte ausgleichen. Der Anteil der Wanderungsimporte an allen Fällen eines Fachgebiets ist im Berichtszeitraum 2014 bis 2016 sehr stabil und schwankt - mit Ausnahme der kleineren Fachgebiete - nur um Zehntel-Prozentpunkte. Zum Vergleich enthält nachfolgende Tabelle ergänzend die Anteile der Fallimporte aus weiter zurückliegenden Berichtsjahren (siehe Tabelle).

Tabelle: Anteil der Fallimporte 2010, 2014 und 2016 an allen Fällen der Fachgebiete

Fachgebiet	2010	2014	2016
Innere gesamt	3,6	3,6	3,7
Chirurgie gesamt	6,1	5,2	5,2
Geburtshilfe und Frauenheilkunde	4,8	4,4	5,7
Pädiatrie gesamt	7,3	7,5	9,0
Orthopädie	9,0	6,2	6,2
Urologie	3,4	3,2	3,1
HNO	5,2	5,4	6,1
Neurologie	7,1	6,6	6,5
Augenheilkunde	7,3	6,7	8,1
Dermatologie	9,9	9,9	8,9
Neurochirurgie	10,7	9,0	9,1
Intensivmedizin	5,3	6,9	6,5
MKG-Chirurgie	3,0	3,7	2,5
Strahlenheilkunde	3,8	5,5	4,8
Nuklearmedizin	2,4	5,1	6,8
Psychiatrie	*	4,9	4,7
Psychotherapeutische Medizin	*	13,5	12,6
Kinder- und Jugendpsychiatrie	*	8,8	7,6
sonstige und keine Angabe	10,7	10,3	7,8
Gesamt	5,2	4,9	5,2

Quelle: InEK 2010 bis 2016; * nicht valide abbildbar

Die Überprüfung der Gültigkeit der Annahme konstanter Wanderungen bzw. eines konstanten Wanderungssaldos kann allein aufgrund der InEK-Daten nicht vorgenommen werden, da sie von vielen Determinanten und Strukturmerkmalen der stationären Inanspruchnahme sowohl innerhalb von Sachsen-Anhalt wie auch der angrenzenden Bundesländer abhängt.

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

Bei der Verwendung der 6. regionalisierten Bevölkerungsprognose muss berücksichtigt werden, dass die realisierte Bevölkerungsentwicklung bis einschließlich 2016, bereits

jetzt leicht von der prognostizierten abweicht. Die Abweichungen von der Prognose des Jahres 2016 (aus der 5. regionalisierten Bevölkerungsprognose) beträgt bereits 2,3%. Mit Ausnahme des Landkreises Anhalt-Bitterfeld liegen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten die Einwohnerzahlen zum Jahresende 2016 über den prognostizierten (vgl. Tabelle). Die Gründe für diesen geringeren Bevölkerungsrückgang als prognostiziert liegen in höheren (positiven) Wanderungssalden und leicht gestiegenen Geburtenzahlen.

Wenn nun die realisierten Hospitalisierungsraten des Zeitraums 2014 bis 2016 auf die 6. regionalisierte Bevölkerungsprognose angewandt und damit zukünftige Fallzahlen prognostiziert werden, werden dadurch die zu erwartenden Fallzahlen möglicherweise leicht unterschätzt, wenn man zusätzlich zu den sonstigen Annahmen davon ausgeht, dass dieser gegenüber der Prognose leicht positive Bevölkerungstrend unverändert anhält.

Gegenüberstellung der Einwohnerzahlen von Landkreisen und kreisfreien Städten in Sachsen-Anhalt entsprechend der 5. und 6. reg. Bevölkerungsprognose und Einwohnerzahlen der amtlichen Statistik

	2016	2016	31.12.2016*	Abweichung IST 2016	Abweichung IST 2016
	5. Prognose	6. Prognose	IST	Von 5. Reg. Prognose	Von 6. Reg. Prognose
<i>kreisfreie Städte</i>					
Dessau	80.289	82.716	82.505	2,8	-0,3
Halle	224.291	236.892	238.005	6,1	0,5
Magdeburg	232.345	237.137	238.136	2,5	0,4
<i>Landkreise</i>					
Salzwedel	82.820	85.551	85.236	2,9	-0,4
Anhalt-Bitterfeld	164.289	164.376	163.100	-0,7	-0,8
Börde	166.805	172.327	172.959	3,7	0,4
Burgenlandkreis	179.846	183.038	183.184	1,9	0,1
Harz	216.192	218.827	219.643	1,6	0,4
Jerichower Land	88.467	90.879	91.345	3,3	0,5
Mansfeld-Südharz	134.914	140.251	139.781	3,6	-0,3
Saalekreis	184.504	186.185	185.951	0,8	-0,1
Salzlandkreis	191.583	194.843	194.575	1,6	-0,1
Stendal	112.273	113.798	114.393	1,9	0,5
Wittenberg	126.162	127.683	127.449	1,0	-0,2
Sachsen-Anhalt	2.184.788	2.234.503	2.236.252	2,4	0,1

Quelle: Statistisches Landesamt

* Statistisches Landesamt; Zugriff am 20.02.2018

Die aktualisierten Fallprognosen auf der Grundlage der InEK-Daten und der Bevölkerungszahlen der 6. Regionalisierten Bevölkerungsprognose liefern nun folgende Ergebnisse:

- prognostizierte Fallzahlen für die Jahre 2020, 2025 und 2030
- eine Gegenüberstellung der Prognosen für die kommenden Jahre mit den IST-Zahlen des Jahres 2016, aus denen eine Zunahme, Abnahme oder weitgehende Konstanz der Fallzahlen abzulesen ist.

- Diese Angaben liegen jeweils für Sachsen-Anhalt insgesamt, für Landkreise und kreisfreie Städte vor, differenziert nach Fachgebieten und für demographisch stark beeinflusste Diagnose(gruppe)n
- Es gibt zum Teil deutliche regionale Unterschiede in der Fallzahlentwicklung bis 2030 zwischen den Landkreisen und Dessau-Roßlau einerseits und Halle/Magdeburg andererseits, das die beiden Großstädte in den nächsten Jahren keinen Bevölkerungsrückgang, teilweise sogar eine Bevölkerungszunahme zu erwarten haben. Die

Entwicklung innerhalb der Gruppe der Landkreise verläuft dagegen homogener entsprechend dem anhaltenden Bevölkerungsrückgang im ländlichen Raum.

- Starke Unterschiede zeigen die Entwicklungen zwischen den Fachgebieten. In Fachgebieten mit einem hohen Anteil älterer und alter Patienten werden sich die prognostizierten Fallzahlen in den nächsten Jahren nur wenig gegenüber dem Zeitraum 2014 bis 2016 unter-

scheiden. Anders sieht es in Fachgebieten mit vorwiegend jüngeren Patientinnen und Patienten aus (Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Kinderheilkunde, aber auch HNO), hier werden die Fallzahlen auch kurz- und mittelfristig deutlich zurückgehen.

Beispielhaft sind fortfolgend einige Fachgebiete und dort zur Behandlung angesiedelte Diagnosen in ihrer Fallzahl bis 2016 bzw. bis 2030 aufgeführt.

6.1 Fallzahlentwicklung Innere Medizin

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzvedel	9.848	9.804	9.810	9.844	-0,4	-0,4	0,0
Stendal	12.141	11.987	12.136	12.171	-1,3	0,0	0,2
Magdeburg	19.183	20.614	20.952	20.850	7,5	9,2	8,7
Jerichower Land	8.336	8.295	8.376	8.345	-0,5	0,5	0,1
Börde	16.867	17.533	17.909	18.269	3,9	6,2	8,3
Salzlandkreis	26.413	27.034	26.863	26.276	2,3	1,7	-0,5
Harz	22.982	23.005	23.210	23.086	0,1	1,0	0,5
Mansfeld-Südharz	15.734	15.578	15.349	14.901	-1,0	-2,4	-5,3
Halle	21.384	21.802	22.186	21.952	2,0	3,7	2,7
Saalekreis	18.029	18.321	18.687	18.734	1,6	3,6	3,9
Burgenlandkreis	17.512	17.599	17.466	17.152	0,5	-0,3	-2,1
Dessau-Roßlau	10.740	10.946	10.848	10.403	1,9	1,0	-3,1
Anhalt-Bitterfeld	18.387	18.286	18.343	18.040	-0,5	-0,2	-1,9
Wittenberg	12.852	13.079	13.101	12.843	1,8	1,9	-0,1
Sachsen-Anhalt gesamt	239.313	242.764	244.139	241.644	1,4	2,0	1,0

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Darunter akuter und rezidivierender Myokardinfarkt (I21, I22)

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzvedel	204	236	237	238	15,5	16,0	16,7
Stendal	287	286	290	291	-0,2	1,1	1,4
Magdeburg	524	645	653	651	23,0	24,7	24,2
Jerichower Land	219	242	246	249	10,4	12,1	13,7
Börde	452	539	554	565	19,4	22,5	25,0
Salzlandkreis	997	1.014	1.015	999	1,7	1,8	0,2
Harz	575	608	620	623	5,7	7,9	8,3
Mansfeld-Südharz	273	316	314	306	15,7	14,8	12,1
Halle	573	619	634	628	8,1	10,6	9,6
Saalekreis	468	510	519	518	9,1	10,8	10,7
Burgenlandkreis	382	416	413	405	8,8	8,1	6,0
Dessau-Roßlau	322	318	318	306	-1,2	-1,4	-5,0
Anhalt-Bitterfeld	603	655	667	663	8,7	10,6	10,0
Wittenberg	447	457	460	453	2,3	3,0	1,3
Sachsen-Anhalt gesamt	6.542	7.079	7.153	7.106	8,2	9,3	8,6

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Im Fachgebiet innere Medizin werden zukünftig weitere Fallzahlenstiege erwartet. Dies trifft auch auf die Entwicklung der Fallzahlen beim akuten und rezidivierenden Myokardinfarkt zu, wobei die Prognosen der einzelnen Städte und Landkreise deutlich voneinander abweichen. Während in Magdeburg und den Kreisen Börde, Altmarkkreis und Mansfeld-Südharz hohe Zunahmen erwartet werden, wird in Dessau-Roßlau von einem Rückgang ausgegangen.

Im regelmäßig erscheinenden Deutschen Herzbericht wird für Sachsen-Anhalt eine überdurchschnittliche hohe Sterbeziffer bei Herzkrankheiten ausgewiesen. Ziel des Landes ist eine deutliche Senkung dieser Sterbeziffer. Dies soll neben weiteren Aktivitäten mit einer Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Leitlinien der Fach-

gesellschaften erfolgen. Dazu ist zu gewährleisten, dass jeder Patient mit einem Herzinfarkt in einem Krankenhaus mit einem Linksherzkathetermessplatz, einer Intensivstation und ausreichend in der Kardiologie erfahrenen Personal behandelt wird. Der Linksherzkathetermessplatz steht an allen 7 Tagen der Woche und für 24 Stunden am Tag zu Verfügung. Im Krankenhaus sollten mindestens 300 Patientinnen und Patienten im Jahr mit Hauptdiagnose Myokardinfarkt und Angina pectoris behandelt werden, mindestens 200 PCI pro Jahr erfolgen und davon 40 PCI bei Herzinfarkt. Die Umsetzung dieser Struktur- und Qualitätsanforderungen wird in den kommenden Jahren erfolgen unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit der entsprechend ausgestatteten Krankenhäuser für die Patientinnen und Patienten.

6.2 Fallzahlentwicklung Chirurgie insgesamt (incl. Gefäß-, Thorax-, Kinder-, Herz-, Plastische, Orthopädie)

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Veränderung bis 2020 in %	Veränderung bis 2025 in %	Veränderung bis 2030 in %
Salzwedel	6.012	5.813	5.697	5.582	-3,3	-5,2	-7,1
Stendal	6.976	7.250	7.142	7.006	3,9	2,4	0,4
Magdeburg	12.995	13.509	13.596	13.576	4,0	4,6	4,5
Jerichower Land	5.425	5.555	5.455	5.312	2,4	0,5	-2,1
Börde	11.005	10.962	10.877	10.761	-0,4	-1,2	-2,2
Salzlandkreis	15.471	15.084	14.603	14.048	-2,5	-5,6	-9,2
Harz	12.283	12.214	11.970	11.644	-0,6	-2,5	-5,2
Mansfeld-Südharz	8.851	8.637	8.285	7.892	-2,4	-6,4	-10,8
Halle	10.935	11.522	11.619	11.522	5,4	6,3	5,4
Saalekreis	9.416	9.656	9.572	9.394	2,6	1,7	-0,2
Burgenlandkreis	9.912	9.848	9.592	9.306	-0,6	-3,2	-6,1
Dessau-Roßlau	5.965	5.903	5.695	5.419	-1,0	-4,5	-9,1
Anhalt-Bitterfeld	9.195	9.354	9.142	8.842	1,7	-0,6	-3,8
Wittenberg	6.950	6.943	6.751	6.500	-0,1	-2,9	-6,5
Sachsen-Anhalt gesamt	139.124	140.008	137.558	134.144	-89,9	-1,1	-3,6

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Aus der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Alterung resultiert eine steigende Inzidenz von Verletzungen des muskuloskeletalen Systems im Alter. Neben Unfällen im Straßenverkehr stellen Stürze die häufigste Ursache für Knochen und Gelenkverletzungen des älteren Menschen dar. Stürze und ihre Folgen können nach Ansicht von Fachleuten zu einer übermäßigen Fallzahlsteigerung im stationären Sektor führen. Diese Hypothese wird inso-

fern realistisch, als zusätzlich noch ein Wandel in den Lebensverhältnissen der älteren Menschen in den Industriestaaten zu verzeichnen ist. Selbst ältere Menschen werden immer mobiler und treiben immer mehr und länger Sport wie Skilaufen, Wandern oder Fahrradfahren. Es ist damit zu rechnen, dass Unfälle im Alter in den nächsten Jahren überproportional zunehmen und zu einem der Schwerpunkte der medizinischen Versorgung der Zukunft werden.

6.3 Fallzahlentwicklung Neurologie

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Verände- rung bis 2020 in %	Verände- rung bis 2025 in %	Verände- rung bis 2030 in %
Salzvedel	684	656	644	639	-4,1	-5,8	-6,6
Stendal	1.528	1.451	1.430	1.406	-5,0	-6,4	-8,0
Magdeburg	2.352	2.450	2.480	2.469	4,2	5,4	5,0
Jerichower Land	491	479	479	478	-2,4	-2,4	-2,6
Börde	1.834	1.706	1.717	1.929	-7,0	-6,4	5,2
Salzlandkreis	3.323	3.148	3.078	2.985	-5,3	-7,4	-10,2
Harz	2.276	2.056	2.017	1.968	-9,7	-11,4	-13,5
Mansfeld-Südharz	717	654	622	589	-8,8	-13,2	-17,9
Halle	3.111	3.186	3.214	3.183	2,4	3,3	2,3
Saalekreis	1.435	1.539	1.521	1.495	7,2	6,0	4,2
Burgenlandkreis	1.937	1.765	1.709	1.652	-8,9	-11,8	-14,7
Dessau-Roßlau	1.187	1.178	1.163	1.118	-0,8	-2,0	-5,8
Anhalt-Bitterfeld	1.067	1.043	1.023	996	-2,2	-4,1	-6,7
Wittenberg	1.158	1.143	1.120	1.092	-1,3	-3,3	-5,7
Sachsen-Anhalt gesamt	24.707	23.965	23.693	23.276	-3,0	-4,1	-5,8

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Darunter Schlaganfall (HD I61, I63, I64 nach ICD-10-GM-2018)

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Verände- rung bis 2020 in %	Verände- rung bis 2025 in %	Verände- rung bis 2030 in %
Salzvedel	320	309	317	325	-3,4	-0,9	1,6
Stendal	379	453	465	471	19,5	22,7	24,3
Magdeburg	951	970	994	986	2,0	4,5	3,7
Jerichower Land	239	247	255	257	3,3	6,7	7,5
Börde	452	539	554	565	19,2	22,6	25,0
Salzlandkreis	1.092	1.156	1.174	1.162	5,9	7,5	6,4
Harz	771	822	848	857	6,6	10,0	11,2
Mansfeld-Südharz	685	704	704	687	2,8	2,8	0,3
Halle	815	910	940	928	11,7	15,3	13,9
Saalekreis	788	799	829	840	1,4	5,2	6,6
Burgenlandkreis	583	632	630	621	8,4	8,1	6,5
Dessau-Roßlau	464	475	479	461	2,4	3,2	-0,6
Anhalt-Bitterfeld	728	734	745	734	0,8	2,3	0,8
Wittenberg	659	667	678	669	1,2	2,9	1,5
Sachsen-Anhalt gesamt	9.289	9.799	9.998	9.967	5,5	7,6	7,3

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Zukünftig wird es für die Verbesserung der flächendeckenden Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten notwendig werden, regionalspezifische Konzepte zu erarbeiten, in welche versorgende Krankenhäuser mit überregionalen Stroke Units mit einer hierfür geeigneten Neurologie kooperativ (telemedizinisch) einbezogen sind.

Die Erreichbarkeit sollte innerhalb von 45 min gewährleistet werden. Dazu ist ein Abgleich mit dem Rettungsdienst notwendig. Die Kapazitäten für neurologische Frührehabilitation sind in solche Netzwerke mit einzubeziehen.

6.4 Bösartige Neubildungen

6.4.1 Bösartige Neubildungen insgesamt (ICD-10-GM-2018; C00-C97)

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Verände- rung bis 2020 in %	Verände- rung bis 2025 in %	Verände- rung bis 2030 in %
Salzwedel	1.734	1.743	1.780	1.792	0,5	2,6	3,3
Stendal	2.448	2.358	2.384	2.370	-3,7	-2,6	-3,2
Magdeburg	5.770	5.641	5.671	5.692	-2,2	-1,7	-1,4
Jerichower Land	3.829	4.028	4.145	4.203	5,2	8,3	9,8
Börde	1.365	1.427	1.446	1.436	4,5	5,9	5,2
Salzlandkreis	5.376	5.310	5.252	5.158	-1,2	-2,3	-4,1
Harz	4.806	4.749	4.781	4.755	-1,2	-0,5	-1,1
Mansfeld-Südharz	3.013	2.954	2.904	2.819	-2,0	-3,6	-6,5
Halle	4.321	4.466	4.469	4.445	3,4	3,4	2,9
Saalekreis	4.590	4.476	4.529	4.521	-2,5	-1,3	-1,5
Burgenlandkreis	3.637	3.564	3.580	3.565	-2,0	-1,6	-2,0
Dessau-Roßlau	1.865	1.853	1.817	1.748	-0,6	-2,6	-6,3
Anhalt-Bitterfeld	2.956	2.943	2.957	2.930	-0,4	0,0	-0,9
Wittenberg	2.238	2.362	2.360	2.321	5,5	5,5	3,7
Sachsen-Anhalt gesamt	50.471	50.364	50.527	50.151	-0,2	0,1	-0,6

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Die Fallzahlen bei Neubildungen werden in den kommenden Jahren nahezu gleichbleiben. Auffallend sind die teilweise deutlichen Unterschiede zwischen den ausgewiesenen Regionen, die nicht mit der Demographie erklärt werden können. Die am Häufigsten auftretenden Erkrankungen werden im Folgenden einer Einzelbetrachtung unterzogen.

Dabei sind bei den folgenden Tabellen zu einzelnen Lokalisationen geringe Fallzahlen mit größeren Zufallsschwankungen zu beachten. Es liegen vermutlich auch vergleichsweise viele Wiederaufnahmen im Zuge geplanter Kontrollen vor.

6.4.2 Mammakarzinom insgesamt (ICD-10-GM-2018; C50)

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Verände- rung bis 2020 in %	Verände- rung bis 2025 in %	Verände- rung bis 2030 in %
Salzwedel	180	146	140	134	-18,7	-22,3	-25,8
Stendal	141	152	145	139	7,8	2,9	-1,5
Magdeburg	532	566	559	561	6,3	5,0	5,4
Jerichower Land	100	104	101	96	4,4	1,1	-4,0
Börde	393	379	366	353	-3,6	-6,8	-10,2
Salzlandkreis	431	374	349	330	-13,3	-18,9	-23,4
Harz	614	564	547	528	-8,1	-10,9	-14,0
Mansfeld-Südharz	183	168	157	148	-8,0	-14,1	-19,4
Halle	367	360	355	354	-1,8	-3,2	-3,4
Saalekreis	457	429	419	410	-6,2	-8,3	-10,3
Burgenlandkreis	261	231	220	210	-11,6	-15,6	-19,7
Dessau-Roßlau	148	140	133	127	-5,3	-10,3	-14,5
Anhalt-Bitterfeld	195	190	183	177	-2,4	-5,9	-9,4
Wittenberg	183	174	164	154	-5,1	-10,4	-15,9
Sachsen-Anhalt gesamt	4.345	4.112	3.958	3.823	-5,4	-8,9	-12,0

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Hier wird, mit Ausnahme der Stadt Magdeburg, mit einem Rückgang der Fallzahlen gerechnet. Dennoch handelt es sich um die häufigste Krebserkrankung bei Frauen mit jährlich ca. 1.700 Neuerkrankungen in Sachsen-Anhalt. Die Behandlung in Einrichtungen mit hoher Fallzahl und gut strukturierten Abläufen führt nachweislich zu besseren Ergebnissen, insbesondere einer höheren Überlebensrate. Die fachbezogenen Zertifizierungsgesellschaften empfehlen derzeit folgende Zertifizierungskriterien:

- mindestens 100 behandelte Patientinnen pro Jahr und Operationsstandort,
- mindestens 50 operierte Fälle pro Chirurg und Jahr,
- mindesten 2 Operateure pro Standort,
- Tumorkonferenz,
- Psychosoziale Kompetenz.

6.4.3 Prostatakarzinom insgesamt (ICD-10-GM-2018; C61)

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Verände- rung bis 2020 in %	Verände- rung bis 2025 in %	Verände- rung bis 2030 in %
Salzwedel	180	146	140	134	-18,7	-22,3	-25,8
Stendal	177	155	168	175	-12,4	-4,9	-1,1
Magdeburg	161	160	163	164	-0,9	1,1	1,8
Jerichower Land	57	57	62	66	0,0	9,3	15,8
Börde	173	198	217	228	14,3	25,3	31,8
Salzlandkreis	143	194	198	200	35,7	38,8	39,8
Harz	128	162	172	177	26,7	34,4	38,1
Mansfeld-Südharz	124	126	126	124	1,3	1,9	0,3
Halle	214	178	178	178	-16,7	-17,0	-16,7
Saalekreis	194	187	197	201	-3,6	1,5	3,6
Burgenlandkreis	107	121	124	125	13,4	16,3	17,3
Dessau-Roßlau	85	83	83	81	-2,4	-2,5	-4,1
Anhalt-Bitterfeld	125	129	136	138	3,4	8,6	10,7
Wittenberg	107	109	112	113	1,7	4,7	5,3
Sachsen-Anhalt gesamt	1.976	2.029	2.121	2.157	2,7	7,3	9,2

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Es wird mit teilweise deutlichen Fallzahlsteigerungen gerechnet. Das Prostatakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Für die Therapie steht ein breites

Spektrum, abhängig von der Art der Erkrankung und dem Stadium, zur Verfügung. Die Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft und der Fachgesellschaft ist zu beachten.

6.4.4 Lungenkarzinom insgesamt (ICD-10-GM-2018; C34)

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Verände- rung bis 2020 in %	Verände- rung bis 2025 in %	Verände- rung bis 2030 in %
Salzwedel	213	208	210	207	-2,4	-1,2	-2,9
Stendal	303	300	297	288	-1,1	-1,9	-4,8
Magdeburg	850	774	771	779	-9,0	-9,3	-8,3
Jerichower Land	229	205	204	202	-10,7	-11,0	-11,6
Börde	526	549	570	577	4,4	8,4	9,7
Salzlandkreis	861	848	840	824	-1,5	-2,5	-4,3
Harz	677	681	682	677	0,6	0,8	0,0
Mansfeld-Südharz	368	416	407	392	13,1	10,5	6,6
Halle	687	729	722	717	6,1	5,1	4,4
Saalekreis	510	548	555	551	7,4	8,8	8,1
Burgenlandkreis	470	436	439	439	-7,3	-6,5	-6,5
Dessau-Roßlau	157	169	163	156	7,8	3,9	-0,4
Anhalt-Bitterfeld	157	179	179	176	13,9	13,8	12,2
Wittenberg	107	109	112	113	1,7	4,7	5,3
Sachsen-Anhalt gesamt	6.582	6.646	6.634	6.600	1,0	0,8	0,3

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Es werden gleichbleibende Fallzahlen prognostiziert, wobei auch bei diesem Krankheitsbild von gegenläufigen Entwicklungen in den betrachteten Regionen auszugehen ist. Lungenkrebs ist die zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern. In wissenschaftlichen Studien wird nachgewiesen, dass die Behandlung in Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen und hoher Versorgungsqualität die Überlebensquote verbessert. Die fachbezogenen Zertifizierungsgesellschaften empfehlen derzeit folgende Zertifizierungskriterien:

- mindestens 75 Operationen pro Jahr und Standort,
- mindestens 2 Fachärzte für Thoraxchirurgie,
- Tumorkonferenz,
- psychosoziale Kompetenz,
- Einhaltung der definierten Qualitätsindikatoren der Leitlinie.

6.4.5 Kolorektales Karzinom (ICD-10-GM-2018; C17-C20)

Landkreis	Fallzahl 2016 (IST)	Fallzahl 2020 (Prognose)	Fallzahl 2025 (Prognose)	Fallzahl 2030 (Prognose)	Verände- rung bis 2020 in %	Verände- rung bis 2025 in %	Verände- rung bis 2030 in %
Salzwedel	159	186	194	200	17,2	22,1	25,9
Stendal	240	239	248	254	-0,3	3,5	5,9
Magdeburg	481	482	489	492	0,2	1,7	2,4
Jerichower Land	110	123	130	133	12,2	18,2	20,5
Börde	311	383	404	416	23,2	30,0	33,6
Salzlandkreis	861	848	840	824	-1,5	-2,5	-4,3
Harz	394	451	459	460	14,4	16,5	16,8
Mansfeld-Südharz	368	416	407	392	13,1	10,5	6,6
Halle	307	346	347	346	12,6	13,1	12,8
Saalekreis	611	530	542	543	-13,2	-11,4	-11,1
Burgenlandkreis	646	625	644	654	-3,3	-0,3	1,3
Dessau-Roßlau	216	200	199	194	-7,3	-8,1	-10,1
Anhalt-Bitterfeld	157	179	179	176	13,9	13,8	12,2
Wittenberg	269	326	331	329	21,0	23,1	22,2
Sachsen-Anhalt gesamt	5.165	5.328	5.432	5.448	3,2	5,2	5,5

Landkreise ohne; Sachsen-Anhalt gesamt incl. Fallimporte; daher Sachsen-Anhalt gesamt mehr als die Summe der Landkreise

Mit wenigen Ausnahmen wird mit einem Anstieg der Fallzahlen in der Zukunft gerechnet. Das Erkrankungsrisiko steigt mit fortschreitendem Alter. 50 % der Neuerkrankungen entstehen ab einem Lebensalter von über 70 Jahren. Auch hier gibt es klare Hinweise, dass die Behandlung in Einrichtungen mit hoher Fallzahl und Versorgungsqualität die Überlebensrate verbessert. Die fachbezogenen Zertifizierungsgesellschaften empfehlen derzeit folgende Zertifizierungskriterien:

- Mindestens 50 Operationen pro Jahr und Standort,
- Mindestens 2 Fachärzte mit Schwerpunktkompetenz Viszeralchirurgie mit mindestens 15 Kolon- und 10 Rektumkarzinomen pro Operateur und Jahr,
- Tumorkonferenz,
- Psychosoziale Kompetenz,
- Einhaltung der definierten Qualitätsindikatoren der Leitlinie.

Fazit

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

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

Öffentliche Empfehlung einer Schutzimpfung gegen Affenpocken (auch Monkeypox virus, MPXV)

Bek. des MS vom 26. Oktober 2022 – 23-41710

1. Öffentlich empfohlene Schutzimpfung gegen Affenpocken

In Bezugnahme auf den Beschluss der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) für die Empfehlung zur Impfung gegen Affenpocken mit Imvanex®, erstmals veröffentlicht im Epidemiologischen Bulletin vom 30. Juni 2022, empfiehlt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt gemäß § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes als oberste Landesgesundheitsbehörde eine Impfung gegen die auslösenden Affenpocken. Der hierfür zur Verfügung gestellte Impfstoff Jynneos®, welcher mit dem in der

EU zugelassenen Impfstoff Imvanex® identisch, aber nicht in der EU, sondern in den Vereinigten Staaten von Amerika zum Schutz vor Affenpocken zugelassen ist, gilt als öffentlich empfohlen.

2. Impfschäden

Wer durch öffentlich empfohlene Schutzimpfungen mit dem Impfstoff Jynneos® eine gesundheitliche Schädigung erleidet, erhält aufgrund des § 60 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag eine Versorgung entsprechend den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes sofern die §§ 60 bis 63 des Infektionsschutzgesetzes nichts Abweichendes bestimmen.

Der Antrag ist beim Landesverwaltungsamt, Sitz Halle (Saale), einzureichen.

G. Ministerium für Wirtschaft, Tourismus, Landwirtschaft und Forsten

7817

Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von zusätzlichen laufenden Betriebsausgaben zum Schutz vor Schäden durch den Wolf in Sachsen-Anhalt (Richtlinie Herdenschutz Betriebsausgaben)

RdErl. des MWL vom 22. März 2022 – 43-60129/2.7

1. Zuwendungszweck, Rechtsgrundlagen

1.1 Das Land Sachsen-Anhalt gewährt auf der Grundlage

- a) des Gesetzes über die Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Juli 1988 (BGBl. I S. 1055), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2231) in Verbindung mit dem Rahmenplan der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ für den Zeitraum 2021 bis 2024, Teil II Förderbereich 4 Buchstabe J Ziffer 2.0 „Laufende Betriebsausgaben zum Schutz vor Schäden durch den Wolf“ in der jeweils geltenden Fassung,
- b) der Verordnung (EU) Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18. Dezember 2013 über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf De-minimis-Beihilfen (ABl. L 352 vom 24. 12. 2013, S. 1), zuletzt geändert durch Verordnung (EU) 2020/972 vom 2. Juli 2020 (ABl. L 215 vom 7. 7. 2020, S. 3) in der jeweils geltenden Fassung,
- c) der Rahmenregelung der Europäischen Union für staatliche Beihilfen im Agrar- und Forstsektor und in ländlichen Gebieten 2014-2020 (ABl. C 204 vom 1. 7. 2014,