



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Stärken, Herausforderungen, Transparenz



Qualitätsreport 2025 Stationäre Versorgung

SACHSEN-ANHALT

Inhalt

3 Vorwort

4 Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Verbindliche Mindestvorgaben im Praxischeck:
Herausforderungen mit potenziellen
Versorgungskonsequenzen

8 Qualitätskontrollen

- 8 Ergebnisse auf einen Blick
- 9 Erkenntnisse aus den Qualitätskontrollen
- 9 Fazit aus den Qualitätskontrollen
- 10 Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
- 11 Versorgung im Notfall
- 13 Liposuktion bei Lipödem im Stadium III
- 14 CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien
- 15 Versorgung bei hüftgelenknaher Femurfraktur

16 Strukturprüfungen

- 17 Erkenntnisse aus den Strukturprüfungen
- 17 Fazit aus den Strukturprüfungen

- 18 Geriatrische Versorgung
- 19 Schlaganfallversorgung
- 20 Neurologie
- 21 Palliative Versorgung
- 22 Intensivmedizinische Versorgung
- 23 Pädiatrie
- 24 Isolationspflichtige Erreger/Hygiene
- 25 Schmerz
- 26 Sonstige
- 27 Psychiatrie

31 Krankenhausversorgung aus Sicht des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt

- 31 Impulse für Versorgungsqualität
- 32 Quellenverzeichnis
- 34 Impressum

Wie gut ist unsere Krankenhausversorgung?

Stärken, Herausforderungen, Transparenz



Eine leistungsfähige Krankenhausversorgung bildet eine zentrale Grundlage eines funktionierenden Gesundheitssystems. Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen nehmen in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle ein: Sie schaffen Transparenz über die tatsächlichen Versorgungsbedingungen, sichern die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben und tragen maßgeblich zur Patientensicherheit bei.

Gleichzeitig machen sie sichtbar, unter welchen personellen, organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen medizinische Leistungen tatsächlich erbracht werden – und wo Verbesserungsbedarf besteht. So entstehen wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems sowie eine fundierte Grundlage für Entscheidungen in Politik, Selbstverwaltung und Einrichtungen. Der vorliegende Report knüpft genau hier an: Er stellt die Ergebnisse der Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen

für das Jahr 2025 anschaulich dar und bietet damit einen Überblick über den aktuellen Stand der Krankenhausversorgung, die erzielten Fortschritte und den weiterhin Handlungsbedarf.

Ein besonderer Fokus liegt auf den Herausforderungen bei der Einhaltung der Mindestpersonalvorgaben in der Psychiatrie und Psychosomatik. Diese Vorgaben stellen eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung dar. Gleichzeitig stehen viele Einrichtungen vor erheblichen Schwierigkeiten bei der vollständigen Umsetzung der geforderten Personalschlüssel. Mit den ab 2026 vorgesehenen Sanktionen gewinnen die Anforderungen zusätzlich an Relevanz.

Der thematische Schwerpunkt beleuchtet daher die aktuelle Umsetzungssituation sowie die hieraus resultierenden Risiken von Vergütungskürzungen und Versorgungseinschnitten.

Abschließend enthält der Bericht eine zusammenfassende Analyse der Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt. Diese macht deutlich, welche Potenziale weiterhin genutzt werden sollten, um die Versorgungsstrukturen weiter zu stärken und die Qualität insbesondere komplexer Behandlungen langfristig zu sichern.

Die folgenden Seiten laden dazu ein, Entwicklungen nachzuvollziehen, Herausforderungen klar zu erkennen und gemeinsam Lösungsansätze zu erarbeiten. Ziel ist es, den fachlichen Dialog zu fördern und tragfähige Perspektiven für die Zukunft der Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt zu entwickeln.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre – und hoffen, dass dieser Report eine wertvolle Grundlage für den weiteren Austausch bietet.

Ihr Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Verbindliche Mindestvorgaben im Praxischeck: Herausforderungen mit potenziellen Versorgungskonsequenzen

Zwei von fünf Erwachsenen¹ haben eine diagnostizierte psychische Störung. An der Spitze aller Bundesländer steht mit 46,7 %² betroffenen Erwachsenen neben Mecklenburg-Vorpommern auch Sachsen-Anhalt. Das Land verzeichnet den größten Anstieg an psychischen Erkrankungen³, die damit eine wachsende Herausforderung für Wirtschaft⁴ und Gesundheitsversorgung sind.

Eine ambulante Behandlung psychischer Erkrankungen ist nicht in jedem Fall ausreichend. Sind z. B. eine Krisenintervention oder intensive therapeutische Maßnahmen notwendig, weil schwere Symptome mit Eigen- oder Fremdgefährdung bestehen oder fehlt die Stabilisierung im Alltag, ist eine stationäre Klinikaufnahme angebracht. Im Jahr 2024 war das bundesweit bei über 850.000 Betroffenen der Fall, von denen fast jede zweite Person ein Notfall war.⁵

Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren waren psychische Erkrankungen sogar der häufigste Grund für stationäre Krankenhausbehandlungen.⁶ Organische psychische Störungen wie Demenzen sowie altersbedingte Erkrankungen wie Depressionen führen infolge des demografischen Wandels außerdem zu einer Zunahme gerontopsychiatrischer Behandlungen.

Kliniken, Tageskliniken und stationsäquivalente Behandlungen (StäB)⁷ der Psychiatrie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie der Psychosomatik sind somit ein wichtiger Teil der stationären Versorgung. Mit unterschiedlichen Behandlungs- und Therapieangeboten kann je nach Diagnose eine gezielte und individuelle Hilfe für Betroffene erfolgen. Multiprofessionelle Teams sind hierfür ein integraler Bestandteil der differenzierten und bedarfsorientierten

Versorgungsstruktur.⁸ Die Versorgungsqualität hängt dabei implizit von der Personalausstattung ab.⁹ Beispielsweise beeinflusst die Anzahl an Pflegefachpersonal die Häufigkeit von Konfliktereignissen.¹⁰

Damit die Rahmenbedingungen für eine qualitative Umsetzung stimmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) „geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“¹¹ festgelegt. Konkret sind das insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für das Personal, welche zu Behandlungen beitragen, die sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen und systematisch entwickelten Handlungsempfehlungen orientieren.



Psychische und psychosomatische Erkrankungen haben oft einen langen Verlauf und führen häufig zu länger andauernden Arbeitsunfähigkeiten und Frühverrentungen. Aus diesem Grund nehmen in Psychiatrie und Psychosomatik neben der klinischen Therapie auch stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen einen großen Stellenwert ein. Diese sind von den Vorgaben der PPP-RL jedoch nicht betroffen.

Die PPP-RL trat zum 1. Januar 2020 in Kraft und räumte den Einrichtungen neben Anrechenbarkeiten zwischen den Berufsgruppen auch Ausnahmeregelungen und eine Übergangszeit bis zum vollständigen Erfüllen der Mindestvorgaben ein. Zu Beginn waren nachweislich 85 % zu erfüllen. Ab 2022 sollte sich der Anteil dann auf 90 % und schließlich zum 1. Januar 2024 auf volle 100 % erhöhen. Zudem war anfäng-

lich vorgesehen, dass ab dem 1. Januar 2021 der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses entfällt, wenn die Mindestanforderungen an die Personalausstattung unterschritten werden.¹⁴

Noch vor Ablauf des ersten Jahres überarbeitete und konkretisierte der G-BA die Richtlinie erstmals. Die Jahre 2020 und 2021 blieben daraufhin sanktionsfrei. Interessengruppen forderten dennoch weitere Nachbesserungen der Richtlinie und ein Aussetzen der Sanktionen¹⁵, um eine Verschlechterung der Versorgung zu verhindern.¹⁶

Im Weiteren wurde die Sanktionierung eines Nichteinhaltens bei psychiatrischen Einrichtungen auf das Jahr 2023 bzw. bei psychosomatischen Einrichtungen auf das Jahr 2024 verlegt.¹⁷ Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) kritisierte das Vorgehen des von Krankenkassen und Krankenhäusern dominierten G-BA bereits im Jahr 2022: Die Umsetzung der Personalvorgaben werde auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben und damit eine mangelhafte Versorgung sowie schlechte Arbeitsbedingungen billigend in Kauf genommen.¹⁸ Die Quote zum Erfüllen der Mindestvorgaben lag zu diesem Zeitpunkt bei 90 %. Tatsächlich seien in der Praxis die Personalvorgaben jedoch mit durchschnittlich 78 % flächendeckend unterschritten worden.¹⁹



Ein weiterer Aufschub der Sanktionen erfolgte schließlich bis zum Jahr 2026 für die Psychiatrie bzw. bis zum Jahr 2027 für die Psychosomatik.²⁰ Die Frist zur Erreichung der 90 %-Quote wurde bis zum Jahr 2026 verlängert und erhöht sich zum 1. Januar 2027 auf 95 %.²¹

Den psychiatrischen Kliniken wurde damit deutlich mehr Zeit eingeräumt, um die Qualitätsvorgaben umzusetzen.²² Ab 2029 sollen diese vollumfänglich greifen. Inwieweit die Mindest-

Vor der PPP-RL waren Angaben, wie viel Personal für eine angemessene Behandlung theoretisch notwendig ist, seit 1990/1991 in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) enthalten. Diese wurden für die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen und die Personalplanung genutzt. Angelehnt an die Psych-PV setzt die PPP-RL Minuten-Vorgaben für die Personalausstattung für jede Berufsgruppe je Behandlungswoche an.¹² Die Mindestvorgabe an Personal wird für jeden Bereich berechnet, indem Minutenwerte mit der Anzahl der Behandlungswochen multipliziert werden.

Die berechneten Mindestvorgaben gelten als erfüllt, wenn die Personalausstattung über oder gleich 100 % ist und keine Berufsgruppe unter 100 % liegt. Einrichtungen könnten mehr Personal als die Mindestvorgabe zur Personalausstattung der PPP-RL in den Budgetverhandlungen vorhalten, um z. B. die qualitätsgesicherte Behandlung gemäß den Leitlinien zu gewährleisten oder personelle Ausfallzeiten auszugleichen.¹³

vorgaben eingehalten werden, prüft der Medizinische Dienst im Rahmen meist stichprobenartiger Qualitätskontrollen. Darüber hinaus sind anlassbezogene Qualitätskontrollen möglich, wenn z. B. bei der Datenübermittlung Auffälligkeiten festgestellt oder Ausnahmeregelungen in Anspruch genommen werden. Die Mindestpersonalvorgaben nach der PPP-RL wurden im Jahr 2025 in Sachsen-Anhalt bei 16 Einrichtungen überprüft. Die reduzierten Anforderungen wurden von 31,3 % der Einrichtungen vollständig erfüllt.

Im Ergebnis der Qualitätskontrollen zeigt sich auf Landesebene annähernd die bundesweite Lage der psychiatrischen Einrichtungen, die zu rund 78 % mit Sanktionen ab 2026 rechnen.²³ Mit Vergütungswegfällen von bis zu 1 % rechnen etwa 33 %.²⁴ Einschnitte von über 1 % bis hin zu 3 % befürchten 43 %²⁵ der Versorgenden. 22 % bangen sogar um Verluste zwischen 3 % und 5 %. Noch höhere finanzielle Nachteile erwarten 6 %.²⁶ Diese Zahlen verdeutlichen, dass dem überwiegenden Teil der Krankenhäuser aufgrund der Sanktionen nach dem Jahr 2026 eine finanzielle Schiefelage drohen könnte, da die Einrichtungen vielfach nur knapp kostendeckend wirtschaften und die Kostendeckung schnell verloren ginge.²⁷

In der Folge könnten Sanktionen den Spielraum in den Budgetverhandlungen verringern oder Auflagen nach sich ziehen.²⁸ Viele Einrichtungen hätten in der Refinanzierung der realen Personalkosten bereits Finanzierungslü-

16 Qualitätskontrollen zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) führte der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt 2025 durch.

31,3 % erfüllten alle Anforderungen.

68,7 % erfüllten nicht alle Anforderungen.



cken zwischen 11.000 und 3 Millionen Euro pro Jahr, seit die Richtlinie eingeführt wurde.²⁹ Der finanzielle Rahmen schafft zwar eine Grundlage für den Fachkräfteeinsatz, ändert aber nichts an deren Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt. Das Personal fehlt in diesem Bereich genauso wie an vielen anderen Stellen im Gesundheitswesen. In Sachsen-Anhalt werden die Anforderungen der PPP-RL am wenigsten in der ärztlichen Berufsgruppe erfüllt. Die in der Richtlinie vorgesehenen Möglichkeiten zur Anrechnung anderer Qualifikationen³⁰ sind zwar ein wichtiges Signal, stellen jedoch keine ausreichende Lösung zur Behebung des Problems dar.

Die Kliniken erwarten, dass Sanktionen zum Abbau von Therapieplätzen und zu längeren Wartezeiten führen.³¹ Behandlungen verzögern sich, Symptome entwickeln sich zu dauerhaf-

ten Krankheitsbildern.³² Hinzu kommen kürzere Aufenthalte und häufigeres Zurückkehren (Drehtür-Effekt).³³ Entwicklungen, die am Ende zu Lasten der Betroffenen gehen. Daher sind zielgerichtete Maßnahmen erforderlich, um einen kontinuierlichen und bedarfsgerechten Therapieansatz durch das Erfüllen der Mindestpersonalanforderungen sicherzustellen.

Ein Ansatz ist der Ausbau ambulanter Strukturen, der zugleich die psychiatrischen Institutsambulanzen entlasten könnte. Für eine nachhal-

tige Behandlungsqualität ohne Drehtür-Effekt, die den Anforderungen der PPP-RL gerecht wird, müssen Planungsvorgaben und praktische Versorgungssituation³⁴ stärker harmonisieren. Eine proaktive Anpassung der Zulassungsstrukturen an den realen Behandlungsbedarf könnte zudem die bestehenden Engpässe in der ärztlichen Versorgung abmildern. Flankierend bieten Regionalbudgets die Chance, finanzielle Mittel flexibel auf Landkreisebene einzusetzen, um die regionalen Besonderheiten gezielt zu berücksichtigen.

Strukturelle Anpassungen durch ein systematisches Messen der Behandlungsqualität zu ergänzen, würde dazu beitragen, die tatsächliche Versorgungsqualität abzubilden. Eine solche Grundlage könnte zusätzlich gezielte Anreize für kontinuierliche Verbesserungen in der Versorgung unterstützen.³⁵ Darüber hinaus bleibt Transparenz ein wesentlicher Faktor, um das Vertrauen in die psychiatrische und psychosomatische Versorgung zu stärken und eine qualitätsorientierte Steuerung des Systems zu ermöglichen.



Abschließend bleibt festzuhalten, dass die aktuellen Herausforderungen bei der Umsetzung der PPP-RL deutlich machen, wie entscheidend ein abgestimmtes und lösungsorientiertes Handeln aller Beteiligten ist. Nur wenn Politik, Kostenträger und Leistungserbringer gemeinsam Verantwortung übernehmen und tragfähige Rahmenbedingungen schaffen, kann die psychiatrische und psychosomatische Versorgung langfristig gesichert werden.

Ziel muss sein, Qualität sowohl formal zu gewährleisten als auch im Versorgungsalltag spürbar zu machen. Wenn bestehende Umsetzungsprobleme konstruktiv angegangen werden und zugleich die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten konsequent berücksichtigt werden, kann die PPP-RL einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass Erkrankte die erforderliche und bedarfsgerechte Behandlung erhalten.

Qualitätskontrollen

In Krankenhäusern sollen Patientinnen und Patienten auf Grundlage qualitativ hochwertiger Standards und neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden. Der Medizinische Dienst unterstützt dieses Ziel, indem er die Qualitätsanforderungen (z.B. an örtli-

che Gegebenheiten, technische Ausstattungen oder personelle Qualifikationen) stichprobenartig, anhaltspunkt- oder anlassbezogen prüft. Die qualitativen Vorgaben sind in verschiedenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bundeseinheitlich geregelt.

33 Qualitätskontrollen

führte der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt 2025 durch.

21-mal (64 %)

waren alle Qualitätsvorgaben erfüllt.



Ergebnisse auf einen Blick

Qualitätskontrolle im Bereich	abgeschlossene Prüfungen 2025	Alle Anforderungen erfüllt	Anforderungen teilweise/nicht erfüllt	Beurteilung aus anderen Gründen nicht möglich
Früh- und Reifgeborene	1	100 %	0 %	0 %
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik	16	31,3 %	68,7 %	0 %
Notfallstrukturen – Basisnotfallversorgung	5	100 %	0 %	0 %
Notfallstrukturen – Erweiterte Notfallversorgung	1	100 %	0 %	0 %
Notfallstrukturen – Umfassende Notfallversorgung	1	100 %	0 %	0 %
Notfallstrukturen – Schwerverletztenversorgung	1	100 %	0 %	0 %
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III	1	100 %	0 %	0 %
CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien	5	80 %	20 %	0 %
Hüftgelenknahe Femurfraktur	2	100 %	0 %	0 %

Erkenntnisse aus den Qualitätskontrollen

Von allen Qualitätskontrollen 2025 erfüllten rund 64 % alle Qualitätsanforderungen, die der G-BA in Richtlinien und Beschlüssen bundeseinheitlich vorgibt. Im Bereich der Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik konnten die Anforderungen aufgrund von fehlendem ärztlichen Fachpersonal nur teilweise oder nicht erfüllt werden. Fehlendes Fachpersonal (Labor, Gastroenterologie und Nephrologie) war ebenso im Bereich CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien Grund für das Nichterfüllen.

Fazit aus den Qualitätskontrollen

Die Erfüllung der Qualitätsvorgaben ist – je nach Richtlinie – meist Voraussetzung für die Leistungserbringung.

Das Ergebnis der Kontrollen im Jahr 2025 verdeutlicht, dass sich die Kliniken den Anforderungen entsprechend gut aufgestellt haben und so eine erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherstellen. Fachpersonal bleibt insgesamt das entscheidende Kriterium für die Einhaltung der Qualitätsvor-

gaben in Krankenhäusern – und somit für die Qualität der Behandlung. Die stichprobenartigen oder anlassbezogenen Qualitätskontrollen schaffen Transparenz und helfen, Defizite frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen. Das sichert die erforderliche Qualität in der Patientenversorgung und eröffnet eine Planungsgrundlage für eine qualitätsorientierte Steuerung im Gesundheitswesen.

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen

Ziel ist, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie 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 muss eine Zuweisung in eine entsprechende Klinik 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 Gestationsalter < 29 + 0 SSW
- 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 unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist



Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum/Level 2

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 bis 1499 Gramm oder mit Gestationsalter von 29 + 0 bis ≤ 31 + 6 SSW
- Schwangere mit schweren schwangerschafts-assoziierten Erkrankungen oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils
- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes

Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt

- mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 g und mit Gestationsalter von 32 + 0 bis ≤ 35 + 6 SSW

- Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen 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 37 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen und ohne eines der genannten Kriterien für die Aufnahme in die Versorgungsstufen I bis III

Anzahl an Qualitätskontrollen in Sachsen-Anhalt 2025: 1
Ergebnis: Alle Anforderungen erfüllt.

Versorgung im Notfall

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unterteilt die Notfallversorgung im Krankenhaus in drei Stufen:

Stufe 1: **Basis**notfallversorgung

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 der Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals oder zeitlicher Umfang, in dem Notfallleistungen bereitgestellt werden. Die Krankenhäuser erhalten **je nach Versorgungsstufe** eine **gestaffelte Pauschalvergütung**.

Ergänzend zu diesen Notfallstufen besteht noch eine sogenannte **Spezielle Notfallversorgung** in den Modulen:

→ Schwerverletztenversorgung

→ Notfallversorgung Kinder (Basis, erweitert, umfassend)

→ Spezialversorgung

→ Schlaganfallversorgung

→ Durchblutungsstörungen am Herzen

Über diese Module kann ebenfalls die Versorgung besonderer stationärer Notfälle strukturiert durch Krankenhäuser erfolgen, die keiner Notfallstufe zugehören, aber die besonderen Vorgaben eines Moduls erfüllen.

→ **Damit im Ernstfall alles passt, wird die Einhaltung der Qualitätsvorgaben der einzelnen Notfallstufen oder Module stichprobenartig vom Medizinischen Dienst überprüft. Die Ziehung der Stichprobenprüfungen übernimmt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).**



Im Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird jedes Jahr die Gesamtheit aller Krankenhausstandorte erfasst. Die Krankenkassen oder von ihnen beauftragte Institutionen melden alle Standorte, die zum 31.01. des jeweiligen Jahres Zuschläge oder keine Abschlüsse erhalten haben, mit der jeweiligen Zuordnung des Krankenhausstandorts entsprechend den Regelungen zu den Notfallstrukturen. Das IQTIG filtert anschließend alle Standorte, die innerhalb der letzten

drei Jahre bereits hinsichtlich der Einhaltung der Mindestvorgaben zu den Notfallstrukturen positiv kontrolliert wurden. Damit wird vermieden, dass Standorte zu häufig oder möglicherweise lange gar nicht gezogen werden.

Das Ergebnis der Ziehung wird den gezogenen Krankenhäusern sowie den Krankenkassen in den Bundesländern mitgeteilt. Diese beauftragen dann den jeweils zuständigen Medizinischen Dienst mit der Prüfung.

Nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst erhalten sowohl die beauftragende Krankenkasse als auch das geprüfte Krankenhaus das Kontrollergebnis. Die Krankenkassen können ggf. notwendige Maßnahmen gemäß der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) des G-BA einleiten.

Da die Qualitätskontrollen aufgrund der Covid-19-Pandemie für das Jahr 2022 ausgesetzt waren, beträgt der **Stichprobenumfang bis 2026 20 %** und reduziert sich **ab 2027** regelhaft auf **9 %**.



Folgende Notfallstrukturen wurden 2025 geprüft:

- Basisnotfallversorgung an fünf Krankenhausstandorten,
- Erweiterte Notfallversorgung an einem Krankenhausstandort,
- Umfassende Notfallversorgung an einem Krankenhausstandort,
- Spezielle Notfallversorgung im Modul:
 - Schwerverletztenversorgung an einem Krankenhausstandort.

Anzahl an Qualitätskontrollen in Sachsen-Anhalt 2025: 9
Ergebnis: Alle Anforderungen erfüllt.

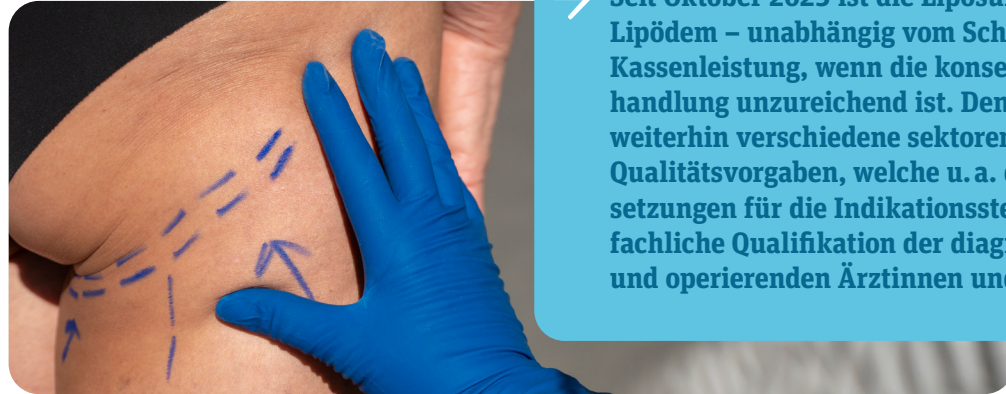
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

Um Behandlungssicherheit und therapeutischen Nutzen zu gewährleisten, bestehen strenge Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Liposuktion (Fettabsaugung) eines Lipödems im Stadium 3.

Ein Lipödem ist eine chronische Erkrankung des Fettgewebes, die in der Regel fortschreitet und zu einer disproportionalen, symmetrischen Fettverteilungsstörung führt. Das bedeutet: Die Fettzellen vermehren sich krankhaft, was sich vorrangig an den Beinen, Hüften, dem Gesäß sowie den Oberarmen zeigt. Das Lipödem-Gewebe reagiert kaum auf Diäten und Sport. Die chirurgische Fettabsaugung soll bei einem Lipödem im Stadium 3 (dem am weitesten fortgeschrittenem Lipödem) zur Linderung der Schmerzen beitragen und eventuell vorhandene Bewegungseinschränkungen beseitigen, um eine Steigerung der körperlichen Aktivität zu ermöglichen.

Die Qualitätsvorgaben und Voraussetzungen umfassen u. a.:

- Die Durchführung muss mit einer bestimmten Methode – der Tumeszenz-Liposuktion – erfolgen.
- Die Tumeszenz-Liposuktion kann unter Verwendung von wasserstrahlassistierten Systeme-



→ Seit Oktober 2025 ist die Liposuktion bei einem Lipödem – unabhängig vom Schweregrad – eine Kassenleistung, wenn die konservative Behandlung unzureichend ist. Dennoch bestehen weiterhin verschiedene sektorenübergreifende Qualitätsvorgaben, welche u. a. die Voraussetzungen für die Indikationsstellung sowie die fachliche Qualifikation der diagnostizierenden und operierenden Ärztinnen und Ärzte regeln.

men oder Vibrationskanülen durchgeführt werden.

- Die Operation darf erst in Betracht gezogen werden, wenn kontinuierlich durchgeführte konservative Maßnahmen wie Kompression und Lymphdrainage keine ausreichende Linderung bewirkt haben. Der Eingriff ist jedoch bei einem Body-Mass-Index (BMI) zwischen 32 kg/m² und 35 kg/m² nur zulässig, wenn der Grund für das Übergewicht maßgeblich die Lipödem-Fetteinlagerungen im Gewebe ist. Liegt der BMI über 35 kg/m², darf keine Operation erfolgen.
- Die Behandlung muss durch folgende Fachärztinnen bzw. Fachärzte erfolgen:
 - Fachärztinnen/Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie,
 - andere Fachärztinnen/Fachärzte des Gebiets Chirurgie,
 - andere operativ tätige Facharztgruppen sowie

→ Fachärztinnen/Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Andere Fachärztinnen/-ärzte sind ebenfalls berechtigt, wenn sie den Eingriff gemäß der Richtlinie bereits vor dem 9. Oktober 2025 erbracht haben. Bei erstmaliger Erbringung müssen Ärztinnen und Ärzte konkrete Erfahrungsnachweise gemäß der Richtlinie QS-RL Liposuktion vorlegen.

- Mehr als 3.000 ml reines Fettgewebe dürfen pro Teileingriff nur dann abgesaugt werden, wenn die postoperative Nachbeobachtung für mindestens 12 Stunden sichergestellt ist. Das maximale Fettvolumen, das pro Sitzung entfernt werden darf, beträgt 10 % des Körpergewichts (in Litern).

Anzahl an Qualitätskontrollen in Sachsen-Anhalt 2025: 1
Ergebnis: Alle Anforderungen erfüllt.

CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien

B-Lymphozyten sind spezialisierte weiße Blutkörperchen, die eine zentrale Rolle in der Immunabwehr spielen. Entarten diese, so sind bösartige Erkrankungen des lymphatischen Systems, sogenannte B-Zell-Neoplasien, die Folge. Behandelt werden diese mit der CAR-T-Zelltherapie. Das ist eine personalisierte Immuntherapie, bei der T-Lymphozyten (andere spezialisierte weiße Blutkörperchen) gentechnisch so verändert werden, dass diese Tumorzellen anhand eines speziellen Rezeptors (CAR) erkennen und zerstören können. Diese Gentherapeutika gehören aufgrund ihrer besonderen Herstellung und Wirkweise zur Gruppe der Arzneimittel für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP). Die Qualitätsanforderungen regelt die Qualitätssicherungsrichtlinie zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP-QS-RL).

Für jede Patientin und jeden Patienten kann die Nutzen-Risiko-Abwägung anders aussehen. Eine gesicherte Indikationsstellung ist deshalb ebenso wichtig wie eine optimale komplikationsfreie Behandlung und Nachsorge. Die qualitätssichernden Mindestanforderungen an CAR-T-Zelltherapien von B-Zell-Neoplasien betreffen die Infrastruktur der medizinischen Einrichtung, die vorhandene pflegerische und fachärztliche Behandlungskompetenz sowie die Erfah-



rungen mit diesen neuartigen Zelltherapien. So muss beispielsweise die Ärztliche Leitung über einen Facharztstatus (Hämatologie/Onkologie oder Pädiatrische Hämatologie/Onkologie) und ausgewiesene Erfahrung in der Behandlung der zugrunde liegenden B-Zell-Neoplasien besitzen. Zudem muss ein interdisziplinäres Team (Onkologie/Hämatologie, Intensivmedizin, Neurologie, Infektiologie, Transfusionsmedizin) verfügbar sein, das CAR-T-spezifische Komplikationen beherrschen kann. Anforderungen an die Strukturqualität umfassen zum Beispiel eine zugelassene Apherese-Station und den fachgerechten Umgang mit Zelltherapeutika (sichere Lagerung, Rückverfolgbarkeit sowie

Notfallplan für Produktverluste/Fehler). Des Weiteren muss jederzeit eine Verlegung auf eine Intensivstation mit Erfahrung in der Behandlung hämatologisch-onkologischer Patienten möglich sein. Weitere Anforderungen bestehen an den Ablauf der Therapie (Prozessqualität), das Akut- und Notfallmanagement, die Ergebnisqualität, die Dokumentation, kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen sowie regelmäßige interne Qualitätsaudits.

Anzahl der Qualitätskontrollen in
Sachsen-Anhalt 2025: 5
Ergebnis: Alle Anforderungen erfüllten 80 %

Versorgung bei hüftgelenknaher Femurfraktur

Die „Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)“ des G-BA regelt die Qualitätsvorgaben an die Behandlung von Erwachsenen mit einem hüftnahen Oberschenkelhalsbruch mittels Verschraubung oder Gelenkersatz, wenn der Bruch keine Folge einer Operation ist. Das Hauptziel ist eine qualitativ hochwertige und frühestmögliche operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität soll sichergestellt sein. Das heißt insbesondere, rund um die Operation Komplikationen, Krankheiten

und Todesfälle zu verhindern oder zu verringern und Pflegebedürftigkeit sowie eine dauerhafte Unterbringung im Heim zum Erhalt der Lebensqualität zu vermeiden. Um diese Ziele zu erreichen, sollen u. a. eine verantwortliche Ärztin/ ein verantwortlicher Arzt mit einer Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und eine Pflegekraft mit der Weiterbildung „Notfallpflege“ fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sein. Beide nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil. Ferner muss ein Facharzt mit geriatrischer Kompetenz (Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung

„Geriatrie“, Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung „klinische Geriatrie“, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie) auf Anforderung (Konsil) gewährleistet sein. Bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten wird ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung umgesetzt. Diagnostik und Therapie werden mit der nach aktuellem medizinischem Standard erforderlichen medizinisch-technischen Ausstattung durchgeführt. Ein Schockraum ist vorhanden und eine computer-tomographische Bildgebung ist rund um die Uhr sichergestellt (möglich auch Kooperation mit einem Leistungserbringer in einem unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort).

Der Krankenhausstandort muss zudem mind. über die Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie sowie Innere Medizin verfügen. Verbindliche, schriftliche und interdisziplinär abgestimmte Standard Operating Procedures (Standardabläufe – SOP) sind vorzuweisen, die regeln, dass die Operation zeitnah erfolgt, Verwirrheitszustände (Delirien) nach der Operation vermieden werden und Schmerzmanagement sowie tägliche Physiotherapie sichergestellt wird. Alle Abweichungen von den Standardabläufen muss das Personal lückenlos in der Patientenakte begründen.



Anzahl der Qualitätskontrollen in
Sachsen-Anhalt 2025: 2
Ergebnis: Alle Anforderungen erfüllt.

Strukturprüfungen

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

Im Mittelpunkt stehen hochspezialisierte Bereiche, die in der Regel besonders gefährdete Patienten versorgen – z. B. die Intensivmedizin, die Versorgungsstrukturen für Schlaganfallpatienten oder geriatrische und pädiatrische Strukturen. Besonders wichtig ist deshalb, dass das Krankenhaus die erforderlichen organisatorischen, personellen oder fachlichen Vorgaben (Strukturmerkmale) aufweist. Welche das sind, legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jährlich im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) fest.

→ **Je nach OPS-Kode gilt die Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst für ein oder zwei Jahre. Da Bescheinigungen erstmals 2021 ausgestellt wurden und überwiegend für zwei Jahre gelten, erfolgte im Jahr 2025 wieder eine höhere Anzahl an Prüfungen.**

464

Strukturprüfungen
erfolgten 2025 mit
dem Ergebnis: **Alle zu**
100 % befürwortet.

Von den Strukturprüfungen
waren:

- **15** zur erstmaligen oder erneuten Erbringung von Leistungen
- **449** zur fortlaufenden Leistungserbringung



Davon erfolgten
332 im Bereich **Somatik**
und **132** im Bereich
Psychiatrie.

Von den 464 Strukturprüfungen
erfolgten:

- **332** im Bereich Somatik
- **132** im Bereich Psychiatrie

Erkenntnisse aus den Strukturprüfungen

Alle Voraussetzungen zum Erbringen und Abrechnen der beantragten Operationen- und Prozedurenschlüssel für besonders schwierige und komplexe Behandlungen waren im Jahr 2025 erfüllt.

Fazit aus den Strukturprüfungen

Das im Jahr 2025 erneut überaus positive Ergebnis der Strukturprüfungen zeigt, dass sich die Kliniken entsprechend der Anforderungen

an die beantragten Leistungen sehr gut gestellt haben. Die jährlichen Strukturprüfungen bleiben quasi als Basis-TÜV wichtig, um Defizite frühzeitig zu erkennen. Kliniken erhalten so die Möglichkeit, gezielt Maßnahmen (z.B. Kooperationsvereinbarungen oder angepasste Dienstbesetzungen) zu ergreifen, um mit den notwendigen Behandlungsstrukturen/-prozessen weiterhin auf hohem Niveau versorgen zu können.

Bei allen Fragen rund um die Strukturprüfungen (z.B. zur Beauftragung) unterstützt der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt die Krankenhäuser im Land zielführend.



- 20,5 % Intensivmedizin
- 27,7 % Infektionen mit isolationspflichtigen Erregern/Hygiene
- 10,2 % Neurologie
- 9,6 % Geriatrie
- 13,0 % Pädiatrie
- 4,5 % Schmerzbehandlungen
- 9,3 % Palliativmedizin
- 3,9 % Sonstige
- 1,2 % Weaning



Geriatrische Versorgung

Der geriatrische Patient bzw. die geriatrische Patientin ist entweder über 70 Jahre alt mit mehreren alterstypischen Erkrankungen oder älter als 80 Jahre und weist eine abnehmende Selbstständigkeit auf aufgrund von Funktionseinschränkungen und einer erhöhten Anfälligkeit für Krankheiten.

Die Fachabteilung Geriatrie (Altersmedizin, Altenmedizin bzw. Altersheilkunde) ist gezielt auf typische Alterskrankheiten und ihre Kombinationen vorbereitet. In die Behandlung der körperlichen Beschwerden werden zudem der funktionale und geistige Zustand sowie die soziale Situation einbezogen. Rehabilitation und Prävention haben in diesem Bereich einen besonderen Stellenwert.

Anträge 2025: 33

Welche OPS-Kodes wurden geprüft?

→ 8-550 (einjährig)

Geriatrische Versorgung

→ 8-98a (einjährig)

Geriatrische Tagesklinik

Ergebnis: Alle befürwortet.





Schlaganfallversorgung

Streng genommen gibt es keinen „typischen Schlaganfallpatienten“, doch statistische Risikofaktoren prägen ein stereotypes Bild:

- höheres Alter (ab etwa 70 Jahren steigt das Risiko mit jedem Lebensjahr deutlich an),
- Geschlecht (ältere Männer sind etwas häufiger betroffen – im hohen Alter jedoch mehr Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung),
- Vorerkrankungen (Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen/Arteriosklerose, Vorhofflimmern, andere Herzrhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, frühere Herzinfarkte, Durchblutungsstörung im Gehirn),

→ Lebensstil (Raucher/Ex Raucher, Bewegungsmangel, Übergewicht, ungesunde Ernährung). Ein 75-jähriger Raucher mit langjährigem Bluthochdruck, Diabetes und Vorhofflimmern entspräche also dem stereotypen Bild eines 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. An allen Betten können kontinuierlich Blutdruck, Herzfunktion (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.

Anträge 2025: 23

Welche OPS-Kodes wurden geprüft?

→ **8-98b.2, 8-98b.3** (einjährig)

Schlaganfallversorgung mit Stroke Unit in Kooperation zu externer neurologischer Fachabteilung (mindestens per Telekonsil)

→ **8-981.2** (einjährig)

Schlaganfallversorgung 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)

Schlaganfallversorgung mit Stroke Unit unter permanenter Anwesenheit eines Neurologen oder Arztes in neurologischer Weiterbildung mit kontinuierlicher Möglichkeit einer Thrombektomie.

[Einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-981.3 erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale der OPS 8-981.2 und 8-98b.2 oder 8-98b.3.]

Ergebnis: Alle befürwortet.

Neurologie

Eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ermöglicht Menschen, die z. B. durch einen Schlaganfall oder eine schwere Kopfverletzung schwere Hirn- oder Nervenschädigungen erlitten haben, bereits während der intensivmedizinischen Behandlung erste therapeutische Maßnahmen wie Physio-, Ergo- oder logopädische Therapien.

Die frühzeitigen Übungen stabilisieren wichtige Vitalfunktionen wie Kreislauf, Bewusstsein und Atmung. Gleichzeitig wird das Gehirn angeregt, sich neu zu organisieren, sodass Alltagsfunktionen wie Schlucken, Sprechen und Motorik wieder aufgebaut, der Pflegebedarf reduziert und eine größtmögliche Teilhabe am Leben ermöglicht werden („Rehabilitation vor Pflege“).

Ein anderes stationäres, intensives Therapiekonzept ist die multimodale Komplexbehandlung für Patienten mit Morbus Parkinson oder atypischem Parkinson-Syndrom.

Diese vereint eine präzise medikamentöse Einstellung mit verschiedenen aktivierenden Therapien und ist sinnvoll, wenn z. B. ambulant keine optimale medikamentöse Einstellung – etwa wegen starker Wirkungsschwankungen oder Nebenwirkungen – möglich ist oder die Beschwerden trotz ambulanter Therapie die Lebensqualität deutlich einschränken.



Anträge 2025: 11

Welche OPS-Kodes wurden geprüft?

→ 8-552 (zweijährig)

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Erfolgt durch ein Frührehabilitations-Team unter der Behandlungsleitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie und mindestens 3-jähriger Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Das Pflegepersonal ist für die aktivierend-therapeutische Pflege auf dem Gebiet der neurologisch-neuro-

chirurgischen Frührehabilitation besonders geschult. Neben Physiotherapie/Krankengymnastik sind Physikalische Therapie, Ergotherapie, (Neuro-)Psychologie und Logopädie/Fazio-Orale-Trakt Therapie vorhanden.

→ 8-97d (einjährig)

Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom

Erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter der Behandlungsleitung eines Facharztes für Neurologie. Mindestens eingebunden sind Physiotherapie/Physikalische Therapie und Ergotherapie.

Ergebnis: Alle befürwortet.

Palliative Versorgung

Die medizinische Versorgung am Lebensende soll ein multiprofessionelles Team übernehmen, das auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiert ist. Die Fachärztin bzw. der Facharzt, der diese Behandlung leitet, muss deshalb über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin verfügen.

Auch die Pflegeleitung im Team muss eine palliativpflegerische Zusatzqualifikation und mindestens 6 Monate Praxiserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung haben. Neben Medizin und Pflege hat das Team Mitarbeitende von Therapieberufen, des Psychosozialen Dienstes sowie der Seelsorge aufzuweisen.

Die palliative Versorgung kann im Krankenhaus u. a. als eigenständige Einheit organisiert sein, die mindestens 5 Betten sowie Geräte für eine kontinuierliche Überwachung und spezialisierte palliativmedizinische Behandlungsverfahren (z.B. Schmerzpumpen) vorhält. Ganz gleich, wie ein Krankenhaus die palliative Versorgung im Klinikkonzept verankert hat, diese muss rund um die Uhr verfügbar sein bzw. müssen klare Ruf- und Bereitschaftsstrukturen für akute Symptome (Schmerz, Atemnot, etc.) bestehen. Darüber hinaus müssen standardisierte Verfahren angewendet werden, um palliative Bedarfe festzustellen und diese dann über vordefinierte Wege der entsprechenden Versorgung zuzuweisen.

Anträge 2025: 31

Welche OPS-Kodes wurden geprüft?

→ 8-982 (zweijährig)

Palliativmedizinische Basisversorgung

→ 8-98e (einjährig)

Palliativmedizinische Spezialversorgung

[Einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-98e erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale des OPS 8-982.]

→ 8-98h.0 (einjährig)

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst

Der Palliativdienst des Krankenhauses, in dem der Patient stationär behandelt wird, führt die palliativmedizinische Behandlung durch.

Ergebnis: Alle befürwortet.



Intensivmedizinische Versorgung

Im Fokus stehen hier die Behandlung und Überwachung von schwerstkranken oder akut lebensbedrohlich erkrankten Patientinnen und Patienten auf einer Intensivstation. Das geht mit einem stark erhöhten medizinischen und pflegerischen Aufwand einher, wofür ausreichend Fachpersonal mit entsprechenden intensivmedizinischen Qualifikationen wichtig ist.

Über Dienstpläne und ärztliche Rufbereitschaft in der Nacht ist abzusichern, dass ein ärztlicher wie pflegerischer Einsatz immer umgehend möglich ist. Genauso entscheidend ist außerdem die technische Ausstattung, z.B. für das kontinuierliche Überwachen der lebenswichtigen Funktionen (Herzschlag, Kreislauf), eine Beatmung oder Reanimation.



Anträge 2025: 74

Welche OPS-Kodes wurden geprüft?

→ 8-980 (zweijährig)

Intensivmedizinische 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 Intensivmedizinische Versorgung

Für diese aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlungen ist z.B. entscheidend, 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, 8-718.9 (einjährig)

Beatmungsentwöhnung/Weaning

Personen, die im Krankenhaus längere Zeit maschinell beatmet wurden, müssen das unabhängige Atmen nach und nach trainieren. Dieser Vorgang heißt „Weaning“.

Neben qualifiziertem bzw. ganz spezifisch geschultem Personal ist ein Konzept oder eine Standardvorgehensweise (SOP) wichtig, worin die Abläufe verbindlich beschrieben sind.

Unterschieden wird zwischen spezialisierter intensivmedizinischer und nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit:

Die spezialisierte intensivmedizinische 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.

→ 8-98d (einjährig)

Intensivmedizinische Versorgung von Kindern

Eine intensivmedizinische Versorgung speziell für Kinder wird in Sachsen-Anhalt ausschließlich am Uniklinikum Halle (Saale) angeboten.

Ergebnis: Alle befürwortet.



Pädiatrie

Neben der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern existieren in der Kinder- und Jugendmedizin weitere spezielle Untersuchungen und komplexe Behandlungen, die an bestimmte Voraussetzungen gebunden sind. Die spezialisierten Strukturen erlauben besondere Untersuchungen, diagnostische Verfahren, Operationen oder Therapien, die bei jungen Patienten oft zeitintensiv sind und das Einbeziehen des sozialen Umfeldes erfordern.

Anträge 2025: 43

Welche OPS-Kodes wurden geprüft?

- 9-985 (zweijährig)
Teilstationäre pädiatrische Behandlung
- 9-403 (zweijährig)
Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie
- 8-986 (zweijährig)
Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung

- 8-934 (zweijährig)
Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern
- 8-644 (zweijährig)
Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen
- 8-01a (zweijährig)
Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen
- 5-709.0 (zweijährig)
Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen
- 1-999.3 (zweijährig)
Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit
- 1-945 (zweijährig)
Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit
- 1-221 (zweijährig)
Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit

Ergebnis: Alle befürwortet.



Isolationspflichtige Erreger/ Hygiene

Die Ausbreitung bestimmter Erreger soll durch die fachgerechte Isolierung der betroffenen Personen und entsprechende Hygienemaßnahmen verhindert werden. Bauliche, personelle, organisatorische (Wer macht was?) und prozessuale (Wie wird was gemacht?) Aspekte sind dafür gleichermaßen wichtig.

Anträge 2025: 92

Welche OPS-Kodes wurden geprüft?

→ 8-987.0 (zweijährig)

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] auf spezieller Isoliereinheit

Die Behandlung erfolgt auf einer eigenständigen Infekt-Isolierstation, die räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt ist. Jedes Zimmer verfügt im Zugang über eine eigene Schleuse.

→ 8-987.1 (zweijährig)

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] nicht auf spezieller Isoliereinheit

Bindend ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal sowie mind. ein Krankenhaushygieniker und/oder eine/ein Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene



(Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich). Zudem ist ein Hygieneplan nachzuweisen.

→ 8-98g.0 (zweijährig)

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern auf spezieller Isoliereinheit

Die Isolation erfolgt analog zu 8-987.0 mit dem Unterschied, dass der Grund keine multiresistenten, sondern andere isolationspflichtige Erreger sind.

→ 8-98g.1 (zweijährig)

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen nicht multiresistenten Erregern – nicht auf spezieller Isoliereinheit

Analog zu 8-987.1 für Patienten ohne multiresistente, sondern mit einem anderen isolationspflichtigen Erreger auf einer regulären Station in entsprechenden Isolationszimmern.

Ergebnis: Alle befürwortet.

Schmerz

Die ‚International Association for the Study of Pain‘ (IASP) definierte Schmerz 1979 als „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“. Diese Definition ist weltweit akzeptiert und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aner-

kannt. Damit moderne Schmerzkonzepte und neuere Erkenntnisse der Schmerzforschung, des Schmerzverständnisses und der unterschiedlichen Komponenten von Schmerz stärker berücksichtigt werden, wurde 2020 eine neue Referenzdefinition veröffentlicht: „Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit tatsächlichem oder drohendem Gewebeschaden verbunden ist, oder dieser ähnelt.“



Anträge 2025: 15

Welche OPS-Kodes wurden geprüft?

→ 8-918 (einjährig)

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Notwendig ist die Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung »Spezielle Schmerztherapie«.

→ 8-91c (einjährig)

Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Ebenso Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung »Spezielle Schmerztherapie«. Zum Team hat ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut zu gehören. Physiotherapie bzw. Sporttherapie ist vorhanden oder andere körperlich übende Verfahren.

Ergebnis: Alle befürwortet.



Sonstige

Anträge 2025: 13

Im Bereich der Somatik erfolgten 2025 zudem noch Strukturprüfungen folgender OPS-Kodes:

→ **8-977** (zweijährig)

Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems

Für die interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von komplexen (multifaktoriellen) Erkrankungen des Bewegungssystems ist eine fachärztliche Behandlungsleitung nachzuweisen.

→ **8-983** (einjährig)

Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung

Erforderlich ist eine fachärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie oder durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung »Orthopädische Rheumatologie« oder durch einen Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt »Rheumatologie«.

→ **8-984.3** (einjährig)

Multimodale Komplexbehandlung bei Patienten mit Diabetes mellitus

Nachzuweisen ist einerseits die fachärztliche

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit entweder dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, der Zusatzbezeichnung »Diabetologie« oder dem Zertifikat »Diabetologe DDG«. Andererseits vorhanden sein müssen differenzierte Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z. B. in Kinderkliniken) reichen differenzierte Behandlungsprogramme aus, die auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ausgerichtet sind.

→ **8-975.2** (zweijährig)

Naturheilkundliche Komplexbehandlung

Bedarf eines klinisch-naturheilkundlichen Teams unter der Behandlungsleitung eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung »Naturheilverfahren« und mind. 3 Jahren Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren. Neben Ärzten müssen dem Team fachkundiges Pflegepersonal mit mind. halbjähriger naturheilkundlicher Erfahrung sowie mind. 3 der folgenden Berufsgruppen angehören: Physiotherapeuten/Krankengymnasten/Masseure/Medizinische Bademeister/Sportlehrer, Ergotherapeuten, Psychologen, Ökotrophologen/Diätassistenten, Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten.

Ergebnis: Alle befürwortet.

Psychiatrie

Neben den Strukturprüfungen im Bereich der Somatik wurden 2025 noch die Strukturen für folgende OPS-Codes im Bereich der Psychiatrie geprüft:

→ 8-985

Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranke [Qualifizierter Entzug]

Die Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinär zusammengesetztes Team aus Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation (z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung). Das Team wird systematisch supervidiert, d. h. das berufliche Handeln wird durch einen externen Experten (Supervisor) regelmäßig, strukturiert und nach festgelegten Methoden reflektiert. Die Behandlungsleitung hat entweder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung »Spezielle Schmerztherapie« oder einen Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung »Suchtmmedizinische Grundversorgung«. Ist letztgenanntes der Fall, muss das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverstand verfügen (z. B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie).



→ 9-403

Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie

Erfolgt durch ein multidisziplinäres Team unter der Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin.

→ 9-60

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Übernimmt ein multiprofessionelles Team, das entweder geleitet wird von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einem

Facharzt für Psychiatrie, einem Facharzt für Nervenheilkunde oder einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Im Team müssen die folgenden Berufsgruppen vorhanden sein:

- Entweder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Facharzt für Psychiatrie, ein Facharzt für Nervenheilkunde oder ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Entweder Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten (Psychologischer Psychotherapeut, Psycho-

therapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie).

- Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
- Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)

→ 9-61

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Analog zum OPS-Code 9-60.

→ 9-62

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Analog zum OPS-Code 9-60.

→ 9-63

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Erfolgt durch ein multiprofessionelles Team unter der Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Analog zum OPS-Code 9-60 sind im Team konkrete Berufsgruppen nachzuweisen.

→ 9-642

Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hier ist das Vorhandensein einer somatischen Intensivstation und/oder einer Intermediate Care Station (IMC) zur intensiv pflegerischen Betreuung und Überwachung am Standort des Krankenhauses wichtig. Zudem muss ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Team vorhanden sein das entweder geleitet wird von einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin), einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt für Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« oder einen Facharzt für Nervenheilkunde mit Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« jeweils mit einer weiteren somatischen Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie) oder einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin), einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einem Facharzt für Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« oder einen Facharzt für Nervenheilkunde mit Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« und einem weiteren Arzt mit einer somatischen Facharztqualifikation im Team. An jedem Arbeitstag hat zudem ein Arzt anwesend zu sein, um ggf. auch kurzfristig psychische Problemlagen behandeln zu können.

Ergänzend besteht über 24 Stunden täglich eine mind. in einem somatischen Fach qualifizierte ärztliche Rufbereitschaft am Standort des Krankenhauses. Darüber hinaus ist die pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Patienten grundsätzlich über 24 Stunden täglich gewährleistet.

→ 9-643

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting

Hier muss die Möglichkeit bestehen, dass Kind und Elternteil gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer untergebracht sind (Eltern-Kind-Rooming-In). Sofern am Standort eines Krankenhauses ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend, der die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z. B. Mittagsschlaf) bietet und auch alternativ genutzt werden kann (z. B. als Bewegungsraum). Darüber hinaus besteht ein familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum sowie einem Rückzugsraum für die Eltern. Im Behandlungsteam sind pädagogisch-pflegerische Fachkräfte (z. B. Kinderkrankenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerzieher, Heilpädagogen) vorhanden. Gegeben ist ferner die Möglichkeit zu einer fachübergreifenden konsiliarischen Betreuung der Mutter durch eine Hebamme, einen Stillberater im Hause oder durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern. Mindestens ein Pä-

diater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater ist konsiliarisch verfügbar.

→ 9-647

Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

Das multidisziplinär zusammengesetzte Behandlungsteam besteht aus mind. 3 Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen), davon mind. 1 Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut.

→ 9-64a

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind

Am Standort des Krankenhauses ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und eine Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik als spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit vorhanden. Die duale Behandlungsleitung erfolgt durch einen

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Es besteht ein familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum sowie einem Rückzugsraum für die Eltern. Die Möglichkeit, Kind und Elternteil gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer unterzubringen (Eltern-Kind-Rooming-In), ist gegeben. Sofern am Standort des Krankenhauses ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend, welcher die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z. B. Mittagsschlaf) bietet und auch alternativ genutzt werden kann (z. B. als Bewegungsraum).

→ 9-65

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Die Behandlung durch ein multiprofessionelles Team wird von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geleitet. Im Team sind folgende Berufsgruppen vertreten:

- Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut



mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie)

→ Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)

→ Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. [Kinder-]Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)

→ 9-67

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Ein multiprofessionelles Team unter der Behandlungsleitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist ebenso vorhanden wie die Berufsgruppen analog zum OPS-Code 9-65.

→ 9-68

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Findet auf einer spezialisierten, räumlich oder organisatorisch abgegrenzten Einheit statt, die ein familiengerechtes milieuthera-

peutisches Setting bietet – mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum, einem Rückzugsraum für die Eltern sowie familien-gerechten Zimmern (Eltern-Kind-Rooming-In) für beide zusammen. Ausnahme: arbeitet die Klinik am Standort ausschließlich tagesklinisch, genügt ein gemeinsamer Kinder-Ruheraum, der altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z. B. Mittagsschlaf) ermöglicht und auch anders genutzt werden kann (z. B. als Bewegungsraum).

Die Behandlung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Zum Team gehören fest vorgegebene Berufsgruppen analog zum OPS-Code 9-65.

→ 9-694

Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Erfolgt auf einer Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr).

→ 9-701

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen

Das Besondere hierbei ist, dass das multiprofessionelle Team mobil ist. Geleitet wird es entweder von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einem Facharzt für Psychiatrie, einem Facharzt für Nervenheilkunde oder einem Facharzt für Psychosomati-

sche Medizin und Psychotherapie. Zum Team gehören ärztlicher und pflegerischer Dienst plus mind. eine Person aus einer weiteren Berufsgruppe (z. B. Psychotherapeuten, Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten oder Spezialtherapeuten [z. B. Ergo-, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Logopäde, Kreativtherapeut]). Bestimmte Berufsgruppen müssen analog zum OPS-Code 9-60 vertreten sein. Erforderlich ist darüber hinaus, dass werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft) mind. ein Mitglied des Behandlungsteams erreichbar ist und dass ein ärztlicher Eingriff jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) ebenso möglich ist wie eine umgehende vollstationäre Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung.

Anträge 2025: 132

Ergebnis: Alle befürwortet.

Krankenhausversorgung aus Sicht des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt

- Die Krankenhausversorgung im Land ist insgesamt gut aufgestellt.
- Die Krankenhäuser erfüllten 2025 alle Struktur- und fast alle Qualitätsvorgaben.
- Fehlendes Fachpersonal ist Grund für das Nichterfüllen von Qualitätsvorgaben.

Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen sind eine wichtige Basis, um Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung sicherzustellen. Unabhängig von diesen gilt es, Optimierungspotenziale wie Zentralisierung, Spezialisierung und Digitalisierung weiterhin auszuschöpfen, um die Gesundheitsversorgung im Land künftig in der Fläche sicherzustellen und auf einem qualitativ hochwertigen Niveau zu halten. Krankenhäuser sind hierbei im Zusammenspiel mit anderen Versorgungsstrukturen zu betrachten und zu planen. Nicht jede Leistung muss überall erbracht werden können. Insbesondere spe-

zialisierte Komplexbehandlungen erfordern die notwendige Routine und das entsprechend qualifizierte Fachpersonal. Dieses gezielt in den Strukturen zu bündeln, entspricht einem klugen, verantwortungsbewussten Einsatz für einen maximalen Nutzen.

Impulse für Versorgungsqualität

- Fokus auf und Ausbau von ambulanten Strukturen
- Ambulantisierung nicht-komplexer Leistungen
- Synchronisierung planerische Parameter mit gelebter Praxis
- proaktive Anpassung der Zulassungsstrukturen an den realen Behandlungsbedarf
- Regionalbudgets
- Anreize schaffen, um Spezialisten im Land zu halten
- Qualifikationsangebote fördern
- Fachpersonal konzentrieren
- telemedizinische Angebote erweitern
- Entbürokratisierung fördern
- digitale Innovationen zur personellen Entlastung einsetzen
- Präventionsansatz stärken (Gesunderhaltung anstelle von Krankenbehandlung)
- sektorenübergreifende Versorgung ausbauen
- nahtlosen Behandlungsverlauf fördern
- Doppeluntersuchungen vermeiden



Quellenverzeichnis

¹ Robert Koch Institut, Gesundheitsberichterstattung, Psychische Störungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre), abgerufen am 04.03.2026 unter: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/PsychischeStoerungenInsgesamt/PsychischeStoerungenAdministrativePraevalenz/psychischeStoerungenAdminPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0

² Vgl. Ebenda.

³ Vgl. Ebenda und MITTELDEUTSCHER RUNDFUNK, Psychische Erkrankungen, Depressionen nehmen zu – Sachsen-Anhalt verzeichnet den stärksten Anstieg, 10. März 2026, abgerufen am 01.04.2026 unter: <https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/gesellschaft/depression-zahlen-anstieg-sachsen-anhalt-thueringen-100.html#:~:text=Gr%C3%B6%C3%9Fter%20Anstieg%20in%20Sachsen%20Anhalt.%20den%20gr%C3%B6%C3%9Ften%20Anstieg,69%20Prozent%2C%20in%20Th%C3%BCringen%20um%2043%2C5%20Prozent.>

⁴ MITTELDEUTSCHER RUNDFUNK, Datenanalyse, Deutsche sind immer häufiger krankgeschrieben, 25. November 2025, abgerufen am 01.04.2026 unter: <https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/wirtschaft/mehr-krankschreibungen-krankheit-sachsen-anhalt-100.html#:~:text=Ursachen%20sind%20soziale%20Unterschiede%2C%20Arbeitsbedingungen%20und%20Krankheiten%20wie%20Muskel%2DSkelett%2DLeiden%2C%20psychische%20St%C3%B6rungen%20sowie%20Atemwegsinfekte.>

⁵ Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., Personalausstattung Psych (PPP-RL), PSYCHISCHE VERSORGUNG SICHERN - Fokus auf Patient:innen statt starrer Personalvorgaben, 09.03.2026, abgerufen am 01.04.2026 unter: https://www.bdpk.de/themen/krankenhaeuser/personalausstattung-psych-ppp-rl?utm_source=chatgpt.com#_ftnref1

⁶ AOK-Bundesverband eGgR – Arbeitsgemeinschaft von Körperschaften des öffentlichen Rechts, Psychische Leiden häufigster Grund für Klinikaufenthalte von Jugendlichen, Update vom 01.04.2026, abgerufen am 01.04.2026 unter: <https://www.aok.de/pp/gg/update/jugendliche-psychische-stoerungen-krankenhaus/>

⁷ Stationsäquivalente Behandlungen (StäB) sind eine Form der Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld der Patienten durch ein multiprofessionelles Team der Klinik.

⁸ Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., Personalausstattung Psych (PPP-RL), PSYCHISCHE VERSORGUNG SICHERN - Fokus auf Patient:innen statt starrer Personalvorgaben, 09.03.2026, abgerufen am 01.04.2026 unter: https://www.bdpk.de/themen/krankenhaeuser/personalausstattung-psych-ppp-rl?utm_source=chatgpt.com#_ftnref1

⁹ Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik – Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß PPP-RL für das Erfassungsjahr 2022, 1. Hintergrund, S. 13, zit. nach Blume et al. 2019, abgerufen am 24.03.2026 unter: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_PPP-RL_Auswertungs-und-Berichtskonzept_EJ-2022_2022-06-02_01.pdf

¹⁰ Ebenda, zit. nach Nienaber et al. 2018.

¹¹ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (PPP-RL), in der Fassung vom 20. Juni 2024 (i. K. getreten am 01.01.2025), URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3666/PPP-RL_2024-06-20_iK-2025-01-01.pdf (abgerufen am 10.03.2026), § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich, S. 3.

¹² Solidaris Revisions-GmbH, Anpassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), 16.02.2021, abgerufen am 20.03.2026 unter: <https://www.solidaris.de/aktuelles/personalausstattung-psychiatrie-psychosomatik-ppp-rl#:~:text=die%20Folgen%20de-,%C3%84nderung%20der%20Richtlinie%20bietet%20Kliniken%20einige%20Optionen%20zur%20Wahrung%20ihres,Weiterentwicklung%20des%20Personaleinsatzes%20zu%20erlangen.>

¹³ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Pressemitteilung vom 21. März 2024 „Mindestpersonalausstattung in Psychiatrien: G-BA verlängert Übergangsregelung und reduziert Sanktionshöhe bei zu wenig Personal“, abgerufen am 26.03.2026 unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1173/#:~:text=Hintergrund:%20Personalausstattung%20in%20der%20station%C3%A4ren%20Psychiatrie%20und%20Psychosomatik>

¹⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung vom 19. September 2019 (i. K. getreten am 01.01.2020), URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4005/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_BAnz.pdf (abgerufen am 10.03.2026), § 8 Anrechnung von Berufsgruppen, S. 6, § 10 Ausnahmetatbestände, S. 7, § 16 Übergangsregelungen, S. 11, § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, S. 9.

¹⁵ Deutscher Bundestag, Drucksache 20/3154, 20. Wahlperiode, 19.08.2022, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/2813 - Vorgaben der Richtlinie über die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik – Kritik von betroffenen Fachverbänden und Fachgesellschaften, S. 1, abgerufen am 20.03.2026 unter: https://dserver.bundestag.de/btd/20/031/2003154.pdf?utm_source=copilot.com

¹⁶ Vgl. Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa), Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), Stand März 2021, Informationen und Argumentationsgrundlage für Gespräche auf Länderebene für die Mitglieder von ackpa, S. 1, abgerufen am 31.03.2026 unter: https://ackpa.de/wp-content/uploads/2021/04/PPP-RL-Handreichung-30.-Maerz-2021.pdf?utm_source=copilot.com

¹⁷ Deutscher Bundestag, Drucksache 20/3154, 20. Wahlperiode, 19.08.2022, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/2813 - Vorgaben der Richtlinie über die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik – Kritik von betroffenen Fachverbänden und Fachgesellschaften, S. 1, abgerufen am 20.03.2026 unter: https://dserver.bundestag.de/btd/20/031/2003154.pdf?utm_source=copilot.com

¹⁸ ver.di-Bundesverwaltung, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft, PPP-RL: Umsetzung erneut verschoben, 31. Oktober 2022, abgerufen am 20.03.2026 unter: <https://www.verdi.de/gesundheit-soziales-bildung/ppp-rl-umsetzung-erneut-verschoben>

¹⁹ Ebenda.

²⁰ Deutsches Ärzteblatt, Personalausstattung Psychiatrie: G-BA setzt Sanktionen für Kliniken bis 2026 aus, 20. Oktober 2023, abgerufen am 20.03.2026 unter: https://www.aerzteblatt.de/news/personalausstattung-psychiatrie-g-ba-setzt-sanktionen-fuer-kliniken-bis-2026-aus-c17f6b1e-145d-4c58-b933-27293b4dabf5?utm_source=copilot.com

²¹ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2024, 21.03.2024, 2.1 Die Regelungen im Einzelnen, S. 2., abgerufen am 20.03.2026 unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10449/2024-03-21_PPP-RL_weitere-Aenderungen-EJ-2024_TrG.pdf

²² Vgl. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., Umsetzung der Richtlinie zur Verbesserung der stationären Versorgung schwer psychisch Kranker (PPP-RL) soll um zwei Jahre verschoben werden, Pressemitteilung vom 20.10.2023, abgerufen am 20.03.2026 unter: https://www.bdp-verband.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/umsetzung-der-richtlinie-zur-verbesserung-der-stationaeren-versorgung-schwer-psychisch-kranker-ppp-rl-soll-um-zwei-jahre-verschoben-werden?utm_source=copilot.com

²³ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., DKG zur Scharfstellung der PPP-Richtlinie ab 2026: Mehrheit der Psychiatrien rechnet mit Vergütungsausfällen und Folgen für die Patientenversorgung, 09. Oktober 2025, abgerufen am 01.04.2026 unter: https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/mehrheit-der-psychiatrien-rechnet-mit-verguetungsausfaellen-und-folgen-fuer-die-patientenversorgung/?utm_source=copilot.com

²⁴ Vgl. Ebenda.

²⁵ Vgl. Ebenda.

²⁶ Vgl. Ebenda.

²⁷ Vgl. Ebenda.

²⁸ Vgl. Ebenda.

²⁹ Vgl. Ebenda.

³⁰ Vgl. Rechtsdepesche Online, PPP-RL ab 2026: Flexiblerer Personaleinsatz, folgenreiche Sanktionen, Stand 23.03.2026, abgerufen am 01.04.2026 unter: <https://www.rechtsdepesche.de/ppp-rl-2026-personaleinsatz-sanktionen/>

³¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., DKG zur Scharfstellung der PPP-Richtlinie ab 2026: Mehrheit der Psychiatrien rechnet mit Vergütungsausfällen und Folgen für die Patientenversorgung, 09. Oktober 2025, abgerufen am 01.04.2026 unter: https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/mehrheit-der-psychiatrien-rechnet-mit-verguetungsausfaellen-und-folgen-fuer-die-patientenversorgung/?utm_source=copilot.com

³² Vgl. Ebenda.

³³ Vgl. Ebenda.

³⁴ Statista GmbH, Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern nach medizinischer Fachabteilung im Jahr 2023 (in Tagen), Stand 03.03.2026, abgerufen am 02.04.2026 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/369355/umfrage/verweildauer-in-deutschen-krankenhaeusern-nach-medizinischen-fachabteilungen/>

³⁵ Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., Personalausstattung Psych (PPP-RL), PSYCHISCHE VERSORGUNG SICHERN - Fokus auf Patient:innen statt starrer Personalvorgaben, 09.03.2026, abgerufen am 02.04.2026 unter: https://www.bdpk.de/themen/krankenhaeuser/personalausstattung-psych-ppp-rl?utm_source=chatgpt.com

Impressum

Herausgeber

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Breiter Weg 19c
39104 Magdeburg
Telefon 0391 5661-0
info.kommunikation@md-san.de
www.md-san.de

Redaktion

Dr. Mandy Paraskewopulos-Ostwald
Christine Probst

Gestaltung

Müller Marketing GmbH
www.agentur-mm.de

Bildnachweise

www.freepik.com
www.stock.adobe.com

Stand: Juni 2026