Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Qualitätsreport **2023**

Krankenhaus versorgung.

Inhaltsübersicht

Krankenhausversorgung in Deutschland 5
Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt 8
Bundespolitische Reformpläne 10
Reformansätze in Sachsen-Anhalt 13
Struktur- und Qualitätsvorgaben umsetzen 14
Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt 15
Strukturprüfungen im Krankenhaus 16
Strukturprüfungen im Bereich Somatik 17
Intensivmedizinische Versorgung 18
Versorgungsstrukturen für Schlaganfallpatienten 20
Geriatrische Versorgung 22
Palliative Versorgung 24
Qualitätskontrollen im Krankenhaus 26
Qualitätssicherung in der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen 28
Qualitätssicherung in der Kinderonkologie 31
Qualitätssicherung der Versorgung von Bauchaortenaneurysmen 32
Qualitätssicherung in der Notfallversorgung 34
Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt aus Sicht des Medizinischen Dienstes 37
Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität 38
Quellenverweise 40

Qualitätsreport **2023**

Krankenhaus versorgung.

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Liebe Leserinnen und Leser,

von der Geburt bis zum Lebensende sind Krankenhäuser Anlaufstellen für eine akute und spezialisierte Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig sind es bedeutende Orte für die medizinische Ausbildung und Forschung. Als Zentren des Fachwissens mit entsprechender Ausstattung setzen die Menschen hohe Erwartungen an die Qualität einer Krankenhausbehandlung. Andersherum sind medizinische Dienstleistungen Vertrauensgüter, bei denen darauf vertraut werden muss, dass jede Behandlung mit optimaler Qualität durchgeführt wird. Verschiedene Strategien sollen dieses sicherstellen. Dazu gehört unter anderem der unabhängige Blick des Medizinischen Dienstes auf Krankenhausabrechnungen, auf die Voraussetzungen für komplexe Leistungen und das Einhalten bundesweit einheitlicher Qualitätsvorgaben. Aufgaben, die dazu beitragen, dass Krankenhäuser eine verlässliche Basis für qualitativ hochwertige Behandlungen aufweisen. Mit unserem Qualitätsbericht bieten wir der interessierten Öffentlichkeit eine transparente Ergebnisdarstellung. Welche Krankenhausstandorte in Sachsen-Anhalt haben die notwendigen Voraussetzungen für besonders komplexe Leistungen, wie zum Beispiel eine Beatmungsentwöhnung, eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung oder eine Palliativversorgung bei unheilbaren Krankheiten? Hierzu gibt die Bilanz der Strukturprüfungen Antworten. Der Nachweis bestimmter Strukturmerkmale gewährleistet hohe Behandlungsqualität und Sicherheit. Daher wird diesen ebenso wie den Qualitätsvorgeben beim bundespolitischen Vorhaben der Krankenhausreform eine zentrale Rolle zukommen. Konkrete Qualitätsvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bestehen für Krankenhäuser etwa für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen, für die Kinderonkologie oder Notfallversorgung. Ob diese erfüllt werden, zeigen die Ergebnisse der Qualitätskontrollen.

Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen beleuchten die Krankenhausversorgung im Land und bieten dadurch wertvolle Impulse zur Optimierung. Darüber hinaus treten im Rahmen der Abrechnungsprüfungen Optimierungspotenziale an den Versorgungsschnittstellen der Krankenhäuser zum Vorschein. Diese können beispielsweise dazu beitragen, unbegründet lange Liegezeiten zu vermeiden. Für eine planvolle Reform der Krankenhauslandschaft sind im Flächenland Sachsen-Anhalt also ambulante Versorgungsstrukturen ebenso zu berücksichtigen wie die demografischen Gegebenheiten und vorgeschaltete Maßnahmen zur Gesunderhaltung. Erst der Gesamtblick ermöglicht auf Dauer eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung und -versorgung. Für das Ausrichten stationärer Strukturen an der Qualität der Leistungserbringung ist der Medizinische Dienst sowohl unabhängiger Unterstützer als auch beitragender/bedeutungsvoller Berater.

Jens Hennicke
Vorstandsvorsitzender

Dr. med Anke Lasserre
Leitende Ärztin, stellv. Vorstandsvorsitzende



Krankenhausversorgung in Deutschland

Akuter Notfall, aufwendige Operation, hochspezialisierte Behandlungen – Krankenhäuser leisten in unserer Gesundheitsversorgung einen wesentlichen Beitrag. Allerdings ist die Lage der stationären Versorgung aktuell angespannt. Fehlendes Personal, steigende Kosten und unzukömmliche Investitionen lassen Krankenhäuser finanziell und personell kämpfen. Das wirkt sich die Behandlungsqualität aus und bedroht teils ganze Standorte. Betroffen sind vor allem kleinere Häuser, die sich überwiegend im ländlichen Raum befinden. Hinweise auf mögliche Ursachen geben Vergleiche mit der Krankenhausversorgung in anderen Ländern der Welt.

Im europäischen Vergleich investiert Deutschland am meisten in sein Gesundheitssystem[1] welches in der Folge zu den besten der Welt[2] gehört. Rund ein Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben und fast ein Drittel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung fließen jedes Jahr in die Krankenhausversorgung[3]. Davon profitieren knapp 17 Millionen behandelten Patientinnen und Patienten[4].

- 7 Tage[5] verweilen Patientinnen und Patienten in Deutschland ungefähr im Krankenhaus – im weltweiten Vergleich[6] dauern Krankenhausaufenthalte bei uns damit relativ lang
- fast 8 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohnenden[7] stehen in Deutschland dafür zur Verfügung – in der Europäischen Union ist Deutschland damit führend
- viele Betten erzeugen ökonomischen Druck[8], diese zu belegen
- vor allem Pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen liegen in Deutschland zu häufig und zu lange im Krankenhaus[9]
- wo ambulante Versorgungsstrukturen fehlen oder ungenutzt bleiben, verlagern sich Behandlungen in den stationären Bereich
- Anstieg der Kurzliegenden[10] (1 bis 3 Tage)
- medizinischer Fortschritt (z. B. bei Operationen) trägt ebenfalls zu sinkenden Verweildauern[11] bei

Personalsituation

- **Deutschland verfügt im internationalen Vergleich[12] über viele Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte:**
  - rund **421.300**[13] berufstätige Ärzte deutschlandweit
  - rund **1,7 Millionen**[14] Pflegekräfte deutschlandweit: davon **515.000**[15] in Krankenhäusern
  - die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte als auch der Pflegekräfte je 1.000 Einwohner liegt in Deutschland über dem OECD-Durchschnitt[15a]

- über **207.000**[16] Ärztinnen und Ärzte sind hauptamtlich im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser in Deutschland
- im Vergleich[17] zu anderen Ländern bewegt sich Deutschland damit in der stationären Versorgung im Mittelfeld und bezogen auf die Fallzahlen sogar im unteren Bereich
- zwar steigt die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräfte im Krankenhaus kontinuierlich, der Fachkräftemangel nimmt aber weiter zu
- laut Prognosen wird der ärztliche Nachbesetzungsbedarf in Krankenhäusern[18] bis zum Jahr 2040 genauso steigen wie der von Pflegekräften[19,20]

- **Ursachen sind:**

1. der weiter steigende Anteil älterer Menschen[21] infolge einer stetig besser werdenden medizinischen Versorgung
2. limitierte Studienplätze[22] – dadurch in den vergangenen Jahren zu wenige Ärztinnen und Ärzte ausgebildete
3. demografischer Wandel in der Ärzteschaft – in den kommenden Jahren gehen sowohl in den Praxen als auch in den Kliniken viele in den Ruhestand[23]
4. Praxisschließungen und fehlende Ambulantisierung führen zu steigenden Fallzahlen im stationären Bereich
5. Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen in Deutschland bislang wenig fortgeschritten[24]
6. Krankenhausplanung ist bisher zu wenig nach Qualität ausgerichtet
7. Kapazitäten sind nicht überall an Behandlungsbedarfe angepasst

Konträr zur demografischen Entwicklung ist die Krankenhausversorgung in Deutschland stark auf operative, also schneidende Fächer[25] ausgerichtet. Fachrichtungen wie Neurologie, Geriatrie haben hingegen Nachholbedarf.

In deutschen Kliniken versorgen die Ärztinnen und Ärzte zweieinhalbmal mehr Fälle wie ärztliches Personal in Dänemark. Das Pflegefachpersonal kümmert sich hier um fast dreimal mehr Fälle[26] als pflegefachliches Personal in Norwegen. Doch neben dem deutlich höheren Arbeitsaufwand im Vergleich zu den skandinavischen Ländern, den Niederlanden oder der Schweiz, wird dort außerdem die Arbeitsumgebung[27] besser bewertet.

Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich also überdurchschnittlich viel medizinisches wie pflegefachliches Personal pro Einwohner besitzt, stehen im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern[28] in den deutschen Krankenhäusern sehr wenige Ärztinnen und Ärzte wie auch Pflegepersonal für die Fallbehandlungen zur Verfügung. Das liegt an den viele Menschen, die in Deutschland in den Krankenhäusern versorgt werden, obwohl das bei etwa 20 %[29] nicht sein müsste.

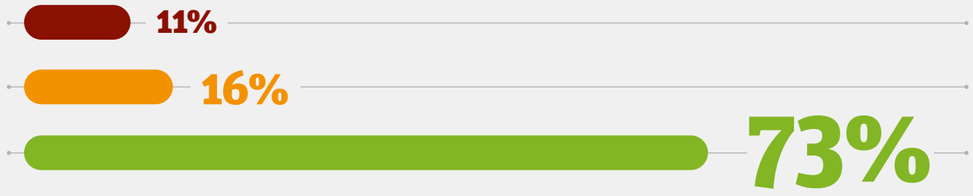
Wirtschaftliche Lage

Zum Jahresende 2023 war die aktuelle wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland insgesamt so kritisch wie noch nie[30]. Über drei Viertel der Krankenhäuser beurteilten diese als eher unbefriedigend. Darunter insbesondere kleinere Kliniken mit bis zu 299 Betten und großen Krankenhäusern ab 600 Betten.

Im Krankenhaus Rating Report 2023 zeigt sich schon für das Jahr 2021 eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage deutscher Krankenhäuser:

Etwa jedes neunte Krankenhaus[31] ist im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr.
Bis zum Jahr 2030 könnte das auf jede zweite Klinik zutreffen.

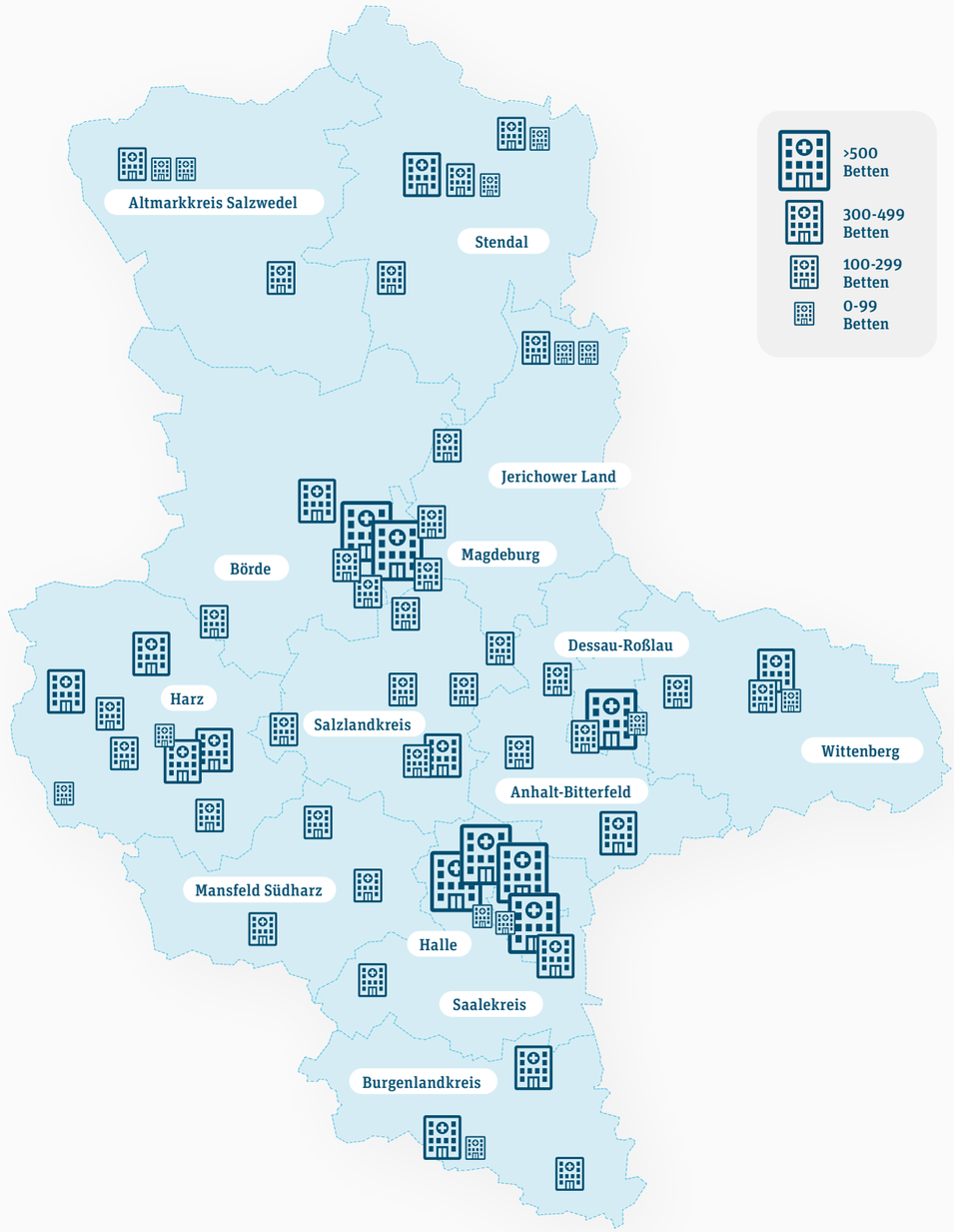
Gründe seien:
- geringe Auslastung
- rückläufige Investitionen der Bundesländer
- Preis- und Lohninflation



Quelle: Krankenhausrating Report 2023

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft verzeichnete im Jahr 2023 fast 40 Insolvenzen[32]. Im Jahr 2024 könnte sich diese Zahl wegen steigenden Personalkosten prognostisch annähernd verdoppeln.

Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt



In Sachsen-Anhalt sichern **45**[33] **Krankenhäuser** mit **über 14.000** Betten, darunter **rund 760 Intensivbetten**, die stationäre Versorgung von annähernd **500.000** Patientinnen und Patienten. Mit **17 Kliniken**[34] ist fast jedes dritte Krankenhaus in privater Trägerschaft. Etwa ebenso viele Kliniken (16) befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Öffentlich getragen werden 12 Krankenhäuser.

Die Anzahl an Krankenhausbetten ist seit 2013 in Sachsen-Anhalt kontinuierlich rückläufig. Im Jahr 2022 lag diese mit **rund 650**[35] Betten **je 100.000 Einwohner** trotzdem noch immer deutlich über dem Bundesdurchschnitt von **rund 573**[36] Betten **je 100.000** Einwohner. Die Bettenauslastung lag in den Landeskliniken hingegen mit **rund 65 %**[37] unter dem Bundesdurchschnitt von **69 %**[38]. Bis zum Jahr 2035 wird in Sachsen-Anhalt ein weiterer Rückgang der stationären Fallzahlen **um 6 bis 21 %**[39] prognostiziert. Trotz sinkender Inanspruchnahme steigen die Kosten für die stationäre Krankenhausversorgung.[40]

Für die Standortsicherung der einzelnen Krankenhäuser ist es wichtig, Kooperationen zu schließen, Klinikstandorte zu zentralisieren und zu spezialisieren. Das Zusammenführen von Krankenhausstandorten mit Erhalt einer flächendeckenden Versorgung kann gerade in ländlichen Regionen dazu beitragen, grundlegende Strukturprobleme durch Doppelvorhaltungen, Fachkräftemangel, Kostensteigerungen oder auch Ambulantisierung zu lösen[41]. Eine zusätzliche Spezialisierung von Standorten fördert darüber hinaus mit den jeweils notwendigen strukturellen Voraussetzungen und der praktizierten Anzahl an spezifischen Eingriffen eine gute Behandlungsqualität.



Als eigenverantwortlich wirtschaftende Unternehmen bewerten die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt die eigene wirtschaftliche Situation mehrheitlich als schlecht bzw. eher schlecht.

Bundespolitische Krankenhausreform

Deutschland verfügt im europäischen und internationalen Vergleich über ein leistungsfähiges und gutes Gesundheits- und Pflegewesen. Auch in der Pandemie war jederzeit eine gute Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sichergestellt. Alle Stakeholder haben dazu ihren Beitrag geleistet. Dennoch besteht aufgrund der älter werdenden und multimorbiden Bevölkerung bei gleichzeitigem Fachkräftemangel die Gefahr der Rationierung im Gesundheitswesen.

Eine der Hauptursachen dafür liegt in der Ausrichtung unserer Versorgungsstrukturen, die zu einer ineffizienten Verteilung der knappen Ressourcen führen. Noch immer werden zu viele Krankenhausbetten vorgehalten und Patientinnen und Patienten mit verhältnismäßig langen Verweildauern im Krankenhaus behandelt. Ambulantisierungspotenziale werden wenig genutzt, Vorsorge- und Rehabilitationsstrukturen sind nicht ausreichend vorhanden und die Anzahl der Arztbesuche pro Person ist so hoch wie nirgends sonst in Europa. Ökonomischer Druck und historisch gewachsene Strukturen haben dazu geführt, dass die Qualität von Behandlungen nicht immer handlungsleitend ist.

Das hat Auswirkungen auf das Patientenwohl und ist gleichzeitig höchst unwirtschaftlich. Die knappen Ressourcen unseres Gesundheitssystems weiterhin gut und gerecht zu verteilen, gehört zu den größten Herausforderungen der nahen Zukunft.

Ziele:

Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt:

- **„Entökonomisierung“,**
- Sicherung und Steigerung der **Behandlungsqualität** sowie
- **Entbürokratisierung** des Systems.

Darüber hinaus ist die Gewährleistung der **Versorgungssicherheit** (Daseinsvorsorge) ein zentrales Anliegen.



Zentraler Bestandteil Struktur- und Qualitätsvoraussetzungen

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) rückt die Qualität in den Mittelpunkt der Krankenhausversorgung. Für stationäre Behandlungen sollen 65 Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien nach dem aktuellen Stand in Medizin und Wissenschaft festgelegt werden. Damit werden qualitative Vorgaben für die sachliche und personelle Ausstattung, die Erbringung verwandter Leistungsgruppen sowie sonstige Struktur- und Prozesskriterien verankert. Der Medizinische Dienst wird die Einhaltung der Qualitätsvoraussetzungen für die Leistungsgruppen überprüfen und im Falle einer Nichterfüllung das Krankenhaus beraten. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde soll sich zur Beurteilung der voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien verpflichtend eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen.

Behandlungsqualität durch Konzentration und Spezialisierung

Im Rahmen der Krankenhausplanung sollen die Länder den Krankenhäusern Leistungsgruppen zuweisen. Diese werden so zum Regulativ, um Parallelstrukturen in der Versorgungslandschaft zu vermeiden, Ressourcen effizient zu bündeln und gezielte Versorgungsschwerpunkte an den Klinikstandorten zu setzen, wo die erforderlichen Voraussetzungen bestehen. Die Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien für ihre Leistungsgruppen nachzuweisen und eine Mindestzahl an Behandlungsfällen zu erbringen. Beides zahlt im Ergebnis auf die Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten ein. Diese soll gerade für aufwendige und planbare Eingriffe bzw. Behandlungen vor der Erreichbarkeit stehen.

Qualitätsgesicherte Grundversorgung

Eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung soll auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen weiterhin sichergestellt bleiben. Dazu soll der Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung beitragen. Konkret angedacht ist dafür, dass die Länder sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level Ii) bestimmen, die stationäre, erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistungen erbringen.

Qualitätskriterien als Vergütungsgrundlage

Einnahmen durch viele Behandlungen oder Eingriffe – diesem Mengenanreiz stellt das KHVVG eine Vorhaltevergütung entgegen. Ein Krankenhaus soll diese erhalten, wenn die vorgegebene Mindestanzahl an erbrachten Behandlungsfällen der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllt wird, weil damit zugleich eine Mindestvorhaltezahl erreicht wird. Diese neue Form der Vorhaltevergütung wird das System der Fallpauschalen in Teilen ablösen. Das wirkt sich wiederum auf die Krankenhausabrechnungsprüfungen aus. Im Sinne des Bürokratieabbaus sollen aus den Einzelfallprüfungen im aktuellen Gesetzesentwurf ab dem 1. Januar 2027 Stichprobenprüfungen werden.

Transparente Qualitätsinformationen

Patientinnen und Patienten haben ein Recht darauf zu wissen, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Ein Bundes-Klinik-Atlas veranschaulicht deshalb künftig die Qualität von Krankenhausleistungen und bietet Behandlungsbedürftigen damit eine Orientierungsgrundlage. Die Krankenhäuser stellen dafür Daten zur personellen Ausstattung, zum Leistungsangebot und zu bestimmten Qualitätsaspekte bereit. Die Institute für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bereitet diese differenziert nach den 65 Leistungsgruppen auf. Die Ergebnisse der Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst werden hier ebenfalls transparent abgebildet.



Reformansätze in Sachsen-Anhalt

Die Landespolitik in Sachsen-Anhalt beauftragte im Juli 2022 ein Gutachten zur Analyse der Krankenhauslandschaft. Neben den stationären Krankenhausleistungen wurde dabei auch die Notfallversorgung und die Verknüpfung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung untersucht. Darüber hinaus wurden Aussagen zu den benötigten Investitionen getroffen.

Das Krankenhausgutachten analysiert:

- stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt ist insgesamt gut – in Ballungszentren sehr gut
- überdurchschnittlich viele Betten bei einer geringen Auslastung vorgehalten
- weiterer Fallzahlrückgang wird bis 2035 erwartet
- Fachkräftemangel in der Pflege und beim Ärztlichen Dienst – wird flächendeckende Verfügbarkeit von Leistungsangeboten beeinträchtigen
- nicht alle Krankenhäuser halten vorgegebene Mindestmengen ein
- der Norden ist unterversorgt, insbesondere z. T. mit spezialisierten Krankenhausleistungen – teilweise lange Fahrtzeiten
- vereinzelt zu lange Wege zur Erreichung eines adäquaten Versorgers bei lebensbedrohlichen Erkrankungen
- gute Erreichbarkeit der Basisnotfallversorgung
- z. T. lange Anfahrtszeiten zu höheren Stufen der Notfallversorgung
- Notfallversorgung im Durchschnitt, Defizite bei Herzinfarkten und Schlaganfällen
- zu viele Notfallpatienten werden in nicht adäquat dafür ausgestatteten Krankenhäusern behandelt

Das Krankenhausgutachten empfiehlt:

- Zentralisierung und Spezialisierung
- ein gestuftes System der Krankenhausversorgung
- eine wohnortnahe Basisversorgung mit internistischen und chirurgischen Leistungen
- regional verfügbare Kinder- und Geburtskliniken
- medizinische Spezialleistungen an großen Schwerpunktversorgern, Maximalversorgern und Universitätskliniken konzentrieren
- Mindestmengen einhalten
- ambulant und stationär enger verzahnen
- Digitalisierung stärker nutzen
- telemedizinische Strukturen und Angebote weiter ausbauen
- Kapazitäten weiter ausgebauten, z. B. neurologische Frührehabilitation oder akute Schlaganfallversorgung (Stroke Units)
- Universitätskliniken sollen künftig eine stärkere Steuerung übernehmen

Struktur- und Qualitätsvorgaben umsetzen

Patientensicherheit hat im deutschen Gesundheitswesen einen hohen Stellenwert. Alle Patientinnen und Patienten wollen mit der notwendigen Qualität nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand sicher versorgt werden. Ein Ziel, das Struktur- und Qualitätsvorgaben fördern und so zu einer qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung beitragen soll.

Eine zentrale Aufgabe des Medizinischen Dienstes sind Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen in den Krankenhäusern. Unabhängig von Krankenhausträgern und regionalpolitischen Interessen stellt der Medizinische Dienst fest, ob die Qualität der räumlichen, technischen und personellen Strukturen für bestimmte Behandlungen ausreicht und sie dementsprechend erbracht und abgerechnet werden können. Im Ergebnis kann Krankenhausplanung und -versorgung zielgerichtet durchgeführt und finanziert werden. Das bedarfsgerechte Ausrichten stationärer Versorgungsstrukturen am Erfüllen der Vorgaben aus Richtlinien und medizinischen Leitlinien ist entscheidend für die Behandlungsqualität. Ein Leitsatz sollte hier »Qualität vor Erreichbarkeit« sein.

Qualitätsregulativ Leistungsgruppen

Struktur- und Qualitätsmerkmale sind bei der bevorstehenden Reform des Krankenhaussystems zentrale Elemente. Das zeigt sich insbesondere an der Einführung von 65 Leistungsgruppen mit zugehörigen Qualitätskriterien. Der Medizinische Dienst fungiert als geeignete Instanz, das Erfüllen dieser Merkmale zu prüfen bzw. dahingehend zu beraten. Er gewährleistet eine bundesweit einheitliche Prüfung, verfügt über umfassendes ärztliches Fachwissen und bietet die notwendigen Ressourcen für eine schnelle Umsetzung, die in enger Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern erfolgen sollte. Um den bürokratischen Aufwand dabei so gering wie möglich zu halten, ist zudem eine enge Verzahnung mit den Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen von Vorteil.

Zielführende Krankenhausplanung

Die Vergabe der Leistungsgruppen für stationäre Behandlungen soll durch die Länder erfolgen. Im Falle der Nichterfüllung von Qualitätskriterien hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Fachkompetenz der Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes einzubeziehen, um die voraussichtliche Dauer beurteilen zu können. Der landesweite Überblick des Medizinischen Dienstes über die technischen, organisatorischen und personellen Gegebenheiten der Kliniken für medizinisch anspruchsvollen Komplexbehandlungen sowie über das Einhalten der festgelegten Qualitätsanforderungen in den Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), zum Beispiel für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen, kann grundlegend zur Krankenhausplanung der Länder und Vergabe der Leistungsgruppen beitragen und eine Strukturreform der Krankenhauslandschaft zielführend unterstützen.

Sektorenübergreifende Versorgung stärken

Gleiches gilt für die Optimierungspotenziale, die sich im Rahmen der Abrechnungsprüfungen zeigen. Das sind häufig die diskussionswürdigen Punkte im DRG-System, die in der Regel an der Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bestehen und auf erforderliche Entwicklungen hindeuten. So kann zum Beispiel ein unangebracht langer Krankenhausaufenthalt (Verweildauer) aus mangelnden ambulanten Anschlussstrukturen resultieren. Dieses Wissen kann dem angedachten Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung zugutekommen. So sollen die Länder sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt können. Dazu gehören auch Krankenhäuser, die bisher nicht im Krankenhausplan aufgenommen waren und erstmalig aufgenommen werden sowie Leistungserbringer, die bisher ausschließlich ambulant tätig waren. Letzteren soll vom Land ein stationärer Versorgungsauftrag für diejenigen Leistungen übertragen werden können, die eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung mindestens vorhalten muss. Das bietet besonders abseits der Ballungsräume die Chance für eine Konzentration und Verschlankung der Versorgung mit weniger Bürokratie, einheitlichen Anforderungen und Planungssicherheit. Einen ergänzenden Beitrag kann dabei die Forcierung der Digitalisierung und die verstärkte Schaffung telemedizinischer Strukturen und Angebote leisten.

Die Kompetenz des Medizinischen Dienstes liegt darin, unabhängig von der Interessenlage einzelner Akteure im Gesundheits- und Pflegewesen einen Gesamtblick auf die Qualität der Versorgung aller Menschen zu haben. Durch den ganzheitlichen Blick der Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes auf Behandlungen und Pflegesituationen im Land wird Gesunderhaltung im Sinne einer gestuften Versorgung gefördert. Erfahrungen zeigen beispielsweise die Notwendigkeit, Vorsorge und Rehabilitation zur Verbesserung der individuellen Lebensqualität der Menschen und Entlastung des Gesundheits- und Pflegesystems zu fördern. Die Grundsätze „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ sind wichtige Leitlinien der Sozialmedizin. Krankenhausbehandlungen können durch sozialmedizinische Empfehlungen an den Schnittstellen verschiedener Fachrichtungen und Behandlungspfade bedarfsgerecht gesteuert werden. Das hilft sowohl Ressourcen niedergelassener Ärzte und Therapeuten zu schonen als auch Krankenhausbehandlungen zu vermeiden. Mit zielgerichteten Behandlungen ohne Umwege lassen sich Rationierungen im Gesundheitssystem mittel- bis langfristig vermeiden.

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Mit insgesamt **223.883** sozialmedizinischen und pflegefachlichen Empfehlungen haben **428*** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt 2023 die Versorgung im Land unterstützt. Darunter **108.444** Empfehlungen im medizinischen Bereich und über **500** Prüfungen zur Qualität in Krankenhäusern.

* Das entspricht 392,37 Vollzeitstellen. Stand 31.12.2023.

108.444
sozialmedizinische Empfehlungen für die Krankenversicherung

64.038
im ambulanten Bereich (z. B. Rehabilitation und Arbeitsunfähigkeit)

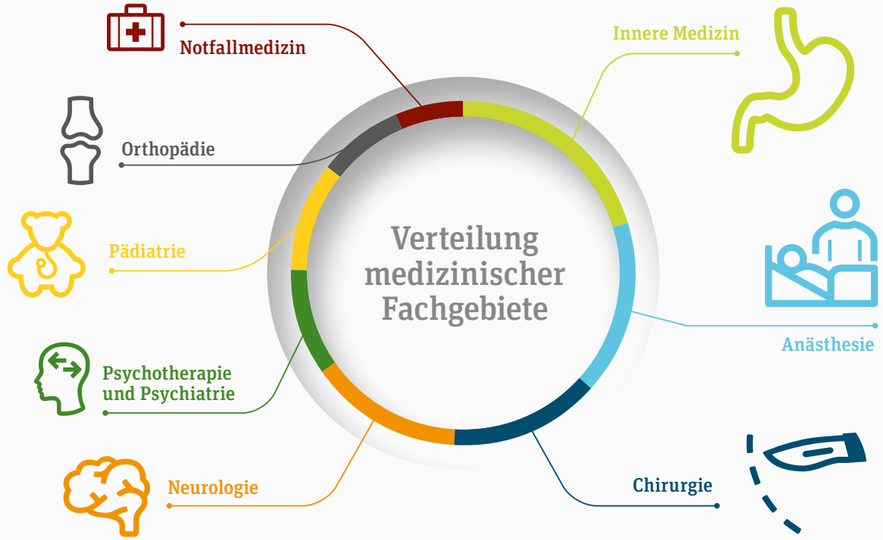
44.406
im stationären Bereich (Krankenhausversorgung)

außerdem

474 **Strukturprüfungen** und **82*** **Qualitätskontrollen** im Krankenhaus

*inklusive 10 Qualitätskontrollen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt gibt es eine breite Fachkompetenz. Unter den **80 Ärztinnen und Ärzten** sind zum Beispiel **folgende medizinische Fachgebiete** vertreten:



Insgesamt finden sich **20 Facharztqualifikationen** und **16 Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen** im ärztlichen Team des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt.

Strukturprüfungen im Krankenhaus

Strukturprüfungen bescheinigen Krankenhäusern bestehende Voraussetzungen, um konkrete Kodes für besonders schwierige und komplexe Behandlungen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) mit den Krankenkassen vereinbaren und abrechnen zu können.

Die zugrunde liegenden Anforderungen legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jährlich in Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) fest. Je nach OPS-Kode gilt die Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst für ein oder zwei Jahre. Da erstmalig 2021 Bescheinigungen ausgestellt wurden und überwiegend für zwei Jahre galten, ergibt sich 2023 wieder eine höhere Anzahl an Prüfungen.

Gerade für besonders schwierige und komplexe Behandlungen ist es wichtig, dass ein Krankenhaus die erforderlichen organisatorischen, personellen oder fachlichen Vorgaben (Strukturmerkmale) aufweist. Hier geht es um hochspezialisierte Bereiche, die in der Regel auch besonders gefährdete Patienten versorgen. Dazu gehören etwa die Intensivmedizin, Versorgungsstrukturen für Schlaganfallpatienten oder geriatrische und pädiatrische Strukturen. Bei einer geriatrischen Komplexbehandlung ist beispielsweise die Behandlung durch ein geriatrisches Team unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes mit geriatrischer Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung gefordert. Fragestellungen sind also unter anderem, ob ausreichend qualifiziertes Personal für eine Behandlung rund um die Uhr und an allen Tagen im Jahr zur Verfügung steht oder entsprechende Räumlichkeiten vorhanden sind, um etwa infizierte Patientinnen und Patienten zu isolieren. Strukturprüfungen liefern damit Hinweise auf die Qualität in Krankenhäusern.

In **474 Strukturprüfungen** ging der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt diesen Fragen im Jahr 2023 nach.

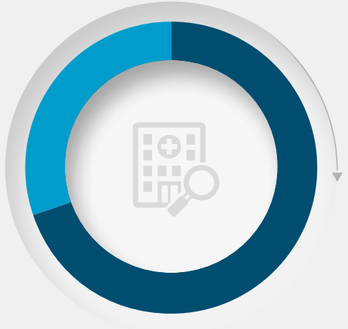


- Strukturprüfung zur erstmaligen oder erneuten Erbringung von Leistungen
- Strukturprüfung bei fortlaufender Leistungserbringung (jährlich oder 2-jährlich turnusmäßig zu prüfen)
- Planungsprüfung*
- Strukturprüfung zur Planungsprüfung**
- Begutachtung nach Widerspruch Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2022
- Begutachtung nach Widerspruch Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2023

* Prüfung zur geplanten Erbringung von Leistungen
** Prüfung der tatsächlichen Strukturen der Leistungserbringung

Insgesamt waren die strukturellen Voraussetzungen bei **98,5 %** erfüllt und bei **1,5 %** zu optimieren.

In den **Bereichen der Strukturprüfungen** zeigte sich:



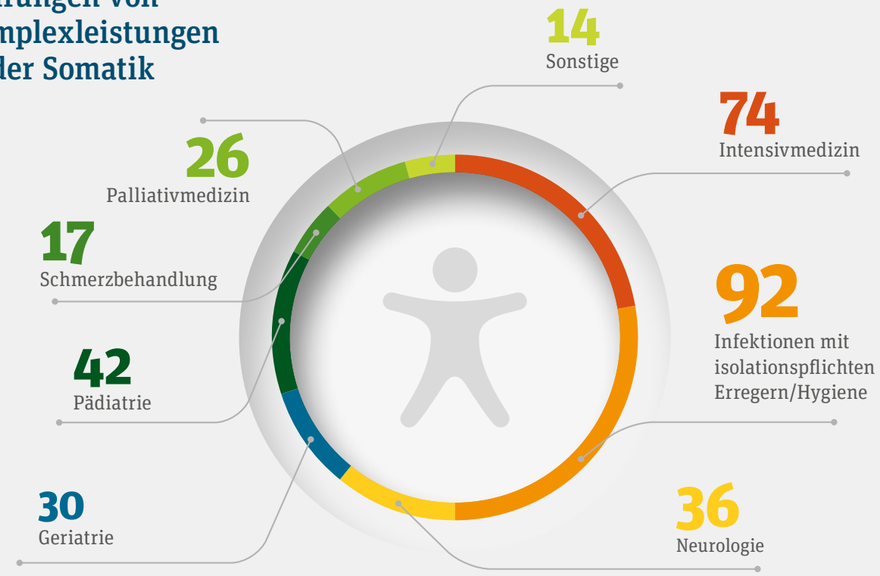
331 Somatik
98,2 % befürwortet

143 Psychiatrie
99,3 % befürwortet

Strukturprüfungen im Bereich Somatik

Die nachfolgende Grafik zeigt die Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt im Jahr 2023 in den verschiedenen Bereichen. Enthalten sind hierbei auch noch offene Prüfungen nach der Richtlinie 2022 sowie Widersprüche.

Prüfungen von Komplexleistungen in der Somatik



Den größten Anteil bilden Strukturprüfungen im Bereich isolationspflichtiger Erreger und Hygiene. Das sind zwei Komplexbehandlungen: Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten (OPS 8-987) oder nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (OPS 8-98g). Beide OPS-Kodes sind immer gemeinsam zu beantragen, was den hohen Anteil zu diesem Thema begründet.

Relevante OPS-Kodes:

8-987.0	Komplexbehandlung bei MRE-Infektion auf spezieller Isoliereinheit
8-987.1	Komplexbehandlung bei MRE-Infektion auf nicht spezieller Isoliereinheit
8-98g	Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
8-98g.0	Komplexbehandlung bei nicht MRE-Infektion auf spezieller Isoliereinheit
8.98g.1	Komplexbehandlung bei nicht MRE-Infektion auf nicht spezieller Isoliereinheit

Anträge: **92** Ergebnisse: **92** befürwortet abgelehnt

Intensivmedizinische Versorgung

Hier stehen die strukturellen Voraussetzungen für die intensivmedizinische Versorgung von Kindern bzw. Erwachsenen oder eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung sowie die Beatmungsentwöhnung (Weaning) im Fokus.

Relevante OPS-Kodes:

8-980 (zweijährig) Intenvismedizinische Basisversorgung
- Die fachärztliche Behandlungsleitung besitzt die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und ein Team von ärztlichem und pflegefachlichem Personal ist in akuter Behandlungsbereitschaft. Zudem muss eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet sein.

8-98f (einjährig) Aufwendige Intenvismedizinische Versorgung
- Für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung nach OPS 8-98f ist eine wichtige Voraussetzung zum Beispiel, dass u. a. Fachärztinnen bzw. -ärzte der Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie sowie Neurochirurgie innerhalb von 30 Minuten persönlich im Krankenhaus einsatzbereit sind.

8-718.8 (einjährig), **8-718.9** Beatmungsentwöhnung / Weaning
- Neben qualifiziertem bzw. ganz spezifisch geschulten Personal ist ein Konzept oder eine Standardvorgehensweise wichtig, worin die Abläufe verbindlich beschrieben sind. Unterschieden wird zwischen spezialisierter intensivmedizinischer und nicht in-tensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit. Die spezialisierte intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit entspricht personell und in der apparativen Ausstattung einer Intensivstation bzw. ist Bestandteil davon. Eine intensivmedizinische Behandlung ist jederzeit möglich. Die nicht intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit besteht aus mindestens sechs Betten und einem spezialisierten Team, das den Patientinnen und Patienten fest zugeordnet ist. Entweder ist der Bereich räumlich abgetrennt und eigenständig oder Teil einer anderen Station oder Abteilung.

Wenn jemand im Krankenhaus längere Zeit maschinell beatmet wurde, muss das unabhängige Atmen nach und nach trainiert werden. Dieser Vorgang wird als “Weaning” bezeichnet.

8-98d (einjährig) Intenvismedizinische Versorgung von Kindern
- Die intensivmedizinische Versorgung von Kindern wird in Sachsen-Anhalt ausschließlich am Uniklinikum Halle (Saale) angeboten.

Anträge: **75** Ergebnisse: **72** befürwortet, **3** abgelehnt

Intensivmedizinische Versorgung für Erwachsene & Kinder — Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt 2024

(auf Grundlage der Prüfergebnisse aus 2023)



Versorgung von Schlaganfallpatienten

Die Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Schlaganfalleinheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team, das i. d. R. durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Neurologie geleitet wird. Das Krankenhaus besitzt auch eine Fachabteilung für Neurologie.

An allen Betten können kontinuierlich Blutdruck, Herzaktivitäten (Frequenz, EKG), Atmung und Sauerstoffsättigung der Schlaganfallbetroffenen erfasst werden. Rund um die Uhr stehen Bildgebungsverfahren für die hirnversorgenden Gefäße und Behandlungsmöglichkeiten bei Blutgerinnseln zur Verfügung. Leistungen der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie sind auch an Wochenenden und Feiertagen verfügbar.

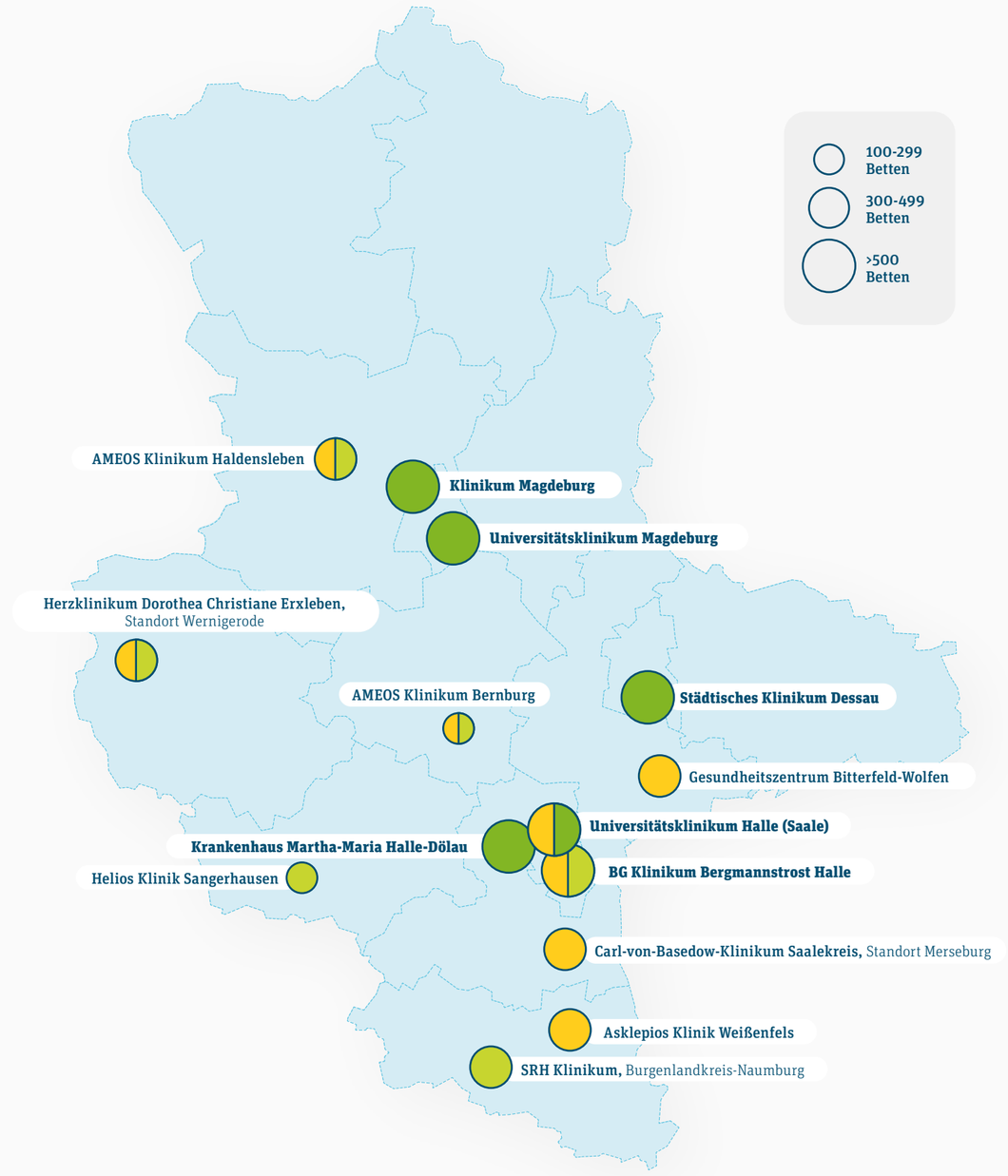
Relevante OPS-Kodes:

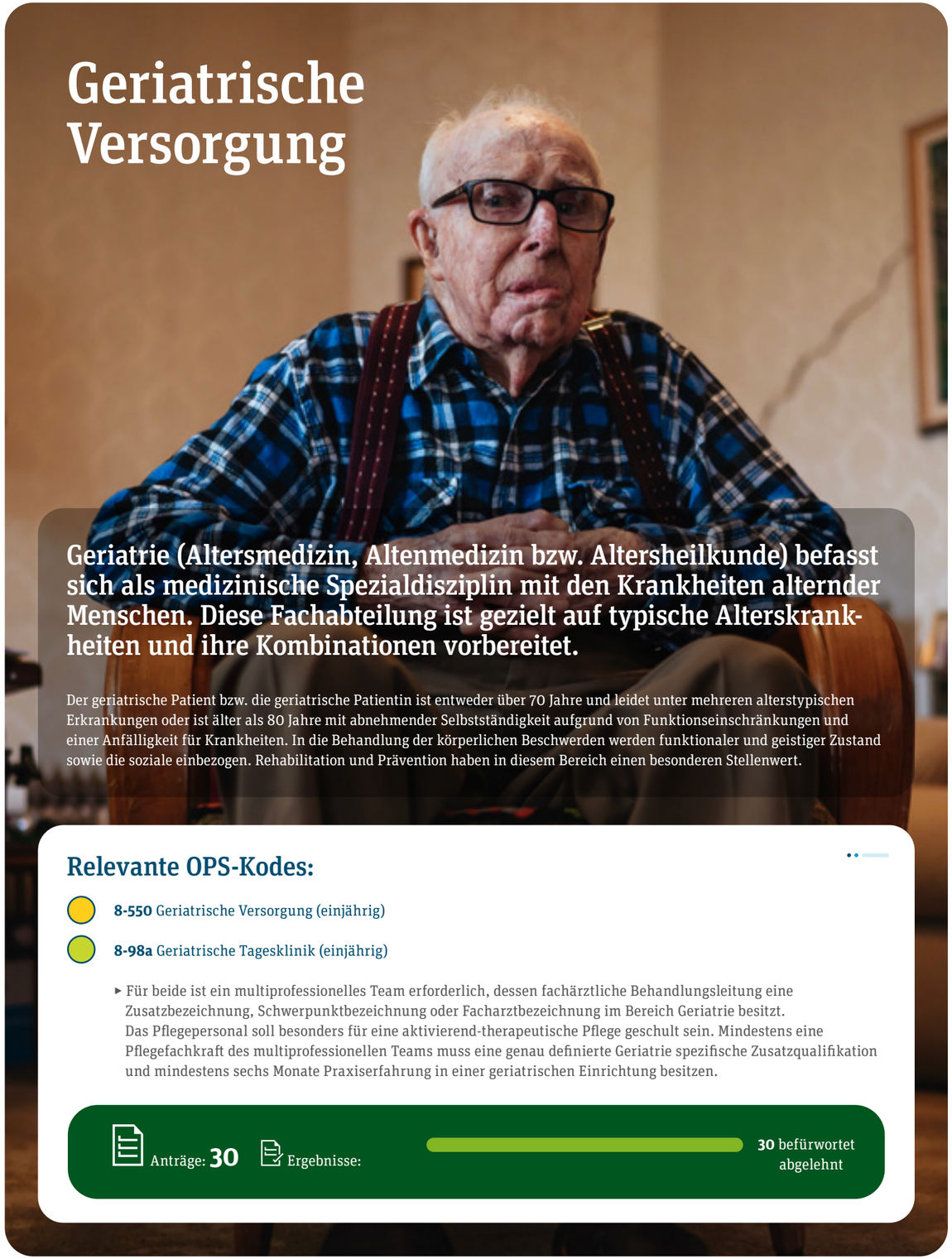
- **8-98b.2, 8-98b.3** (einjährig) Schlaganfallversorgung mit Stroke Unit in Kooperation zu externer neurologischer Fachabteilung (mindestens per Teleskonsil)
- **8-981.2** (einjährig) Schlaganfall mit Stroke Unit unter permanenter Anwesenheit eines Neurologen oder Arztes in neurologischer Weiterbildung ohne kontinuierliche Möglichkeit einer Thrombektomie
  - ▸ Einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-981.2 erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale des OPS 8-98b.2 oder 8-98b.3
- **8-981.3** (einjährig) Schlaganfall mit Stroke Unit unter permanenter Anwesenheit eines Neurologen oder Arztes in neurologischer Weiterbildung mit kontinuierliche Möglichkeit einer Thrombektomie
  - ▸ Einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-981.3 erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale des OPS 8-981.2 und 8-98b.2 oder 8-98b.3

Anträge: **21** Ergebnisse: **21** befürwortet, **2** abgelehnt

Schlaganfallversorgung
Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt 2024

(auf Grundlage der Prüfergebnisse aus 2023)





Geriatrische Versorgung

Geriatrie (Altersmedizin, Altenmedizin bzw. Altersheilkunde) befasst sich als medizinische Spezialdisziplin mit den Krankheiten alternder Menschen. Diese Fachabteilung ist gezielt auf typische Alterskrankheiten und ihre Kombinationen vorbereitet.

Der geriatrische Patient bzw. die geriatrische Patientin ist entweder über 70 Jahre und leidet unter mehreren alterstypischen Erkrankungen oder ist älter als 80 Jahre mit abnehmender Selbstständigkeit aufgrund von Funktionseinschränkungen und einer Anfälligkeit für Krankheiten. In die Behandlung der körperlichen Beschwerden werden funktionaler und geistiger Zustand sowie die soziale einbezogen. Rehabilitation und Prävention haben in diesem Bereich einen besonderen Stellenwert.

Relevante OPS-Kodes:

- **8-550** Geriatrische Versorgung (einjährig)
- **8-98a** Geriatrische Tagesklinik (einjährig)

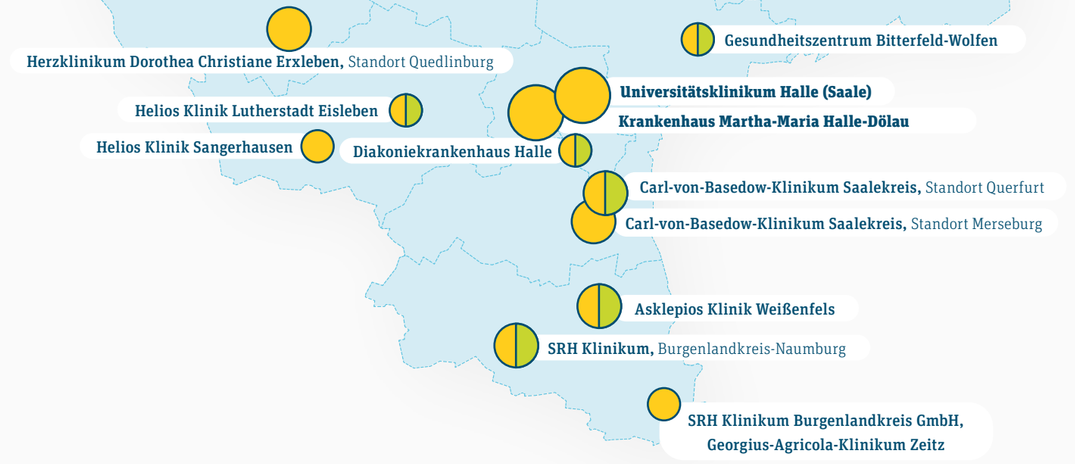
▸ Für beide ist ein multiprofessionelles Team erforderlich, dessen fachärztliche Behandlungsleitung eine Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie besitzt. Das Pflegepersonal soll besonders für eine aktivierend-therapeutische Pflege geschult sein. Mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams muss eine genau definierte Geriatrie spezifische Zusatzqualifikation und mindestens sechs Monate Praxiserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung besitzen.

Anträge: **30** Ergebnisse: **30** befürwortet

abgelehnt

Geriatrische Versorgung — Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt 2024

(auf Grundlage der Prüfergebnisse aus 2023)





Palliative Versorgung

Hier steht die medizinische Versorgung am Lebensende im Mittelpunkt. Dieser soll sich ein multiprofessionelles Team widmen, das auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiert ist.

Die behandlungsleitende Fachärztin bzw. der Facharzt soll die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin besitzen. Die Palliativeinheit ist eigenständig und besitzt mindestens 5 Betten. Die Pflegeleitung besitzt eine palliativpflegerische Zusatzqualifikation und mindestens 6 Monate Praxiserfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Geräte für eine kontinuierliche Überwachung und spezialisierte palliativmedizinische Behandlungsverfahren, z. B. Schmerzpumpen, sind vorhanden.

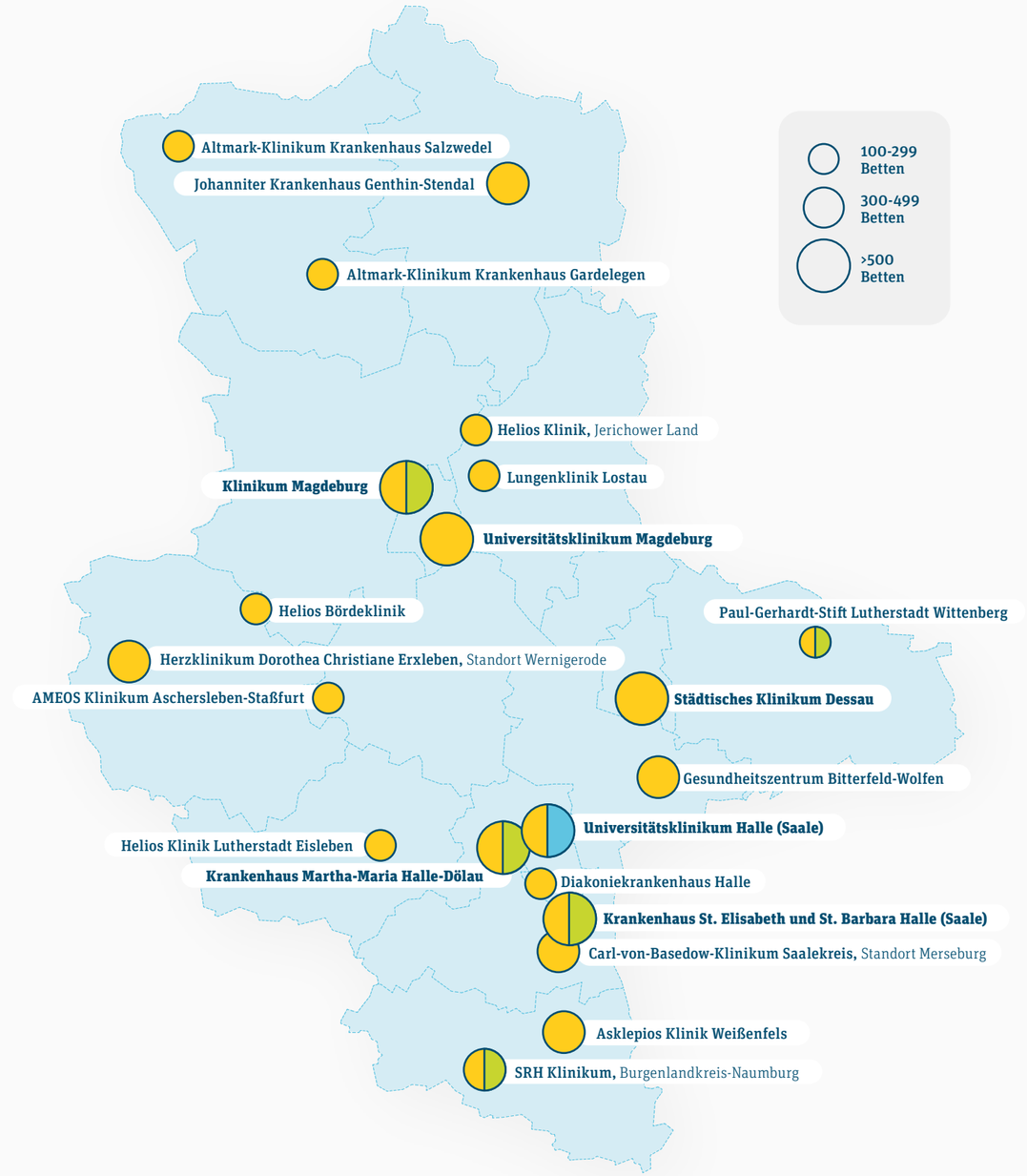
Relevante OPS-Kodes:

- **8-982** Pallativmedizinische Basisversorgung (zweijährig)
- **8-98e** Pallativmedizinische Spezialversorgung (einjährig)
  - ▸ Einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-98e erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale des OPS 8-982
- **8-98h.0** Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (einjährig)
  - ▸ Der Palliativdienst des Krankenhauses, in dem der Patient stationär behandelt wird, führt die palliativmedizinische Behandlung durch.

Anträge: **26** Ergebnisse: **26** befürwortet, abgelehnt

Palliative Versorgung
Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt 2024

(auf Grundlage der Prüfergebnisse aus 2023)



Qualitätskontrollen im Krankenhaus

Stichprobenartig, anhaltspunkt- oder anlassbezogen gehen Qualitätskontrollen der Frage nach, ob Krankenhäuser die Qualitätsanforderungen einhalten, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien und Beschlüsse bundeseinheitlich vorgibt. Die Erfüllung ist in Abhängigkeit von der jeweiligen Richtlinie meist die Voraussetzung für die Leistungserbringung.

Grundlage ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V: MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL). Auf dieser Basis beauftragen die gesetzlichen Krankenkassen den jeweils zuständigen Medizinischen Dienst im Land. Eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung kann auch von den für diese Verfahren zuständigen Stellen beauftragt werden.

Inhalte sind u. a.:

- örtliche Gegebenheiten
- technische Ausstattung
- personelle Qualifikationen

Zur Prüfung erstellt der Medizinische Dienst einen Kontrollbericht, den die beauftragende Stelle und das geprüfte Krankenhaus erhalten. Einmal jährlich berichtet der Medizinische Dienst Bund dem G-BA über den Umfang und die Ergebnisse der Qualitätskontrollen. Die Folgen bei einer Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen hat der G-BA in grundsätzlicher Weise in der „Qualitätsanforderungs-Durchsetzungs-Richtlinie nach § 137 Abs. 1 SGB V (QFD-RL)“ geregelt.

Bedeutung der Qualitätskontrollen für die Krankenhausversorgung

▸ mehr Transparenz
▸ Voraussetzung zum Schaffen einer Planungsgrundlage für eine qualitätsorientierte Steuerung der Versorgung im Gesundheitswesen
▸ Erhöhung der Effizienz der Qualitätssicherung

Das Einhalten der Vorgaben trägt grundlegend zur Sicherstellung einer erreichbaren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung bei. Durch den neutralen Blick von außen eröffnet sich zudem eine Planungsgrundlage für eine qualitätsorientierte Steuerung im Gesundheitswesen.

Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt hat im Jahr 2023 insgesamt **82* Qualitätskontrollen** durchgeführt. 56,1 % davon erfüllten alle Qualitätsvorgaben.

*inklusive 10 Qualitätskontrollen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Qualitätskontrolle im Bereich	Alle Qualitätsvorgaben erfüllt	Qualitätsvorgaben teilweise/ nicht erfüllt
Kinderonkologie	50,00%	50,00%
Minimalinvasive Herzklappeninterventionen	76,90%	23,10%
Bauchaortenaneurysma	66,70%	33,30%
Früh- und Reifgeborene	55,60%	44,40%
Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik	20,00%	80,00%
Basisnotfallversorgung	75,00%	25,00%
Erweiterte Notfallversorgung	40,00%	60,00%
Modul Notfallversorgung Kinder	100,00%	0,00%
Umfassende Notfallversorgung	100,00%	0,00%
Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion bei schwerem Lungenemphysem	100,00%	0,00%
LDR-Brachytherapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil	100,00%	0,00%
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (aufgrund fehlender Behandlungsdaten konnte in einem Fall keine Prüfung erfolgen)	33,3%	33,30%
Lungendenervierung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (aufgrund fehlender Behandlungsdaten konnte keine Prüfung erfolgen)	0,00%	0,00%



Qualitätssicherung in der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen

Ziel ist, die Säuglingssterblichkeit und frühkindliche Behinderungen zu verringern. Darüber hinaus soll die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung einer zumutbaren, flächendeckenden Erreichbarkeit sichergestellt werden.

Hierzu besteht ein vierstufiges Konzept mit verbindlichen Mindestanforderungen an die Versorgung von bestimmten Schwangeren und von Früh- und Reifgeborenen. Je nach Risikoprofil einer Schwangeren oder eines Kindes hat eine Zuweisung in eine entsprechende Klinik zu erfolgen. Einzelheiten regelt die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL.

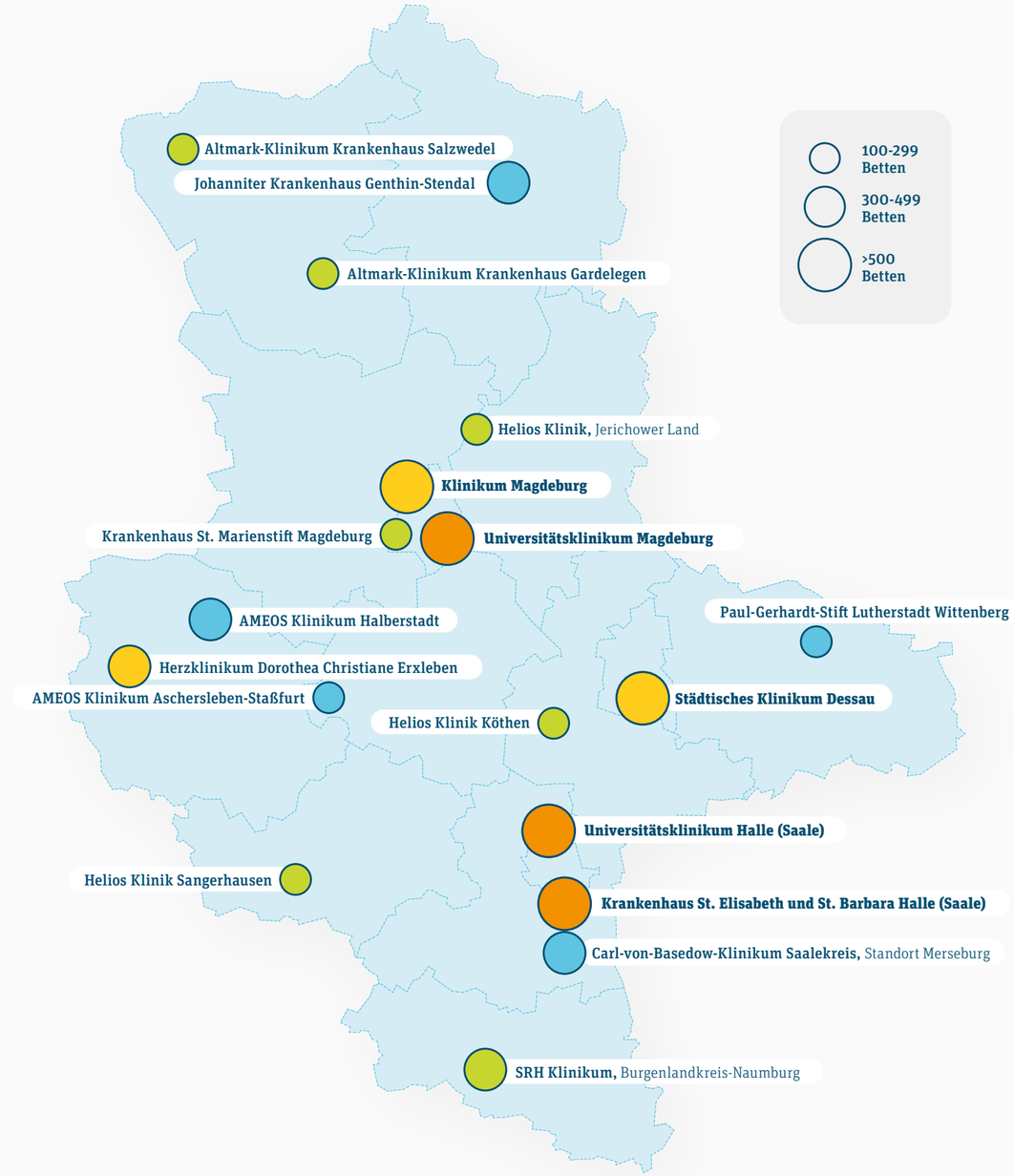
Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum/ Level 1
- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter < 29 + 0 SSW1
- Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter < 33 + 0 SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen
- Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine 4 unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen (z. B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozelen, Gastroschisis)

Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum/ Level 2
- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 bis 1499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 29 + 0 bis 31 + 6 SSW
- Schwangere mit schweren schwangerschaftsassoziierten Erkrankungen, z. B. HELLP-Syndrom (Hämolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils
- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes

Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt
- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm und mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis ≤ 35 + 6 SSW
- Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen dem 3. und 10. Perzentil des auf das Gestationsalter bezogenen Gewichts)
- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes

Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik
- Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen und ohne eines der genannten Kriterien für die Aufnahme in die Versorgungsstufen I bis III

Versorgungsstufen für Früh- und Reifgeborene in Sachsen-Anhalt 2024



Ergebnisse der geprüften Vorgaben zur Qualität in der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen im Jahr 2023

Level	Anzahl der Qualitätskontrollen	Qualitätsvorgaben erfüllt	Qualitätsvorgaben nicht erfüllt
4 (Geburtskliniken)	7	2 (28,6 %)	5 (71,4 %)
3 (Perinataler Schwerpunkt)	5	5 (100 %)	
2	3		3 (100 %)
1	3	3 (100 %)	
Gesamt	**18**	**55,6 %**	**44,4 %**

Auffälligkeiten in mehreren Kliniken:

Bei einer Schwangerschaft ohne zu erwartende Komplikationen kann die Geburt ab der 36. Schwangerschaftswoche in einer Geburtsklinik (Versorgungsstufe 4) erfolgen. Unter anderen Umständen ist die Geburt an einem spezialisierten Standort (Versorgungsstufe 1 bis 3) notwendig. In einigen Geburtskliniken wurden dennoch Schwangere und Neugeborene mit Indikationen aufgenommen und behandelt, die (laut Richtlinie) in höhere Level hätten verlegt werden müssen.

In einem Perinatalzentrum der Stufe II können nahezu alle Schwangeren entbinden mit Ausnahme von Schwangeren, deren Kinder vor der 29. Schwangerschaftswoche auf die Welt kommen wollen. In diesem Level führten fehlendes Fachpersonal bzw. unzureichende zeitliche Stellenbesetzung, fachärztliche Beratungsmöglichkeiten (Konsil) am Standort oder mangelnde Angaben zu Kooperationsdetails zu negativen Ergebnissen.

Qualitätsdefizite auf einen Blick:

- kein Kinderchirurg, kein Kinderkardiologe am Standort, keine bestehende Kooperation
- kein Neuropädiater am Sandort
- Verfügbarkeit des kooperierenden Labors nicht entsprechend nachvollziehbar
- keine spezialisierte Pflege
- keine Fachärztin bzw. kein Facharzt für Mikrobiologie bzw. Stelle nur in Teilzeit besetzt



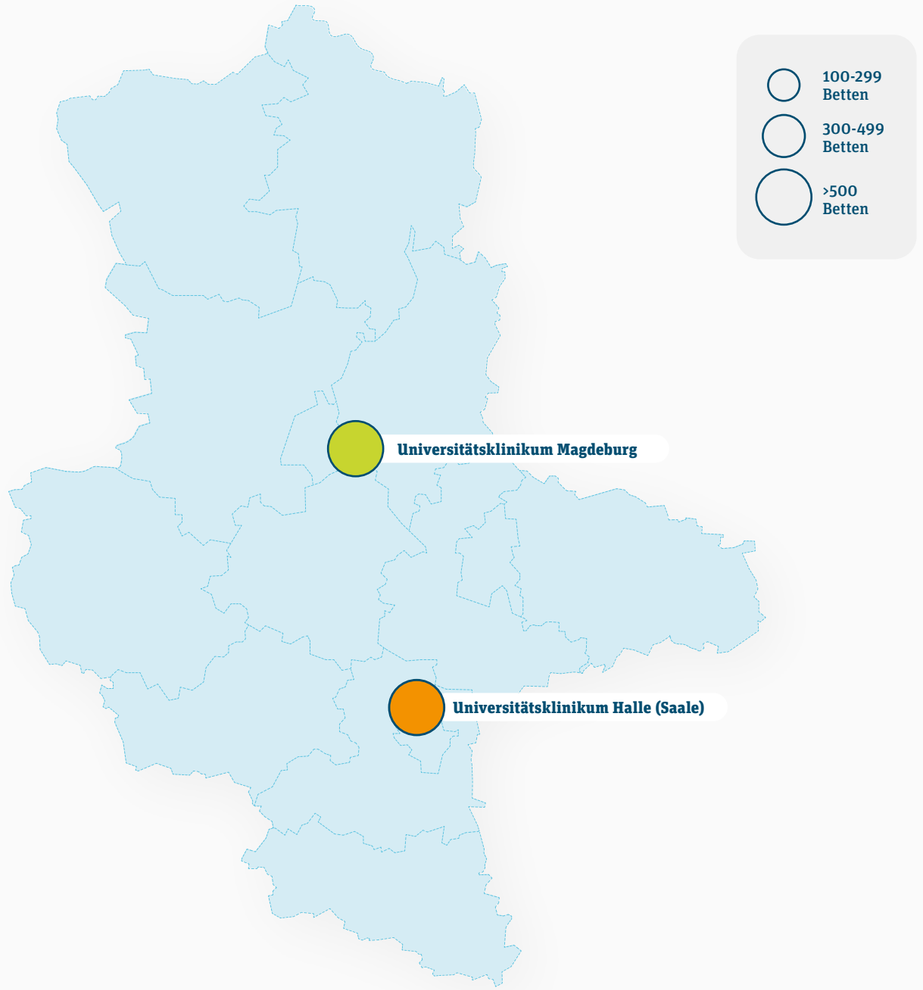
Qualitätssicherung in der Kinderonkologie

Für junge Patientinnen und Patienten mit Krebs- und Blutkrankheiten stehen Lebensqualität und Überlebenswahrscheinlichkeit im Mittelpunkt. Das erfordert die notwendige Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der behandelnden Klinik. Unabhängig von Wohnort oder sozioökonomischer Situation soll eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleitet sein.

Qualitätanforderungen: wurden erfüllt

Qualitätanforderungen: wurden nicht erfüllt

In Sachsen-Anhalt bieten nur zwei Kliniken eine kinderonkologische Versorgung. Einer der beiden Standorte erfüllte im Jahr 2023 noch nicht alle der erforderlichen Qualitätsvorgaben. Im Rahmen einer erneuten Prüfung im Jahr 2024 konnte das erforderliche Pflegepersonal nachgewiesen werden.



Qualitätssicherung in der Versorgung von Bauchaortenaneurysmen

Für Patientinnen und Patienten mit einer krankhaften Aufweitung der Bauchschlagader, einem sogenannten Bauchaortenaneurysma (BAA), muss die notwendige Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sichergestellt sein und eine qualitativ hochwertige Versorgung unabhängig von Wohnort oder sozioökonomischer Situation gewährleistet werden. Das ist wichtig, denn sollte die Bauchschlagader durch das Aneurysma aufreißen, besteht akute Lebensgefahr. Das behandelnde Krankenhaus muss dafür die personellen, fachlichen, organisatorischen und infrastrukturellen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL) erfüllen.

Doch was ist, wenn eine Patientin oder ein Patient mit einem Bauchaortenaneurysma in einem anderen Krankenhaus aufgenommen wird oder das Aneurysma dort während eines Aufenthalts aus anderem Grund festgestellt wird? Auch für diese Situationen gibt es Vorgaben, die zum Beispiel besagen, dass dann umgehend Kontakt mit den rufbereiten Ärztinnen oder Ärzten einer dafür qualifizierten und möglichst nahegelegenen Einrichtung aufgenommen werden muss. Je nach Transportfähigkeit ist eine Verlegung vorzunehmen. Sofern das aus medizinischen Gründen nicht sofort möglich ist, bleibt zu klären, ob die Notfalloperation in der Aufnahmeeinrichtung begonnen und unter Hinzuziehung eines externen gefäßchirurgischen Teams dort beendet werden kann. Anschließend sollte zur Nachbehandlung trotzdem eine Verlegung in die spezialisierte Klinik erfolgen.

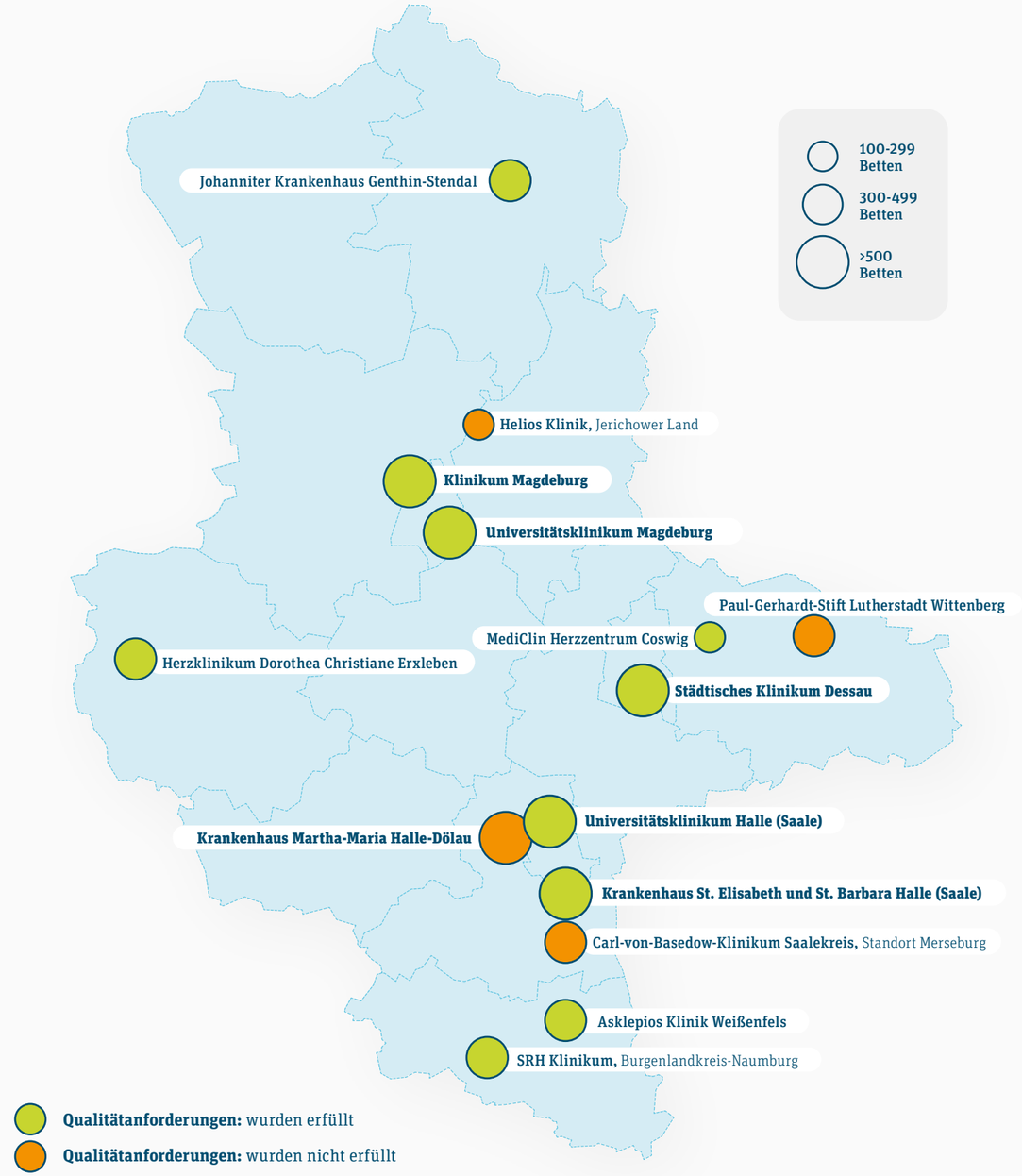


Anzahl der Qualitätskontrollen	Qualitätsvorgaben erfüllt	Qualitätsvorgaben nicht erfüllt
15	66,70 %	33,30 %

Qualitätsdefizite auf einen Blick:

- nicht immer hatten die geforderten 50 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes eine Fachweiterbildung im Bereich der Intensivpflege und Anästhesie
- nicht jede Schicht war entsprechend der Vorgabe mit einer Pflegekraft mit spezieller Weiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege abgesichert
- nicht immer besaß die Stationsleitung die vorgegebene Fachweiterbildung und den geforderten Leitungslehrgang
- die notwendige Nierenersatztherapie war nicht binnen 24 Stunden einsatzbereit – Kooperation mit ambulanter Praxis war nicht 24/7 aufrechtzuerhalten

Ergebnisse der geprüften Qualitätsvorgaben in der Versorgung von Bauchaortenaneurysmen in Sachsen-Anhalt 2023



Qualitätssicherung in der Notfallversorgung



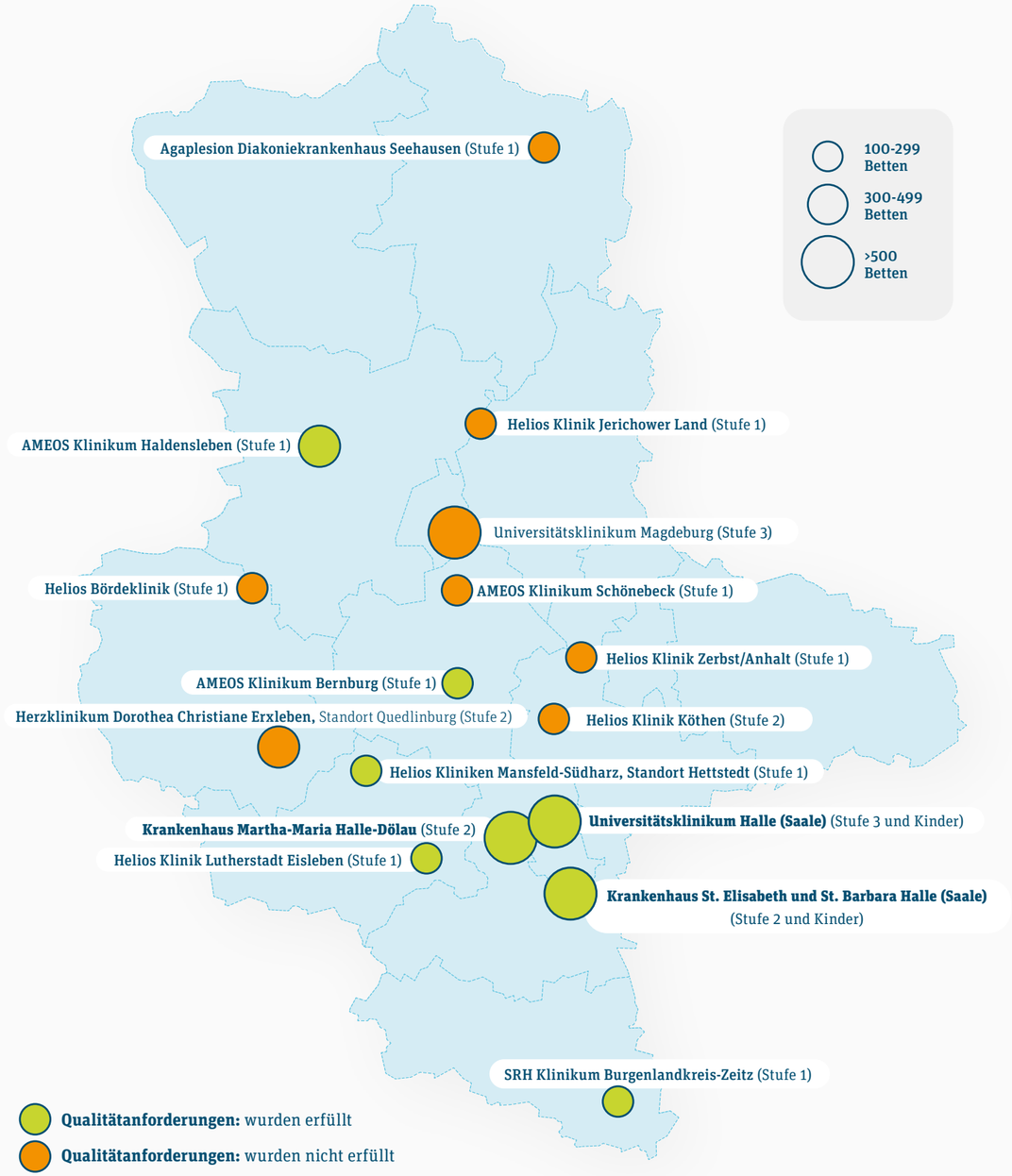
Der G-BA unterscheidet in der Notfallversorgung durch Krankenhäuser drei Stufen:

Stufe 1: Basisnotfallversorgung
Stufe 2: erweiterte Notfallversorgung
Stufe 3: umfassende Notfallversorgung

Für jede Stufe bestehen Mindestanforderungen an die strukturellen, personellen und medizinisch-technischen Gegebenheiten (z. B. Art und Anzahl von Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, zeitlichem Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen).

▸ Damit im Ernstfall alles passt, werden die Qualitätsvorgaben der einzelnen Notfallstufen stichprobenartig kontrolliert.

Übersicht der Ergebnisse der Stichprobenprüfungen in der Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt 2021 und 2023



Qualitätsdefizite in der Notfallversorgung auf einen Blick

2023
- Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (KV) zur Versorgung ambulanter Notfälle (§6 Abs. 3) – keine Kooperation in Sachsen-Anhalt mit KV möglich – Bemühungen der Häuser vorliegend
- fehlende Nachweise von Diensten anhand IST-Plänen, nur Sollpläne, keine Abrechnungspläne (§8/9/13)
- für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt fachlich, räumlich und organisatorisch NCHT eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar
- 24-stündige Verfügbarkeit der computertomographischen Bildgebung – fehlende Radiologen, Telemedizin auch außerhalb Nacht-Feiertag- und WE-Dienste eingesetzt (§11 Abs. 1)

2021
- zeitliche oder personelle Vorgaben nicht erfüllt – z. B. zeitliche Vorgaben für Triage (Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten) nicht eingehalten oder gar nicht durchgeführt; nicht alle Fachrichtungen die zur Behandlung notwendig sind vorgehalten; unabhängige ärztliche Leitung nicht vorgehalten)

Die Ziehung der Stichprobenprüfungen übernimmt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Dafür wird dort jedes Jahr die Gesamtheit aller Krankenhausstandorte zusammengetragen. Krankenkassen oder die von den diesen beauftragten Institutionen melden alle Standorte, die zum 31.01. des jeweiligen Jahres Zuschläge oder keine Abschläge erhalten, einschließlich der jeweiligen Zuordnung des Krankenhausstandortes entsprechend der Regelungen zu den Notfallstrukturen. Danach filtert das Institut die Standorte heraus, die innerhalb der letzten drei Jahre bereits auf die Einhaltung der Mindestvorgaben zu den Notfallstrukturen positiv kontrolliert wurden. So wird vermieden, dass Standorte, zu häufig geprüft werden, während andere möglicherweise über Jahre hinweg nicht gezogen werden. Die zufällige Ziehung der zu prüfenden Standorte beträgt bis zum Jahr 2025 jährlich 20 % der Grundgesamtheit. Das soll ermöglichen, dass die Einhaltung der Voraussetzungen an allen Standorten, für die Zuschläge gezahlt werden, annähernd einmal kontrolliert wird. Ab dem Jahr 2026 werden dann jährlich neun Prozent aus der Gesamtheit gezogen.

Das Ergebnis der Ziehung wird den Krankenkassen bundeslandbezogen unverzüglich mitgeteilt, weil diese verpflichtet sind, die Stichprobenprüfung beim jeweils zuständigen Medizinischen Dienst zu Beauftragen. Die gezogenen Krankenhäuser werden vom Institut ebenfalls informiert. Nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst erhalten beauftragende Krankenkasse und Krankenhaus das Kontrollergebnisse. Die Krankenkassen können ggf. notwendige Konsequenzen gemäß der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) des G-BA veranlassen.

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie wurden im Jahr 2022 die Qualitätskontrollen bis zum 30.06.2022 ausgesetzt. Dadurch verlängerte sich der Zeitraum für den Stichprobenumfang von 20 % bis 2026 und reduziert sich erst ab 2027 auf 9 %.

Gründe für das Nichterfüllen anderer Qualitätsrichtlinien:
- Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik: ärztlicher, psychologischer und therapeutischer Personalmangel
- Minimalinvasive Herzklappeninterventionen: keine Herzchirurgie am Standort, keine Rufbereitschaft Neurologie abgesichert (nachgebessert mit Kooperationsvertrag)

Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt aus Sicht des Medizinischen Dienstes

Allgemein:
- Insgesamt gute Krankenhausversorgung im Land
- fehlendes Fachpersonal ist häufigster Grund für mangelnde Strukturqualität

Erkenntnisse aus den Strukturprüfungen:
- häufigster Grund für fehlende Strukturmerkmale: Mangel an medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Fachkräften
- Sicherstellung ausreichender Personaldichte, Rufbereitschaftsdienste und Einhaltung zeitlicher Kriterien problematisch
- insbesondere ärztliches Personal fehlt im Bereich der Schlaganfallversorgung (Neurologen), (interventioneller) Kardiologie, Laborleistungen und Gefäßchirurgie (z. B. 24-stündige Verfügbarkeit, fehlende Vertretungsregelungen oder Vorhaltung verschiedener Fachrichtungen zur Aufrechterhaltung der Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten)
- werktägliche Verfügbarkeit von Psychologen oder (Neuro-)Psychologen

Fazit aus den Strukturprüfungen:
- Strukturprüfungen haben ein Schlaglicht auf die Qualität der Versorgungsstrukturen geworfen und Impulse für Struktur- und Qualitätsverbesserungen gegeben
- wie bei anderen Zertifizierungen ist auch bei Strukturprüfungen der Weg das Ziel – die Krankenhäuser werden bei allen Fragen rund um die Prüfungen unterstützt (z. B. bei der Beauftragung)
- in Widerspruchsverfahren bekommen die Krankenhäuser nach dem Erhalt von negativen Bescheiden die Möglichkeit strukturelle Voraussetzungen nachzubessern
- gemeinsam mit Krankenhäusern wurde erörtert, welche Maßnahmen notwendig sind, um mit den notwendigen Behandlungsstrukturen/- prozessen auf hohem Niveau weiter versorgen zu können
- wenn möglich wurden Fachärzte oder Therapeuten eingestellt bzw. Kooperationsvereinbarungen zwischen den Häusern geschlossen oder Dienstbesetzungen angepasst

Erkenntnisse aus den Qualitätskontrollen:
- keine Verfügbarkeit und Qualifikation von ärztlichem, pflegerischem und therapeutischen Fachpersonal entsprechend der Qualitätsvorgaben
- fehlende Kooperationsverträge, um fachärztliche Versorgung zu sichern
- ausbleibende Zuweisung von Patientinnen und Patienten in die notwendige spezialisierte Versorgung

Fazit aus den Qualitätskontrollen:
- Krankenhausstrukturen im Land so anpassen, dass hochspezialisierte Leistungen nur dort erbracht werden, wo die entsprechenden Voraussetzungen bestehen
- Basisversorgung entsprechend der Vorgaben in der notwendigen Qualität in der Fläche sicherstellen

Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität

+ **Vernetzungen/Kooperationen/Zusammenschlüsse** von Fachabteilungen
+ **Verlagerung hochspezialisierter Behandlungen** auf Maximal- und Schwerpunktversorger, um Versorgung bei notwendiger Qualität weiter aufrechtzuerhalten
+ Anreize schaffen, um **Spezialisten im Land zu halten**
+ Qualifikationsangebote fördern
+ **Telemedizin** insbesondere im ländlichen Raum etablieren, um Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der gebotenen Qualität zukünftig sicherzustellen
+ **Netzwerke zur Versorgung von komplexen Leistungen** wie beispielsweise bei der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten
+ **Ambulantisierung nicht-komplexer Leistungen** aus Basisversorgung der Inneren Medizin wie Herz- oder Lungenerkrankungen oder Diabetes-Behandlungen
+ den **Präventionsansatz weiter stärken:** Anreize für die **Gesunderhaltung** schaffen (anstelle der Krankenbehandlung)
+ **sektorenübergreifende Versorgung,** um nahtlosen Behandlungsverlauf zu fördern sowie Doppeluntersuchungen vermeiden

Neue Anreize schaffen - Qualität als Anreiz

- Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen sind erster Ansatz, Qualität zu incentivieren
- Empfehlungen des Medizinischen Dienstes stehen in Reihe mit Diskussionen um Reformbedarf im Krankenhaussektor – hin zu qualitätsorientierter Planung und Versorgung/Incentivierung von Qualität/ sektorenübergreifenden Versorgungssystemen/Ausweitung von Ambulantisierung
- ambulante Eingriffe erfordern weniger Personal ohne Verlust der Qualität
- Rationierung muss verhindert werden - das geht nur mit effizienteren Prozessen / weder mehr Personal noch Geld sind kurzfristig verfügbar
- Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Die Optimierungspotenziale, insbesondere von Spezialisierung, Zentralisierung und Digitalisierung, u. a. für den Ausbau telemedizinischer Angebote, sollte genutzt werden, um die Gesundheitsversorgung im Land künftig in der Fläche zu sichern und auf einem qualitativ hochwertigen Niveau zu erhalten. Krankenhäuser sind immer im Zusammenspiel mit anderen Versorgungsstrukturen zu betrachten und neu zu denken. Nicht zwingend muss überall immer jede Leistung erbracht werden können. Spezialisierte Behandlungen erfordern die notwendige Routine und entsprechend qualifiziertes Fachpersonal. Dieses in den erforderlichen Strukturen zu bündeln, entspricht einem klugen, verantwortungsbewussten Einsatz für einen maximalen Nutzen.



Quellenverweise

[1] Statistisches Bundesamt. Laufende Gesundheitsausgaben in der EU-27 2021. https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/Gesundheitsausgaben.html

[2] Expatriate Group. The Top 10 Healthcare Systems in the World 2023. https://www.expatriatehealthcare.com/the-top-10-healthcare-systems-in-the-world-2023/

[3] Sozialpolitik-aktuell.de – kostenloses, nicht kommerzielles Service-Angebot der Universität Duisburg-Essen, initiiert und betreut von Prof. Dr. Gerhard Bäcker (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen) https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI32b.pdf#:~:text=Im%20Gesundheitswesen%20kommt%20ihnen%20eine%20zentrale%20Funktion%20zu%2C,fast%20ein%20Drittel%20%28vgl.%20im%20%C3%9Cberblick%20Tabelle%20VI.16%29.

[4] Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. 386 vom 28. September 2023. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/09/PD23_386_231.html

[5] Statista GmbH. Krankenhäuser in Deutschland - Durchschnittliche Verweildauer bis 2022. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/#:~:text=Die%20durchschnittliche%20Verweildauer%20in%20deutschen,der%20letzten%20Jahre%20nahezu%20konstant

[6] Deutsches Krankenhausinstitut. Aussagekraft von Krankenhausstrukturund Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts Endbericht Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft. 01.07.2021. Seite 106 Abb. 38: Durchschnittliche stationäre Verweildauer, 2018. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2021/20210701_Endbericht_OECD-Daten_DKI.PDF

[7] OECD iLibrary. Hospital beds and discharges. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/518727bb-en/index.html?itemId=/content/component/518727bb-en#figure-d1e21316-3ffd9bc11e

[8] RND.de, RedaktionsNetzwerk Deutschland GmbH. Das steht in Lauterbachs Gesetzentwurf zur Krankenhausreform. https://www.rnd.de/politik/krankenhausreform-das-steht-in-karl-lauterbachs-gesetzentwurf-UPJXXSXVBFEB5FX2IQ6TMYEOTU.html

[9] BARMER-Pflegereport 2023. https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport?redirect=pflegereport

[10] Statistisches Bundesamt. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/entlassene-patienten-eckdaten.html

[11] Statista GmbH. Krankenhäuser in Deutschland - Durchschnittliche Verweildauer bis 2022.https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/#:~:text=Die%20durchschnittliche%20Verweildauer%20in%20deutschen,der%20letzten%20Jahre%20nahezu%20konstant

[12] Krankenhaus-Report 2023. Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich. Seiten 19-32. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_2

[13] Statista, Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland im Zeitraum von 1990 bis 2022. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158869/umfrage/anzahl-der-aerzte-in-deutschland-seit-1990/

[14] Bundesagentur für Arbeit. Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung Mai 2023. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Seite 4. Das Wichtigste in Kürze. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?_blob=publicationFile&v=13#:~:text=Im%20Jahr%202021%20stellten%20Pflegekr%C3%A4fte,35.000%20mehr%20als%20im%20Vorjahr.

[15] Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 082 vom 1. März 2024. 6,0 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen im Jahr 2022. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_082_23526.html

[15a] OECD, 2023: Health at a glance 2023.

[16] Statistisches Bundesamt, Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-jahre.html

[17] Krankenhaus-Report 2023. Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich. Seiten 19-32. https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/2023/?L=0

[18] dostal & partner management-beratung gmbh. Bis 2030 fehlen 50.000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. https://www.dostal-partner.de/bis-2030-fehlen-50-000-aerztinnen-und-aerzte-in-deutschland/

[19] Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. 033 vom 24. Januar 2024. Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html

[20] Statista GmbH. Fachkräftebedarf in der Altenpflege in Deutschland bis 2035. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/913350/umfrage/fachkraeftebedarf-in-der-ambulanten-und-stationaeren-altenpflege-in-deutschland/

[21] journalonko.de Anzahl der Pflegebedürftigen und über 80-Jährigen in Deutschland bis 2060. https://www.journalonko.de/infografiken/lesen/anzahl_pflegebeduerftige_deutschland_prognose_2060

[22] ZEIT ONLINE GmbH. Deutscher Ärztetag: Karl Lauterbach sieht Gesundheitswesen "in einer Zeitenwende". https://www.zeit.de/politik/deutschland/2024-05/deutscher-aerztetag-mainz-karl-lauterbach-krankenhaus-reform

[23] Ebenda.

[24] Deutsches Ärzteblatt. Deutscher Ärzteverlag GmbH. Akzeptanz der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Medizinische Fachangestellte. Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. https://www.aerzteblatt.de/archiv/215076/Akzeptanz-der-Uebertragung-aerztlicher-Taetigkeiten-an-Medizinische-Fachangestellte

[25] Krankenhaus-Report 2023. Kapitel 21 – Statistische Krankenhausdaten: Grunddaten der Krankenhäuser 2020. S. 370 f. Tab. 21.7 Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2020. https://www.springermedizin.de/statistische-krankenhausdaten-grunddaten-der-krankenhaeuser-2020/25804956

[26] Ebenda. Abb. 2.4 Ärztliches und pflegerisches Personal inkl. Hebammen, Vollzeitäquivalente, pro 1.000 Fälle 2019. Hinweis: Der Mittelwert (ungewichtet) schließt alle in der Abbildung inkludierten EU-Länder ein. (Datenquelle: Eurostat-Datenbank; Datensatz „Krankenhausentlassungen nach Diagnose, stationäre Patienten, je 100.000 Einwohner“ und „Krankenhauspersonal“)

[27] Ebenda. 2.5 Arbeitsumgebung und Tätigkeiten in Krankenhäusern im internationalen Vergleich. 2.5.1 RN4CAST-Studie. S. 28 ff. https://www.springermedizin.de/die-personalsituation-im-krankenhaus-im-internationalen-vergleic/25804946#:~:text=Der%20Mittelwert%20(bezogen%20auf%2013,Platz%2C%20vor%20Ungarn%20und%20Rum%C3%A4nien.

[28] Krankenhaus-Report 2023. 2. Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich. Abb. 2.2 Krankenhauspersonal gesamt, Vollzeitäquivalente, pro 100.000 Einwohner 2019. Hinweis: Der Mittelwert (ungewichtet, eigene Berechnung) schließt alle in der Abbildung inkludierten EU-Länder ein. (Datenquelle: Eurostat-Datenbank, Hospital Employment) https://www.springermedizin.de/die-personalsituation-im-krankenhaus-im-internationalen-vergleic/25804946#:~:text=Der%20Mittelwert%20(bezogen%20auf%2013,Platz%2C%20vor%20Ungarn%20und%20Rum%C3%A4nien.

[29] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Digital-Event „Zi insights“ beleuchtet Ambulantisierungspotenzial von Kliniken in Deutschland.https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/mindestens-20-prozent-aller-behandlungsfaelle-in-krankenhaeusern-koennten-potenziell-ambulant-vorgenommen-werden-mehr-als-25-millionen-stationaere-eingriffe-haetten-2021-ambulant-erbracht-werden-koennen

[30] Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. DKG zum DKI-Krankenhaus-Barometer: Lage der Krankenhäuser so schlecht wie noch nie – Insolvenzen steuern 2024 auf Rekordhoch zu. https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/lage-der-krankenhaeuser-so-schlecht-wie-noch-nie-insolvenzen-steuern-2024-auf-rekordhoch-zu/

[31] Krankenhaus Rating Report 2023. 2030 bis zu 50 Prozent der Kliniken in Insolvenzgefahr. https://www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/2030-bis-zu-50-prozent-der-kliniken-in-insolvenzgefahr-50053

[32] tagesschau.de. Kliniklandschaft. Insolvenzwelle bei Krankenhäusern befürchtet. https://www.tagesschau.de/wirtschaft/verbraucher/krankenhaus-insolvenz-kosten-reform-100.html

[33] Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Pressemitteilung Nr. 272/2023 vom 12.09.2023. https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesaemter/StaLa/startseite/Daten_und_Veroeffentlichungen/Pressemitteilungen/2023/i_September/272-Krankenhaeuser_2022.pdf

[34] www.vdek.de. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt. https://www.vdek.com/LVen/SAH/Vertragspartner/Krankenhaeuser.html

[35] Statista GmbH. Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner in Sachsen-Anhalt in den Jahren von 1999 bis 2022. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/255442/umfrage/bettendichte-in-sachsen-anhalt/

[36] Krankenhaus-Report 2024. Statistische Krankenhausdaten: Grunddaten der Krankenhäuser 2022. 3.1 Sachliche Ausstattung. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-68792-5_21

[37] Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. Statistisches Monatsheft 10/2023. Sinkende Betten- und Patientenzahlen in Sachsen-Anhalt seit 2012. Seite 16. https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesaemter/StaLa/startseite/Daten_und_Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen/Statistische_Monatshefte/2023/6Z003_10_23-A.pdf

[38] Statista GmbH. Bettenauslastung in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2022. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157050/umfrage/bettenauslastung-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/

[39] Webauftritt Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt www.ms.sachsen-anhalt.de. Gutachten zur Krankenhauslandschaft Sachsen-Anhalt. Vorstellung der Ergebnisse im Gesundheitskabinett. Zentrale Aussagen des Gutachtens. Aktueller Stand der Versorgung. Seite 8. https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/KHPl_2022/Gutachten_Krankenhaus_Sachsen-Anhalt-Zusammenfassung.pdf

[40] Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. Pressemitteilung Nr. 318/2023. https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesaemter/StaLa/startseite/Daten_und_Veroeffentlichungen/Pressemitteilungen/2023/j_Oktober/318-Krankenhauskosten_2022.pdf

[41] KOMMUNALDIREKT - Das Magazin für den Kommunal Manager. Krankenhausbau und Zentralisierung – ein Fundament ist mehr als nur Beton.https://www.kommunaldirekt.de/krankenhausbau-und-zentralisierung-ein-fundament-ist-mehr-als-nur-beton/#:~:text=Bei%20der%20Zentralisierung%20von%20mehreren%20Standorten%20steht%20besonders,Zusammenarbeit%20von%20kommunalen%20station%C3%A4ren%20und%20ambulanten%20Einrichtungen%20voraussetzt.

Impressum

Herausgeber
Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Breiter Weg 19c
39104 Magdeburg
www.md-san.de

Redaktion
Dr. Mandy Paraskewopulos-Ostwald
Christine Probst

Gestaltung
FORMFLUTDESIGN UG
David Niedermeyer & Kai Krause
Gellertstraße 1
39108 Magdeburg
www.formflut.com

Bildnachweise
freepik.com
pexels.com

Druck
Druckerei Fricke
Inhaber Gerd Maserak
Langer Weg 67
39112 Magdeburg
www.mein-drucker.info

Qualitätsreport **2023**

Krankenhaus versorgung.

Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

www.md-san.de

Herausgeber
Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Breiter Weg 19c
39104 Magdeburg
T 0391 5661-0
vorstand@md-san.de