



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Qualitätsreport 2024

Krankenhaus versorgung.

Inhaltsübersicht

Vorwort	3
Im Notfall gut versorgt	5
Reform in der Warteschlange	8
Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt	10
Positionen Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt zur Notfallversorgung	14
Qualitätskontrollen Notfallversorgung	16
Krankenhausversorgung aus Sicht des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt	24
Qualitätskontrollen 2024	26
Versorgung von Früh- & Reifgeborenen	29
Qualitätssicherung in der Kinderonkologie	32
Qualitätssicherung in der Versorgung von Bauchaortenaneurysmen	34
Strukturprüfungen 2024	36
Geriatrische Versorgung	38
Versorgung von Schlaganfallpatienten	40
Intensivmedizinische Versorgung	42
Palliative Versorgung	44
Krankenhausreform	46
Auswirkungen der Krankenhausreform auf den Medizinischen Dienst	50
Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt 2024	51
Quellenverzeichnis	52

Qualitätsreport 2024

**Krankenhaus
versorgung.**



Liebe Leserinnen und Leser,

der Qualitätsreport Krankenhausversorgung 2024 veranschaulicht die Ergebnisse der Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen, die der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt im vergangenen Jahr in Krankenhäusern des Landes durchgeführt hat. Diese stellen sicher, dass die erforderlichen technischen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen vor handen sind, um komplexe und risikoreiche Behandlungen qualitativ hochwertig durchzuführen. Wie wichtig solche Grundlagen sind, zeigte sich auf schreckliche Weise mit den vielen Verletzten durch den Anschlag auf dem Magdeburger Weihnachtsmarkt.

Vor diesem Hintergrund und weil im Bereich der Notfallversorgung und des Rettungswesens noch notwendige Reformen ausstehen, legt der Report hierauf den Schwerpunkt. Neben einem Überblick zum Thema und den Reformansätzen der vergangenen Regierung wird die Situation im Land beleuchtet sowie Positionen und Impulse zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung skizziert. Diese ist eng gekoppelt an die Krankenhausversorgung im Land, deren Herausforderungen sich in den Erkenntnissen aus den Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen wiederfinden und Anregungen für angebrachte Entwicklungen erlauben. Da die Zukunft der Krankenhauslandschaft auch durch die Krankenhausreform bestimmt wird, geht der Report auf die wichtigsten Punkte sowie auf geplante Korrekturen durch die neue Regierung ein.

Wir hoffen, dass der Report Ihnen wertvolle Einblicke rund um die Krankenhaus- und Notfallversorgung bietet und freuen uns jederzeit auf einen Austausch dazu.

Mit den besten Grüßen

Jens Hennicke
Vorstandsvorsitzender

Dr. med Anke Lasserre
Leitende Ärztin, stellv. Vorstandsvorsitzende



Im Notfall gut versorgt

Notfallversorgung beschreibt die unverzügliche medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen in lebensbedrohlichen Notsituationen sowie von Patientinnen und Patienten mit einem Behandlungsbedarf, der subjektiv als dringlich notwendig erachtet wird.¹

In Deutschland findet diese auf drei Ebenen statt, die jeweils eigenständig organisiert sind:

- ▶ niedergelassene Vertragsärzteschaft / ärztlicher Bereitschaftsdienst
- ▶ Notaufnahmen/Rettungsstellen von Krankenhäusern,
- ▶ Rettungsdienst (Notfallrettung, Krankentransport).

Die Organisation und Finanzierung der Notfallversorgung ist im Wesentlichen Ländersache (Artikel 104a Abs. 1 GG). Allerdings hat der Staat durch das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit eine Schutzpflicht. Folglich hat er ein funktionierendes Rettungsdienstsystem zur Verfügung zu stellen, bei dem allen Menschen die gleiche Versorgung zuteil wird. Der Rettungsdienst ist somit eine öffentliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr und hat rund um die Uhr bei medizinischen Notfällen eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des qualifizierten Krankentransports sicherzustellen. Dafür sorgen in der Regel der Rettungsdienst am Boden und die Luftrettung.

Im Notfall soll und muss schnell versorgt werden. Doch die Bereiche der Notfallversorgung stehen als wichtige Bestandteile der Gesundheitsversorgung vor verschiedenen Problemen:

Notfall ist gemäß DIN 13050 ein Ereignis, das unverzüglich Maßnahmen der Notfallrettung erfordert.⁴

Notaufnahmen sind stark überlastet.⁵ Seit Jahren steigen die Inanspruchnahmen, auch weil sich Patientinnen und Patienten mit weniger dringlichen Beschwerden dorthin wenden, die auch ambulant hätten versorgt werden können. Die wachsende Belastung wird zum Teil noch zusätzlich durch eine dünne Personaldecke aufgrund fehlender Fachkräfte verstärkt. Hinzu kommen mancherorts noch veraltete Strukturen, ineffiziente Abläufe sowie Defizite in der Steuerung der Patientinnen und Patienten.⁶ Ein weiterer Faktor ist der wirtschaftliche Druck der Krankenhäuser durch die nicht kostendeckende Vergütung für ambulante Behandlungen in Notaufnahmen.⁷



~ 34.000 Menschen pro Tag
und damit insgesamt **12,4 Millionen Menschen** nahmen
2023 Notfallambulanzen in Krankenhäusern in Anspruch⁸

1/4 der gesetzlich Versicherten
suchte **innerhalb von 12 Monaten** im medizinischen Notfall
die **Notaufnahme** eines Krankenhauses auf⁹



ca. 60 % davon wurden **ambulant**
behandelt und 40 %
stationär aufgenommen⁹

~ 17,2 Millionen vollstationäre
Behandlungsfälle 2023⁸



3 Millionen stationäre
Behandlungsfälle
können ambulant von niedergelassenen
Ärztinnen und Ärzten übernommen werden¹⁰

Reform in der Warteschlange

Dem drängenden Problem einer bundespolitischen Reform der Notfallversorgung widmete sich das Bundesgesundheitsministerium ab 2021 in der 20. Legislaturperiode und konkretisierte ein Gesetzgebungsverfahren schließlich am 7. Juni 2024 mit einem Referentenentwurf sowie einem anschließenden Kabinettsentwurf vom 17. Juli 2024. Nach der Anhörung im Bundestag am 6. November 2024 war allerdings schon einen Tag darauf mit dem Ende der regierenden Ampel-Koalition das Vorhaben auf unbestimmte Zeit ausgesetzt. Doch gerade Zeit ist das, was im Notfall drängt - so auch bei der Notfallversorgung. Dementsprechend positiv ist zu werten, dass der 2025 zwischen CDU/CSU und SPD geschlossene Koalitionsvertrag diesen wichtigen Beitrag zu einer verbesserten Versorgung wieder vorsieht.¹¹ Das Vorhaben könnte obendrein finanzielle Ressourcen freisetzen., denn die Kosten in diesem Bereich sind zuletzt besonders stark gestiegen. Eine Notfallreform hätte das Potenzial langfristig zirka knapp einer Milliarde Euro pro Jahr einzusparen.¹²

Die bislang wichtigsten Punkte im Ampel-Entwurf waren:

► Digitale Vernetzung der Notrufnummern 112 und 116 117

Die bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die Rufnummer 112 der Rettungsleitstellen sollen digital vernetzt werden, um eine bessere Steuerung und Koordination der Hilfesuchenden zu ermöglichen. Dabei sollen bereits erhobener Daten ohne Unterbrechungen zwischen den Leitstellen übermittelbar sein.

► Trennung der Aufgaben des Patientenservice 116 117

Die bisherigen Aufgaben aus Termin- und Akutfallvermittlung sollen getrennt werden, um die Akutfallvermittlung effizienter zu gestalten.

► Akutleitstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)

Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung sollen sogenannte Akutleitstellen übernehmen, die eng mit den Rettungsleitstellen kooperieren, um Patienten bedarfsgerecht zu steuern und Notaufnahmen sowie Rettungsdienste zu entlasten.

► Ausbau der telemedizinischen und aufsuchenden Versorgung:

Verpflichtend sollen die KVen rund um die Uhr eine telemedizinische und aufsuchende notdienstliche Versorgung bereitstellen. Das soll die Versorgung verbessern und Ärzte entlasten.

► Integrierte Notfallzentren (INZ)

Flächendeckend sollen INZ eingerichtet werden. Diese sollen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV am oder im Krankenhausstandort und einer zentralen Erstein-schätzungsstelle bestehen. Die INZ sollen eine sektorenübergreifende, bedarfsgerechte ambulante Erstversorgung sicherstellen und verhindern, dass Patienten unnötig stationär aufgenommen werden. Ein INZ soll für mindestens 95 Prozent der Bevölkerung einer Krankenhausplanregion in 30 Minuten erreichbar sein. An ausgewählten Standorten sollen spezielle INZ für Kinder und Jugendliche bestehen. Neue Versorgungsverträge mit Apotheken sollen zudem den Zugang zu Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten ermöglichen.

► Rettungsdienstreform

Als Teil der Notfallreform sollte auch der Rettungsdienst reformiert werden. Als wesentlicher Bestandteil war dabei die Aufnahme als eigenständiger Leistungsbereich in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch angedacht. Die digitale Vernetzung mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung war unter Nutzung der Telematik-Infrastruktur ebenfalls vorgesehen. Außerdem sollten bundesweit einheitliche Rahmenvorgaben für die Leistungserbringung der Rettungsdienste unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder entwickelt werden.

Die gesetzlichen Maßnahmen sollten die Versorgungsbereiche vernetzen, die Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene steuern und die Wirtschaftlichkeit der Notfallversorgung verbessern.¹⁴ Die mangelnde Vernetzung der Sektoren im Bereich der Notfallversorgung, die Überlastung von Notaufnahmen wie Rettungsdiensten durch immer mehr Fallzahlen und der zunehmende Fachkräftemangel machen eine Reform bundespolitisch dringend notwendig.

Alternative Regelungen wie z. B. die Schaffung eines eigenen Notfallversorgungssektors sah das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als nicht in gleichem Maße geeignet. Zu befürchten sei der Aufbau zusätzlicher Barrieren zwischen den Sektoren, was eine effiziente Fallbearbeitung weiter erschweren würde. Fest steht, die Reform der Notfallversorgung ist inhaltlich vorbereitet und politisch gewollt. Diese sollte entsprechend mehrstimmiger Forderungen sowohl mit der Krankenhausreform als auch der Reform des Rettungsdienstes optimal abgestimmt werden.¹⁵

Für eine zügige Umsetzung der Notfallreform und ein ergänzendes Gesundheitssicherungsgesetz (GeSiG) zur Verbesserung der Notfall- und Katastrophenversorgung im deutschen Gesundheitswesen setzen sich zwölf medizinische Fachgesellschaften mit einem Zehn-Punkte-Maßnahmenplan¹⁶ ein. Dieser entstand unter der Federführung von Professor Felix Walcher, Direktor der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Magdeburg. Er selbst erlebte bei der Patientenversorgung nach der Amokfahrt auf dem Magdeburger Weihnachtsmarkt wie wichtig Konzepte, Vorbereitungen und übergreifende Zusammenarbeiten bei Großschadensereignisse sind. Ein Gesundheitssicherungsgesetz könne neben den wiederkehrenden Trainings unter anderem die strategische Patientensteuerung sowie die Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten regeln.¹⁷ Die konkrete Ausgestaltung wird als überaus wichtig für ein krisenfestes Gesundheitssystem angesehen.

Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt

Die Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt ist ein Netz aus Krankenhäusern, freiberuflichen Ärzten, Rettungsdiensten und innovativen digitalen Lösungen.

Gesetzlich ist die Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt im Rettungsdienstgesetz geregelt, das in der Zuständigkeit des Ministeriums für Inneres und Sport liegt.¹⁸

Die verpflichtenden Qualitätsanforderungen an die Notfallstufen der Krankenhäuser, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bundeseinheitlich vorgibt, überprüft der Medizinische Dienst stichprobenartig in Qualitätskontrollen auf Grundlage der Richtlinie des G-BA nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V: MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL).

In Kooperation mit Krankenhäusern oder durch Verträge mit freiberuflichen Ärzten wird der Rettungsdienst organisiert.¹⁹ An Standorten ohne Krankenhausanbindung arbeiten ausschließlich freiberuflich tätige Notärzte. Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes, zu dem neben der medizinischen auch die psychosoziale Notfallversorgung für Betroffene (PSNV-B) gehört, sind die Landkreise und kreisfreien Städte. Diesen ordnen sich dementsprechend die Rettungsdienstbereiche mit jeweils eigenen Rettungsleitstellen zur Koordination der Einsätze zu. Insgesamt finden sich 13 Leitstellen²⁰ im Land, Notärzte an 54 Standorten²¹ und 164 Rettungswachen²², 1 Baby-Notarztwagen in Halle (Saale)²³.

Die **Rettungsdienste am Boden werden von der Luftrettung** unterstützt. Drei Hubschrauber sind dafür in Sachsen-Anhalt im Einsatz¹⁸: Christoph 36 am Städtischen Klinikum der Landeshauptstadt Magdeburg, Christoph Halle am Flughafen Halle-Oppin sowie dem ebenfalls dort stationierten Intensivtransporthubschrauber Christoph Sachsen-Anhalt, der rund um die Uhr einsatzbereit ist.

Aktuelle Herausforderungen

In der Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt wird häufig die gesetzlich vorgegebenen Hilfsfrist von zwölf Minuten im Rettungsdienst überschritten.²⁴ Das ist besonders bei schweren und zeitkritischen Erkrankungen ein Nachteil. Im ländlichen Raum werden die Fahrtzeiten noch zusätzlich durch die Entfernungen zu spezialisierten Notaufnahmen beeinflusst. Zwar kamen 81 % der Fahrzeuge 2024 innerhalb der Hilfsfrist am Einsatzort an. Die Mindestvorgabe liegt jedoch bei 95 %.

Rettungsdienst wie **Notaufnahmen** balancieren außerdem steigende Inanspruchnahmen mit

Personalknappheit.²⁵ Während immer weniger junge Menschen in der medizinischen Versorgung nachrücken, wächst die Anzahl älterer Menschen, bei denen häufig mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig vorliegen (multimorbid).

Forderungen²⁶ zur Verbesserung der Notfallversorgung unterschiedlicher Akteure aus dem Land

- ▶ gezieltere Nutzung personeller Ressourcen
- ▶ landkreisübergreifende Koordination von Notfallpatienten
- ▶ Kosten einsparen
- ▶ Verteilung von Notarztstandorten kreisübergreifend optimieren
- ▶ Zentralisierung der Leitstellen
- ▶ vernetzte digitale Anbindung der Rettungswagen und Leitstellen
- ▶ moderne Ausstattung der Rettungswagen
- ▶ klare Qualitätsvorgaben und gut ausgebildetes Personal
- ▶ erweiterte Nutzung von IVENA-Daten, um Planung/Versorgung im Krankenhaus- und Rettungswesen bedarfsgerecht und gezielt zu steuern

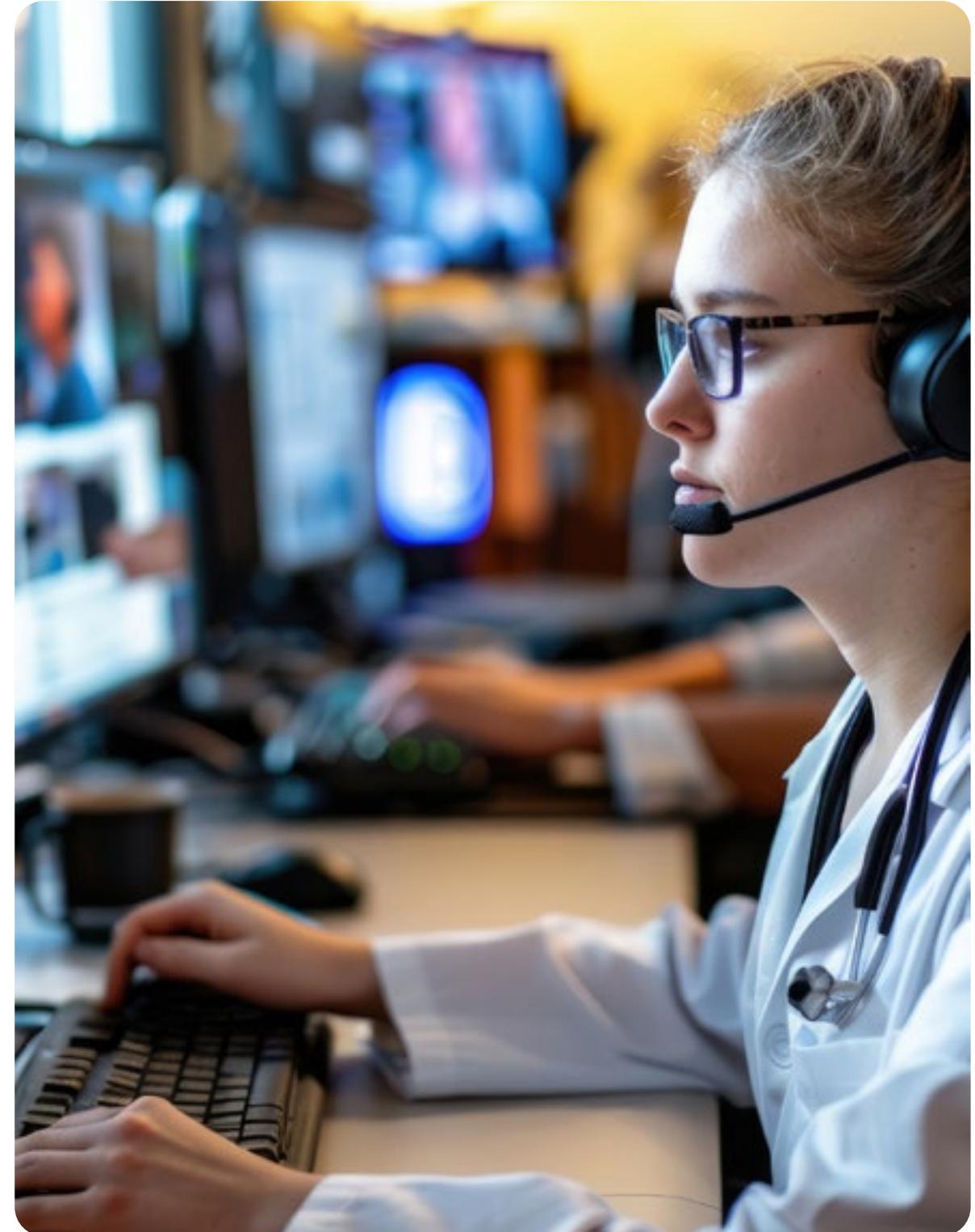
IVENA (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis)²⁷: System zur Verbesserung der Kommunikation in der Notfallversorgung zwischen Rettungskräften, Leitstellen und Krankenhäusern. Ziel: Notfallpatienten schnellstmöglich einem geeigneten, aufnahmebereiten Krankenhaus zuzuweisen. Ersetzt mit einem Echtzeit-Webportal das mühsame telefonische Abklären der Kapazitäten von Krankenhäusern. Leistungserbringer und Kostenträger haben aus Datenschutzgründen aktuell keinen Zugang zu den IVENA- Versorgungsdaten. Daten könnten jedoch entscheidende Erkenntnisse für die zukünftige Versorgungsplanung liefern.



Maßnahmen zur Verbesserung

Angesichts der bestehenden Herausforderungen werden digitale und organisatorische Innovationen vorangetrieben, um die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zu sichern und zu verbessern.

- ▶ 2021 Verankerung einer Innovationsklausel im Rettungsdienstgesetz für zeitlich befristete Ausnahmeregelungen zur rechtssicheren Erprobung und Evaluation von Konzepten in der Praxis: zu Pilotprojekten gehören z. B. Einsatz von Gemeindenotfallsanitätern²⁸ (= besonders qualifizierte Notfallsanitäterinnen und -sanitäter, die viele Notrufe selbst versorgen können) oder Telenotärzten²⁹ (= speziell geschulte Notärztin oder geschulter Notarzt, die bzw. der Rettungskräfte bei Einsätzen rein digital unterstützt, ohne dafür selbst vor Ort zu sein) Insgesamt sollen die Projekte helfen, den Rettungsdienst zu entlasten und das vorhandene Personal effizienter einzusetzen
- ▶ 2023 Gutachten zur Zukunft der Krankenhauslandschaft³⁰
- ▶ 2024 Beauftragung eines landesweiten Gutachtens zur Verbesserung der Notfallversorgung durch Akteure des Rettungsdienstes und die Verbände der Krankenkassen (Kostenträger) in Abstimmung mit dem Innenministerium³¹
- ▶ Diskussion über einen weiteren Rettungshubschrauber im Norden des Landes zur Verbesserung der Versorgung bei schweren und zeitkritischen Erkrankungen³²
- ▶ Zusammenlegung von Leitstellen und Anpassung der Leistungsfähigkeit - z. B. 2023 Leitstellenverbund im Norden des Landes³³
- ▶ 2025 Maßnahmenkatalog gegen Ärztemangel und Fahrplan für Krankenhausplanung sowie Fachkräftesicherungspakt³⁴



Positionen des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt zur Notfallversorgung

Gute und verlässliche Versorgung im Notfall ist eine der wichtigsten Komponenten eines funktionierenden Gesundheitssystems. Im Rahmen der stichprobenhaften Qualitätskontrollen der Notaufnahmen in den Krankenhäusern Sachsen-Anhalts bestätigt sich für den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt auch in diesem Jahr das Grundproblem, welches sich an verschiedenen Stellen in unserem Bundesland zeigt: Mängel bei den Qualitätsanforderungen rühren zum einen aus einem Mangel an Fachpersonal und zum anderen aus nicht umgesetzten Prozessvorgaben.



Oft führen Fehlstrukturen und mangelnde Steuerung von Patientenströmen zu überfüllten Notaufnahmen. Potenziale der Digitalisierung zur Durchführung von Telekonsilen oder zur Nutzung der ePa werden nicht ausreichend genutzt. Ebenso hilfreich wären enger vernetzte Zusammenarbeiten - sowohl innerhalb der Kliniken als auch über Sektorengrenzen und Trägerschaften hinaus. Kapazitäten werden an zu vielen Stellen autark vorgehalten und fehlen dann zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort. Auch das sind Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt. Die auf Bundesebene geplante Reform der Notfallversorgung können wir daher nur unterstützen.

Dazu gehört neben der Etablierung Integrierter Notfallzentren eine Zentralisierung und Stärkung der (Notfall-)Leitstellen mit digitalem bzw. telefonischem Erstkontakt, um die Patientensteuerung sinnvoll zu verbessern. Wer ambulant behandelt werden kann, muss nicht ins Krankenhaus. Die Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen und die Erweiterung gesetzlicher Möglichkeiten von Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte und Medizinische Assistenzen ist essentiell, um vor allem die ambulante Erstversorgung in ländlichen Regionen aufrecht zu erhalten. Dazu bedarf es auch neuer Modelle, damit nichtärztliches Personal sich unterstützend mit verschiedenen (Fach-)Ärztinnen und Ärzten aus ambulanten und stationären Settings vernetzen kann, um ärztliche Kapazitäten zu schonen.

Positionen und Impulse des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung und Unterstützung einer Notfallreform

- **Etablierung flächendeckender Integrierter Notfallzentren** aus zusammenarbeitenden Notaufnahmen und Notdienstpraxen als vernetzte Anlaufstellen medizinischer Erstversorgung mit zentraler Einschätzungsstelle auf Basis digitalen bzw. telefonischen Erstkontakts
- **Notfall- bzw. Rettungsleitstellen zentralisieren** und stärken -„Rettungsnummern“ zusammenlegen
- **Einsatz von Telenotärzten** zur Steuerung und Unterstützung weiterqualifizierter Rettungssanitäter
- **Ambulantisierung fördern**, um Krankenhausfälle zu vermeiden oder zu verkürzen
- **Videosprechstunden** mehr nutzen
- **asynchrone Telemedizin gesetzlich ermöglichen**, um Potenziale der Delegation zur Unterstützung der überlasteten Haus- und Facharztpraxen zu nutzen
- **Potenziale der Elektronischen Patientenakte ausschöpfen**, um leichte Behandlungsfälle zum Großteil digital abschließen zu können und schwere Fälle mit besserer Befundlage zielgerichteter behandeln zu können



Qualitätskontrollen Notfallversorgung

Der G-BA³⁵ unterscheidet in der gestuften 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, zeitlicher Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen). 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 die Versorgung besonderer stationärer Notfälle auch 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 bzw. Module stichprobenartig durch den Medizinischen Dienst überprüft.



34 Standorte

sind insgesamt in Sachsen-Anhalt an der Notfallversorgung beteiligt.



25 Standorte

hat der Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt bereits auf die Einhaltung der Qualitätsvorgaben geprüft.

In **40 % aller Kontrollen / 10 Mal** waren im Zeitraum 2021 bis 2024 die Qualitätskriterien bei der ersten Prüfung nicht erfüllt.

2 Standorte

konnten bei erneuter Kontrolle nachbessern und damit alle Qualitätskriterien erfüllen.

2 Standorte

konnten in der erneuten Stichproben-Kontrolle ebenfalls die erforderlichen Merkmale vorweisen.

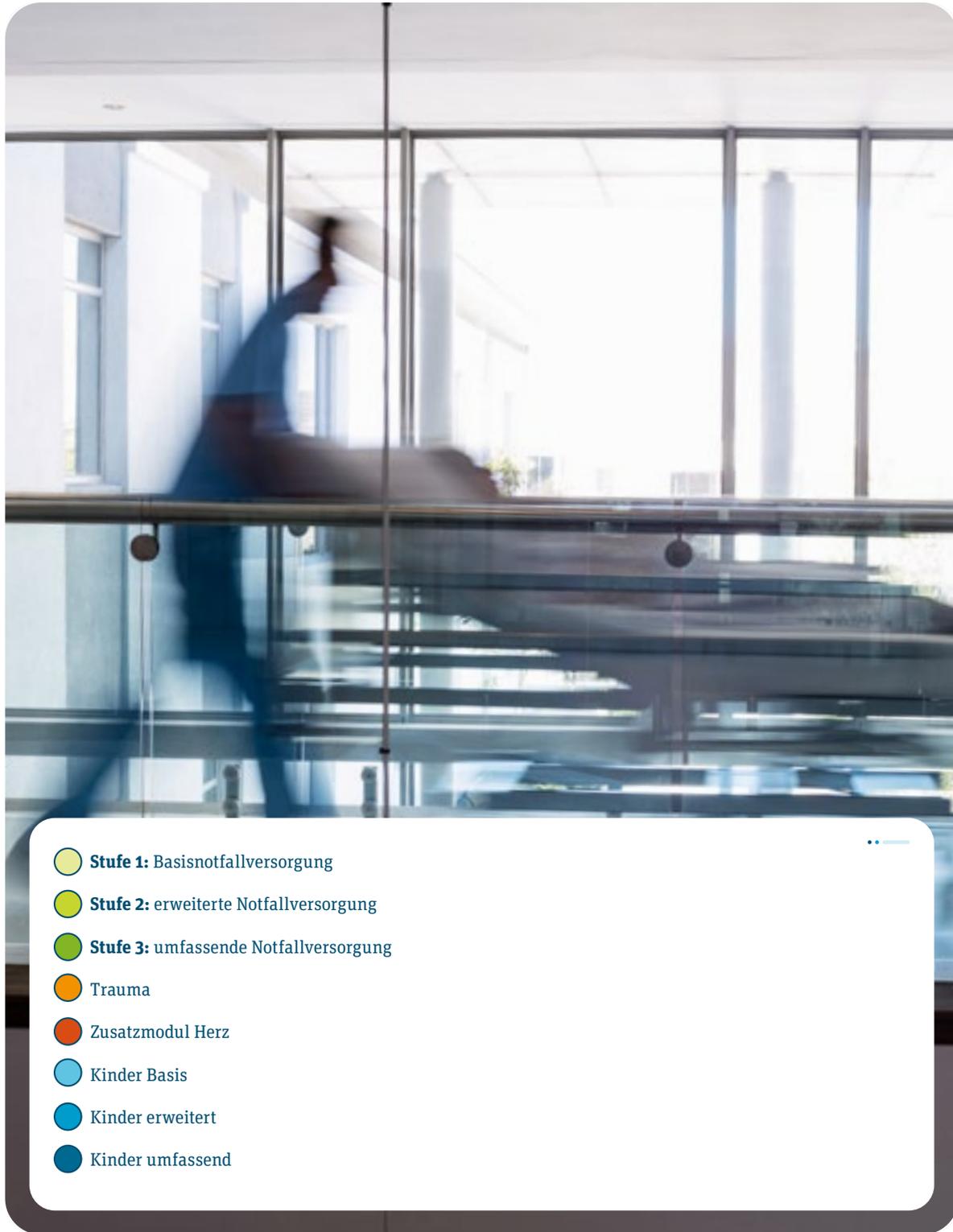
Damit ergibt sich insgesamt eine **Erfüllungsquote** von: **76 %**



Dr. med. Anke Lasserre

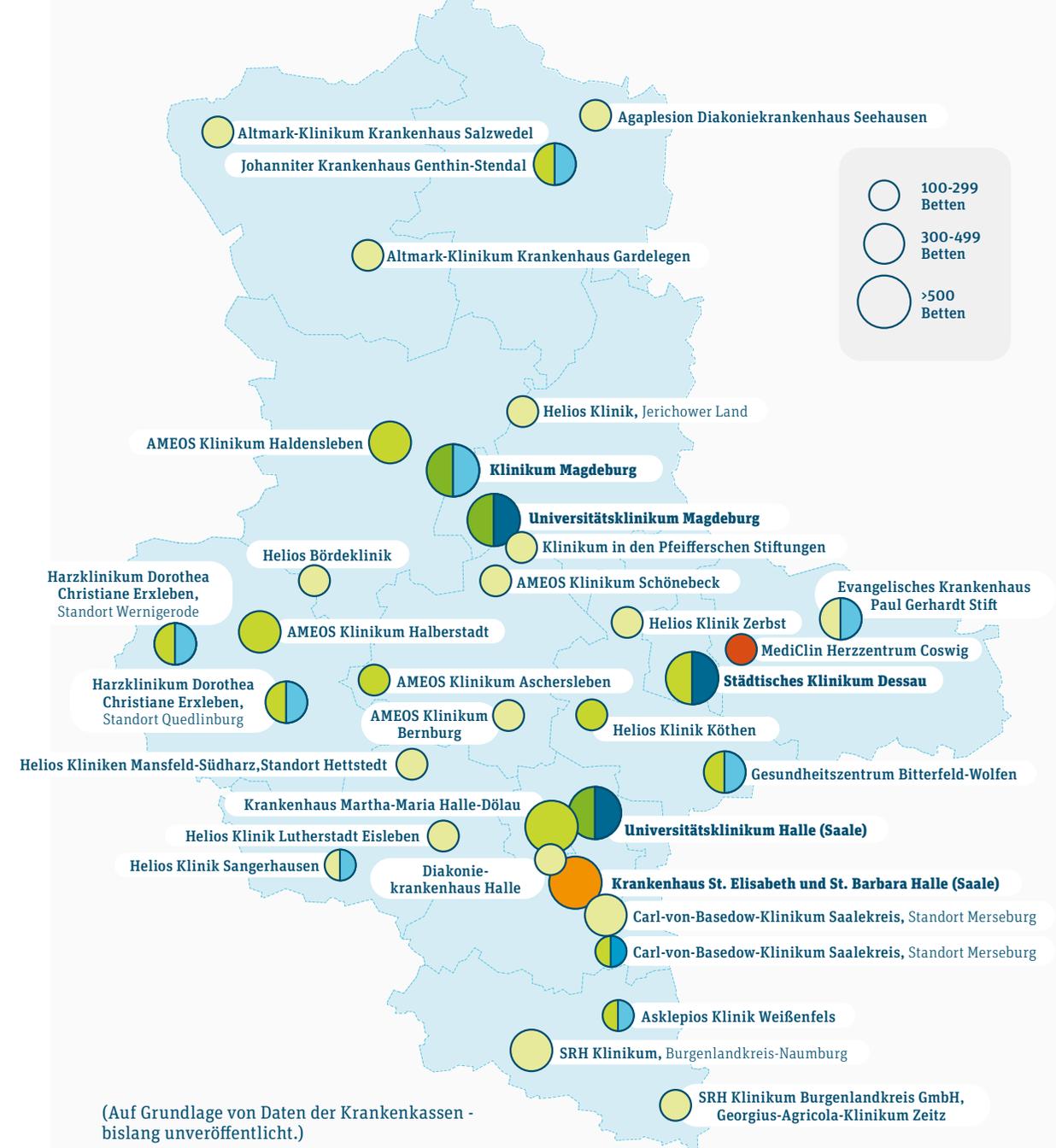
Leitende Ärztin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende
Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

„6 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllten in der Stichprobe 2024 alle Häuser die Vorgaben. Das zeigt, dass die Qualitätskontrollen wichtig und wirksam sind. Ich hoffe, dass sich dieses erfreuliche Ergebnis auch im Jahr 2025 fortsetzt.“



- **Stufe 1:** Basisnotfallversorgung
- **Stufe 2:** erweiterte Notfallversorgung
- **Stufe 3:** umfassende Notfallversorgung
- Trauma
- Zusatzmodul Herz
- Kinder Basis
- Kinder erweitert
- Kinder umfassend

Standorte der Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt mit Notfallstufe/Modul



Qualitätsdefizite auf einen Blick

2024

- keine Ablehnungen

2023 Krankenhausversorgung aus Sicht des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt

- für die Zentrale Notaufnahme (ZNA) verantwortlicher Facharzt auch im Tagdienst nicht vollständig nachgewiesen
- Verfügbarkeit Endoskopie-Assistenzpersonal im Rufdienst
- Verfügbarkeit MRT (fehlende Dienstpläne/Anwesenheitsnachweis der radiologischen Praxis)

2022

- Kontrollen coronabedingt ausgesetzt

2021

- (zeitliche) Vorgaben zur Triage nicht erfüllt
- Verfügbarkeit von Fachärzten innerhalb von 30 Minuten
- Versorgung von Notfallpatienten nicht ganz überwiegend in der ZNA
- Aufnahmebereitschaft auf die Intensivstation (ITS) innerhalb 60 Minuten innerhalb der Stichprobenakten, trotz vorgelegter Standardarbeitsanweisung (SOP = Standard Operating Procedure).
- fachlich unabhängige und eigenständige ärztliche Leitung
- Prozesse: strukturiertes und validiertes System bei Erstaufnahme nicht nachvollziehbar in den Stichprobenakten

Alle Jahre: fehlende Kooperationen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (ist entsprechend der allgemeinen Anforderungen an alle Notfallstufen eine Soll-Bestimmung)

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätskontrollen* zur Notfallversorgung 2021 bis 2024



Wie erfolgt die Stichprobenziehung für Qualitätskontrollen in der Notfallversorgung?

Die Ziehung der Stichprobenprüfungen übernimmt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Jedes Jahr wird dort die Gesamtheit aller Krankenhausstandorte zusammengetragen. Dafür melden Krankenkassen oder die von diesen beauftragten Institutionen alle Standorte, die zum 31.01. des jeweiligen Jahres Zuschläge oder keine Abschlüsse erhalten, sowie die jeweilige Zuordnung des Krankenhausstandortes entsprechend der Regelungen zu den Notfallstrukturen.

Danach filtert das IQTIG 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 oder möglicherweise lange gar nicht gezogen werden.

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

Nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst erhalten die beauftragende Krankenkasse und das geprüfte Krankenhaus das Kontrollergebnis.

Die Krankenkassen können ggf. notwendige Konsequenzen gemäß der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) des G-BA veranlassen.

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



Krankenhausversorgung aus Sicht des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt

- insgesamt gute Krankenhausversorgung im Land
- fehlendes Fachpersonal ist häufigster Grund für Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben

Erkenntnisse aus den Qualitätskontrollen:

Gründe für das Nichterfüllen von Qualitätsanforderungen:

- fehlendes Personal (Pflege, Therapeuten, Fachärzte)
- eingeschränkte Verfügbarkeit und Einsatzbereitschaft von Fachärzten notwendiger Fachgebiete
- fehlendes Personal im Regeldienst und an Wochenenden und Feiertagen
- kein ärztlicher Konsil-Dienst vor Ort
- Fehlen bestimmter Schwerpunktbezeichnungen wie:
 - > Kinderkardiologie oder
 - > spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin (für zusätzlichen Rufdienst)
- fehlende fachlich unabhängige und eigenständige ärztliche Leitung in der Notaufnahme
- fehlende Zusammenarbeit
- Fehlen multiprofessioneller Teams
- fehlende Triage
- nicht zeitgerechte Verlegung auf Intensivstation (ITS) aus der Notaufnahme

Fazit aus den Qualitätskontrollen

Im Hinblick auf das gravierendste Problem des fehlenden Fachpersonals sind Strategien erforderlich, welche die Potenziale von Entbürokratisierung, Prozessoptimierung und Digitalisierung zur Entlastung der vorhandenen Fachkräfte einbeziehen.

Das Anpassen von Krankenhausstrukturen im Land, sodass hochspezialisierte Leistungen nur dort erbracht werden, wo die entsprechenden Voraussetzungen bestehen, führt gleichzeitig zu einer Bündelung spezialisierten Personals. Parallel dazu ist die Basisversorgung in der Fläche entsprechend der Vorgaben in der notwendigen Qualität sicherzustellen.

Erkenntnisse aus den Strukturprüfungen

Alle Voraussetzungen zum Erbringen und Abrechnen der beantragten Operationen- und Prozedurenschlüssel für besonders schwierige und komplexe Behandlungen waren im Jahr 2024 erfüllt.

Fazit aus den Strukturprüfungen

Im Jahr 2024 ergaben sich bei den Strukturprüfungen keine Auffälligkeiten. Alle Grundlagen zum Erbringen der beantragten Komplexleistungen waren erfüllt. Ein überaus positives Ergebnis, das zeigt, dass die Kliniken bei Defiziten aus den Vorjahren nachgebessert haben und entsprechend der Anforderungen an die beantragten Leistungen gut aufgestellt sind.

Wie bei anderen Zertifizierungen ist bei den Strukturprüfungen der Weg das Ziel. Die Krankenhäuser werden bei allen Fragen rund um die Strukturprüfungen unterstützt (z. B. bei der Beauftragung). Gemeinsam wurde und wird zudem erörtert, welche Maßnahmen notwendig sind, um mit den notwendigen Behandlungsstrukturen/-prozessen auf hohem Niveau weiter versorgen zu können (z. B. Kooperationsvereinbarungen oder angepasste Dienstbesetzungen).

Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität

- Anreize schaffen, um Spezialisten im Land zu halten
- Qualifikationsangebote fördern
- Fachpersonal konzentrieren
- Ambulantisierung nicht-komplexer Leistungen
- telemedizinische Angebote erweitern
- Entbürokratisierung fördern
- digitale Innovationen zur personellen Entlastung
- Präventionsansatz weiter stärken: Anreize für die Gesunderhaltung schaffen (anstelle der Krankenbehandlung)
- sektorenübergreifende Versorgung, um nahtlosen Behandlungsverlauf zu fördern sowie Doppeluntersuchungen zu vermeiden



Optimierungspotenziale wie Spezialisierung, Zentralisierung und Digitalisierung sind unerlässlich, um die Gesundheitsversorgung im Land künftig in der Fläche sicherzustellen 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.

Qualitätskontrollen 2024



83 Qualitätskontrollen

... führte der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt 2024 durch.

53-mal (63,8 %).
... waren alle Qualitätsvorgaben erfüllt.



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 örtliche Gegebenheiten, technische Ausstattungen oder personelle Qualifikationen) stichprobenartig, anhaltspunktbezogen oder anlassbezogen prüft. Die qualitativen Vorgaben sind in verschiedenen Richtlinien des G-BA bundeseinheitlich geregelt.

Kinderonkologie	■	1 (alle Anforderungen erfüllten 100 %)
Minimalinvasive Herzklappeninterventionen	■	1 (alle Anforderungen erfüllten 100 %)
Bauchaortenaneurysma	■	5 (alle Anforderungen erfüllten 80 %)
Früh- und Reifgeborene	■	5 (alle Anforderungen erfüllten 40 %)
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie	■	18 (alle Anforderungen erfüllten 11,1 %)*
Notfallstrukturen – Basisnotfallversorgung	■	3 (alle Anforderungen erfüllten 100 %)
Notfallstrukturen – Erweiterte Notfallversorgung	■	6 (alle Anforderungen erfüllten 83,3 %)
Notfallstrukturen – Modul Notfallversorgung Kinder	■	3 (alle Anforderungen erfüllten 100 %)
Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem	■	1 (alle Anforderungen erfüllten 100 %)
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III	■	3 (alle Anforderungen erfüllten 33,3 %)*
CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien	■	3 (alle Anforderungen erfüllten 66,7 %)
Hüftgelenknahe Femurfraktur	■	32 (alle Anforderungen erfüllten 84,4 %)
Stammzelltransplantation bei akuter Leukämie	■	2 (alle Anforderungen erfüllten 50 %)

* Zum Teil keine Beurteilung möglich

Zum Teil keine Beurteilung möglich:

Fehlende Patienten ließen keine Prüfung innerhalb der Patientenakten zu. In diesen Fällen (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP) und Liposuktion) folgt eine Wiederholungsprüfung nach stattgefundenen Behandlungen.

Beispiele für Qualitätsdefizite:

CAR-T-Zellen-Therapie:

- fehlendes Laborpersonal

Hüftgelenknahe Femurfraktur:

- fehlende Erreichbarkeit einer Fachärztin / eines Facharztes innerhalb von 30 min in der Notaufnahme
- fehlende organisatorische Zuordnung der Verantwortlichkeiten zur Notaufnahme
- fehlende Zusammenarbeit zwischen Fachrichtungen
- Fehlen multiprofessioneller Teams

Stichprobenartig oder anlassbezogen gehen Qualitätskontrollen der Frage nach, ob Krankenhäuser die Qualitätsanforderungen einhalten, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien und Beschlüssen bundeseinheitlich vorgibt.

Inhalte der Kontrollen sind u. a. Prüfungen der:

- sachlichen und technischen Ausstattung
- personellen Verfügbarkeit und fachlichen Qualifikation
- und der Prozessqualität

Die Erfüllung ist in Abhängigkeit von der jeweiligen Richtlinie meist die Voraussetzung für die Leistungserbringung.

Grundlage ist die Richtlinie des G-BA 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.

Auch in der externen stationären Qualitätssicherung wird der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt mit Kontrollen zur Richtigkeit der Dokumentation beauftragt.

Der Medizinische Dienst erstellt zu jeder Qualitätskontrolle 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 Qualität in der Patientenversorgung

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.

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 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.

5 Qualitätskontrollen in 3 Kliniken der Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum/Level 2

Qualitätsdefizite auf einen Blick

- fehlende Konsil-Möglichkeiten vor Ort im Bereich Neuropädiatrie und Kinderkardiologie
- fehlende Fachärztinnen/Fachärzte mit Schwerpunkt „spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“
- fehlendes Personal im Bereich Mikrobiologie im Regeldienst sowie mindestens als Rufdienst an Wochenenden/Feiertagen

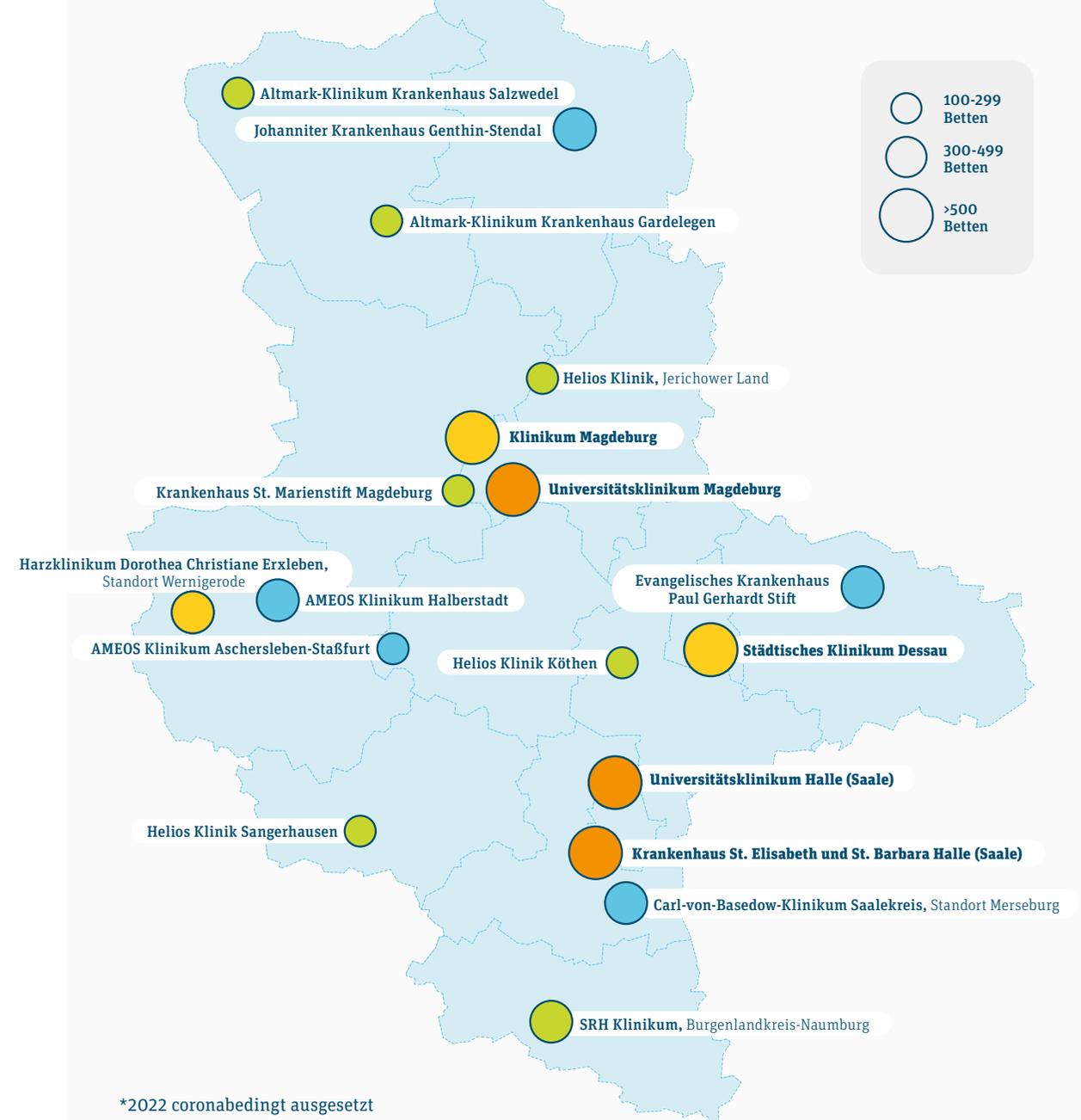


Versorgung von Früh- und Reifgeborenen

Versorgungsstufen bis 2024

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum/Level 1**
 - ▶ Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem 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 einem Gestationsalter von 29 + 0 bis ≤ 31 + 6 SSW
 - ▶ Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten 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/Level 3**
 - ▶ Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm und mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis ≤ 36 + 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
- Level IV: Geburtsklinik/Level 4**
 - Schwangere ab 37 + 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 auf Grundlage der stichprobenartigen Qualitätskontrollen 2021-2024*



Qualitätssicherung in der Kinderonkologie

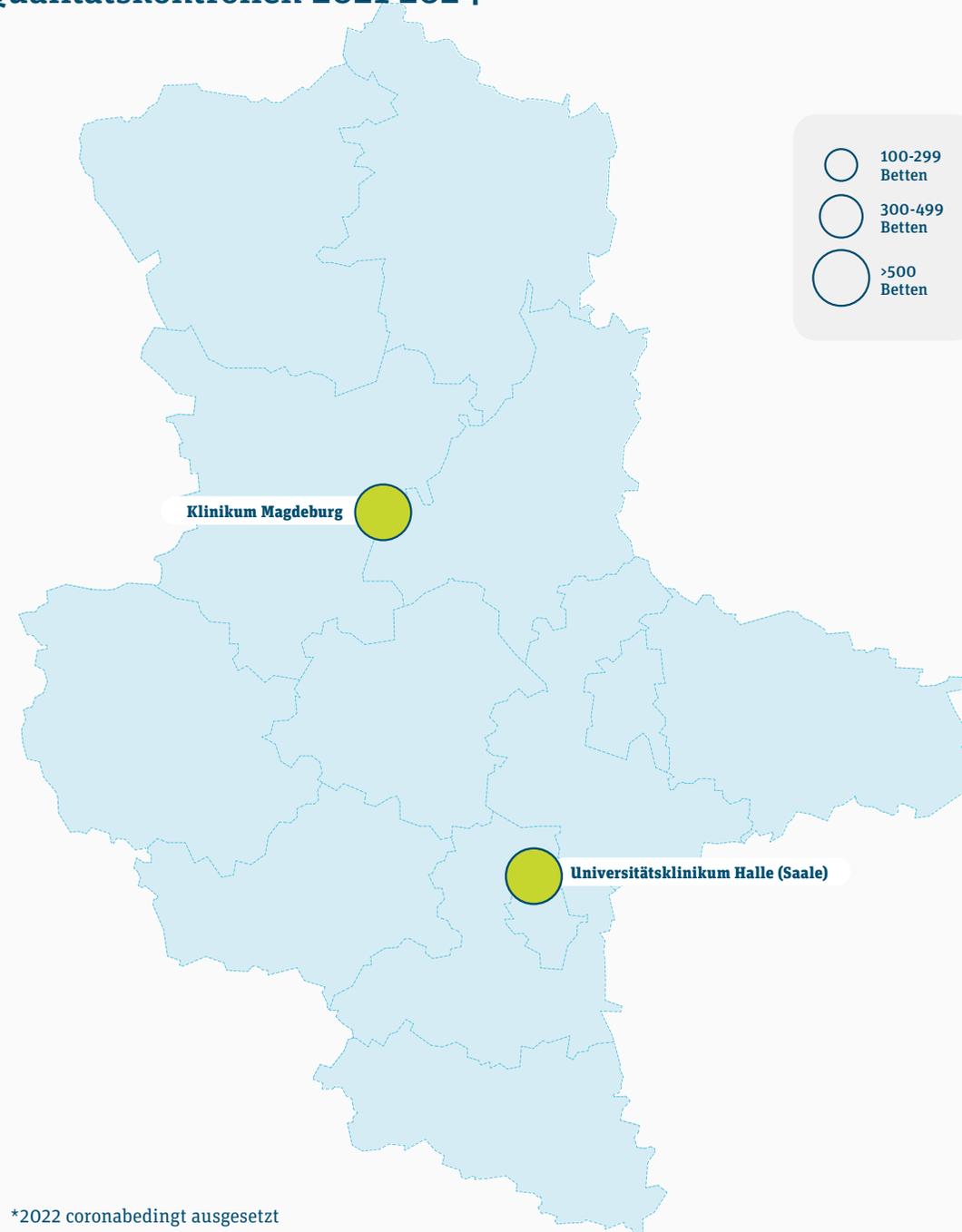
Für junge Patientinnen und Patienten mit Krebs- und Blutkrankheiten stehen Lebensqualität und Überlebenschancen im Mittelpunkt.

Das erfordert die notwendige Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der behandelnden Klinik. Unabhängig von Wohnort oder sozioökonomischer Situation soll eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet sein.

● Qualitätsanforderungen wurden erfüllt ● Qualitätsanforderungen wurden nicht erfüllt

In Sachsen-Anhalt bieten zwei Kliniken eine kideronkologische Versorgung. Einer der beiden Standorte erfüllte bereits im Jahr 2023 die erforderlichen Qualitätsvorgaben. Der zweite Standort konnte im Jahr 2024 das erforderliche Pflegepersonal nachweisen.

Kideronkologische Versorgung auf Grundlage der Qualitätskontrollen 2021-2024*



*2022 coronabedingt ausgesetzt

Qualitätssicherung in der Versorgung von Bauchaortenaneurysmen

5 Qualitätskontrollen an 4 Standorten

... führte der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt im Jahr 2024 durch

Qualitätsdefizite auf einen Blick

- fehlendes Fachpersonal in der Gefäßchirurgie, Pflegepersonal auf Intensivstation und Labormedizin

● Qualitätsanforderungen wurden erfüllt ● Qualitätsanforderungen wurden nicht erfüllt

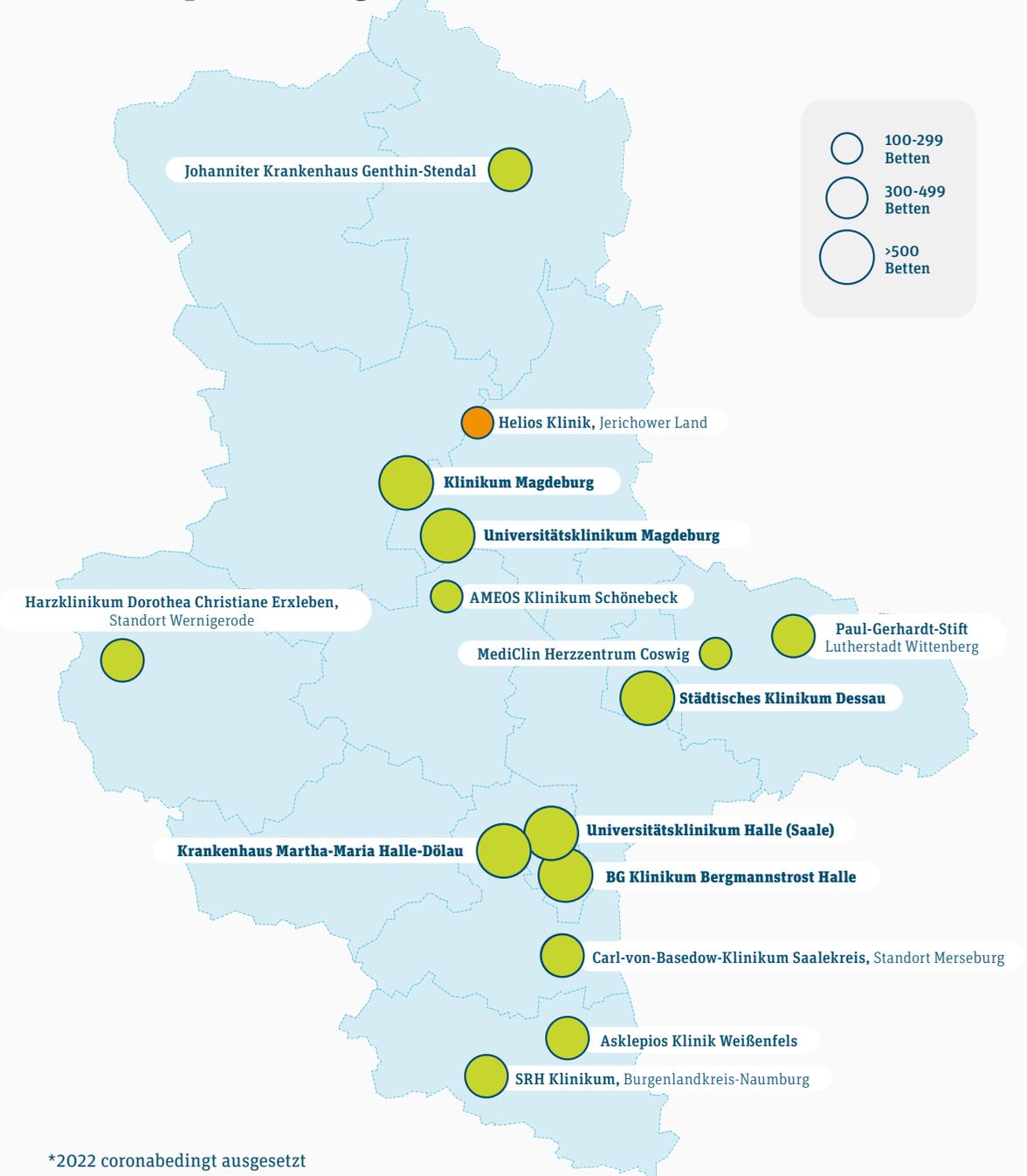
Ein Bauchaortenaneurysma (BAA) ist eine krankhafte Aufweitung der Bauchschlagader, bei deren Aufreißen akute Lebensgefahr besteht.

Für Patientinnen und Patienten ist die notwendige Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für eine qualitativ hochwertige Versorgung unabhängig von Wohnort oder sozioökonomischer Situation überlebenswichtig. Das behandelnde Krankenhaus muss die personellen, fachlichen, organisatorischen und infrastrukturellen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL) erfüllen.

Doch was ist, wenn eine Person mit einem Bauchaortenaneurysma in einem anderen Krankenhaus aufgenommen wird oder das BAA dort während eines Aufenthalts aus anderem Grund festgestellt wird?

Auch für diese Situationen gibt es Vorgaben. Etwa, dass umgehend Kontakt mit der rufbereiten Ärzteschaft einer dafür qualifizierten und möglichst nahegelegenen Einrichtung aufgenommen wird. 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 trotzdem eine Verlegung in die spezialisierte Klinik zur Nachbehandlung erfolgen.

Versorgung von Bauchaortenaneurysmen auf Grundlage der stichprobenartigen Qualitätskontrollen 2021-2024*



Strukturprüfungen 2024

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

Bei diesen Leistungen ist es besonders 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.

Die zugrunde liegenden Anforderungen legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jährlich im Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) fest.

Je nach OPS-Kode gilt die Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst für ein oder zwei Jahre. Da Bescheinigungen erstmalig 2021 ausgestellt wurden und überwiegend für zwei Jahre galten, ergibt sich 2024 eine geringere Anzahl an Prüfungen.

Strukturprüfung zur erstmaligen oder erneuten Erbringung von Leistungen

16

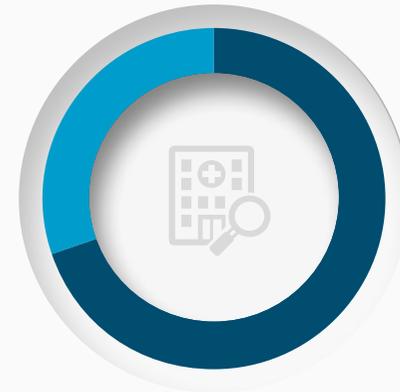
108

Strukturprüfung bei fortlaufender Leistungserbringung

Alle 124 Prüfungen zu 100 % befürwortet.

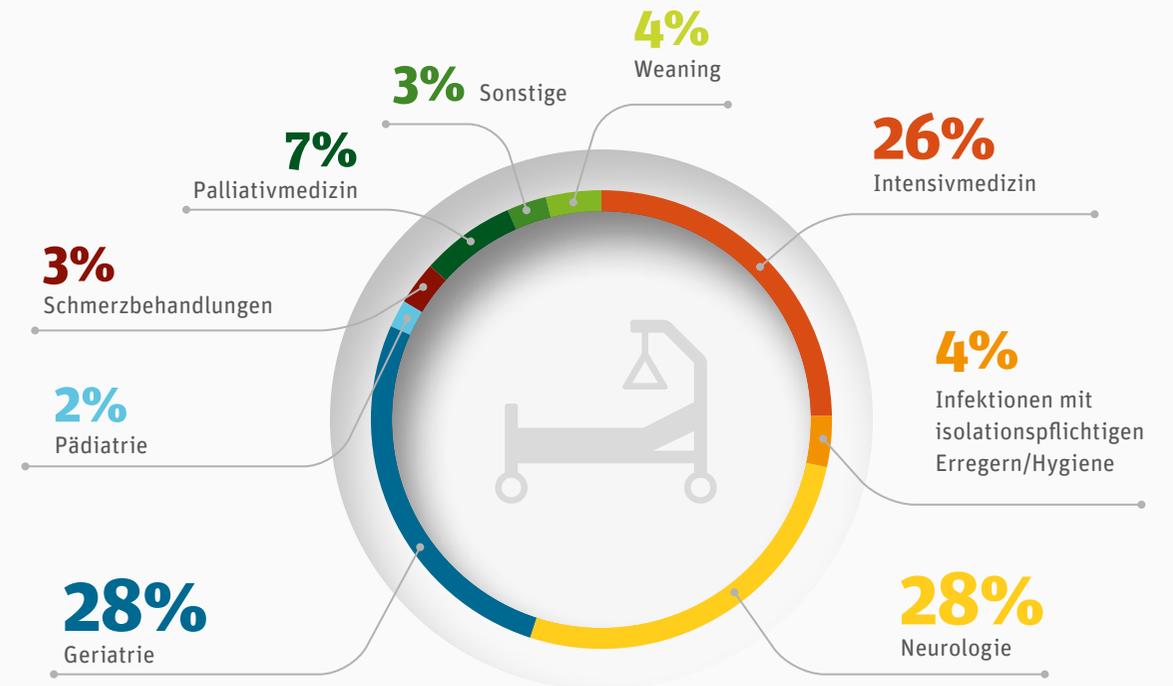


Von den insgesamt 124 Strukturprüfungen waren:



105 Somatik
19 Psychiatrie

Komplexleistungen in der Somatik



Die größten Anteile bildeten Strukturprüfungen in den Bereichen Neurologie (z. B. Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) und Geriatrie.

Geriatrische Versorgung

Geriatric (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.

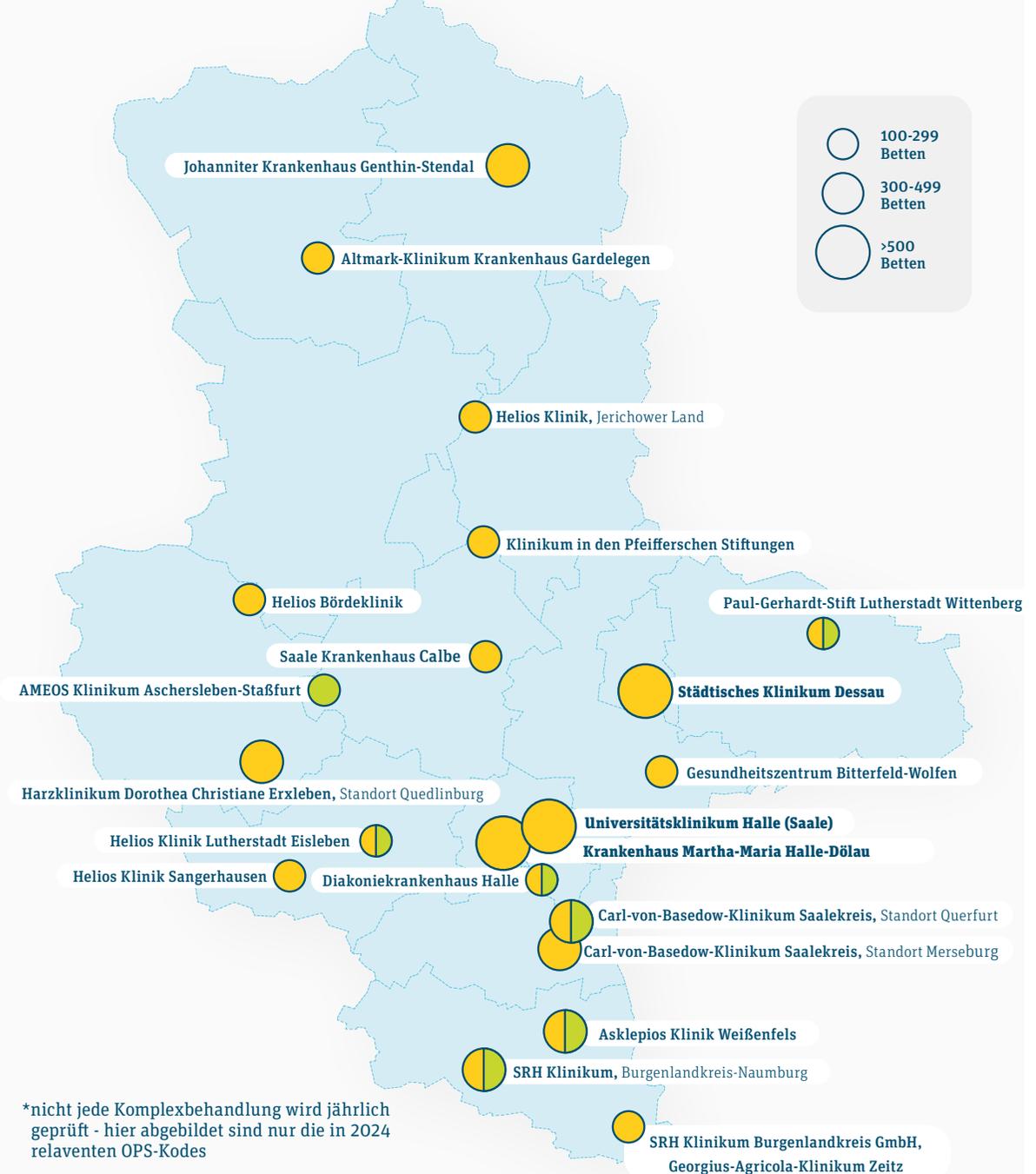
Der geriatrische Patient bzw. die geriatrische Patientin ist entweder über 70 Jahre und leidet unter mehreren alterstypischen Erkrankungen oder ist älter als 80 Jahre mit abnehmender Selbstständigkeit aufgrund von Funktionseinschränkungen und einer Anfälligkeit für Krankheiten. In die Behandlung der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

Relevante OPS-Kodes:

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

 Anträge: **28**  Ergebnisse: **alle befürwortet**

Befürwortete Standorte zur geriatrischen Versorgung auf Grundlage der Prüfungen 2024*



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.

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** Schlaganfallversorgung mit Stroke Unit in Kooperation zu externer neurologischer Fachabteilung (mindestens per Telekonsil) (einjährig)
- **8-981.2** Schlaganfall mit Stroke Unit unter permanenter Anwesenheit eines Neurologen oder Arztes in neurologischer Weiterbildung ohne kontinuierliche Möglichkeit einer Thrombektomie (einjährig)
 - ▶ 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** Schlaganfall mit Stroke Unit unter permanenter Anwesenheit eines Neurologen oder Arztes in neurologischer Weiterbildung mit kontinuierlicher Möglichkeit einer Thrombektomie (einjährig)
 - ▶ 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.



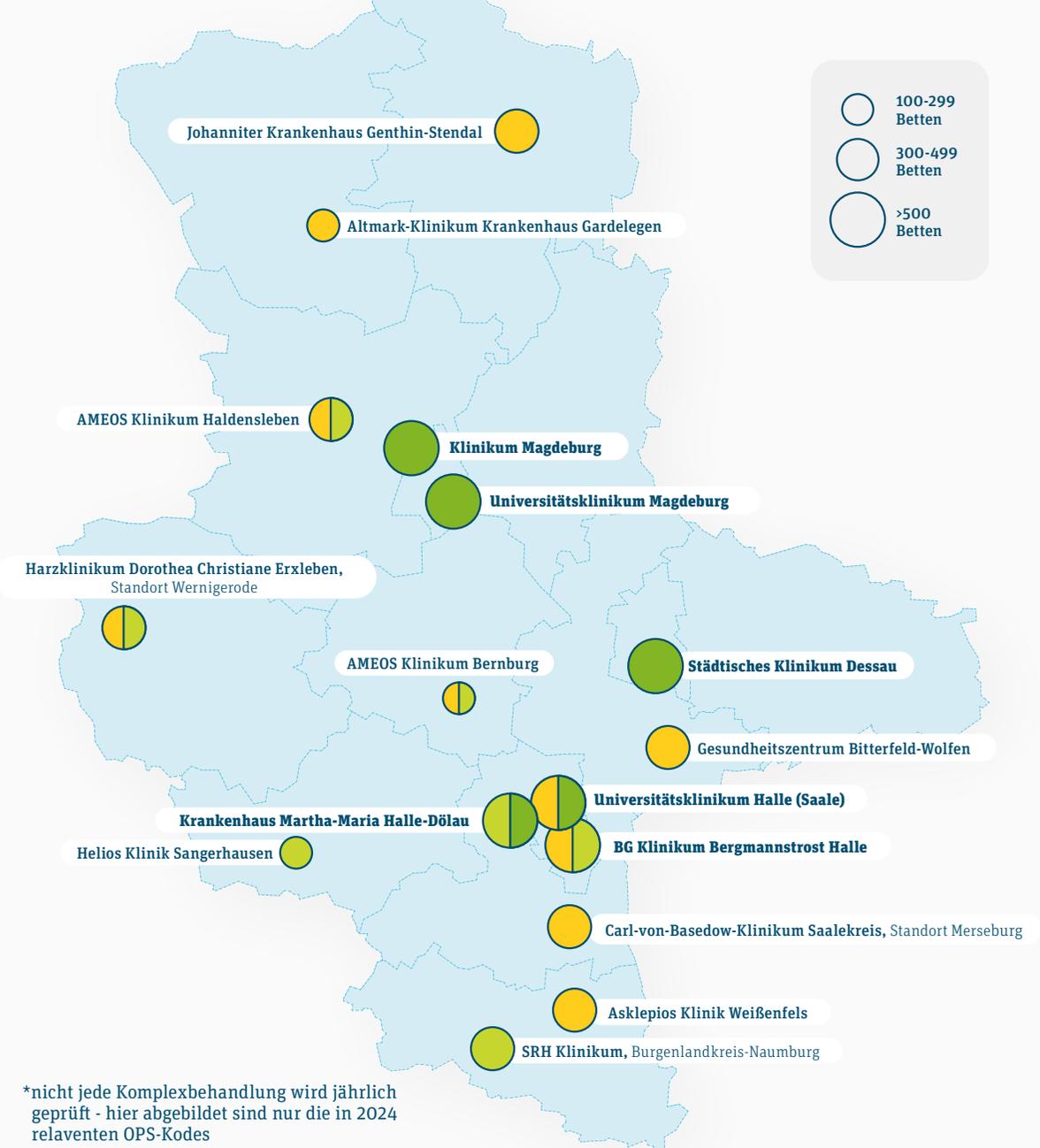
Anträge: 22



Ergebnisse:

alle befürwortet

Befürwortete Standorte zur Versorgung von Schlaganfallpatienten auf Grundlage der Prüfungen 2024*



Intensivmedizinische Versorgung

Relevante OPS-Kodes:

- 8-980** Intensivmedizinische Basisversorgung (zweijährig)
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** Aufwendige Intensivmedizinische Versorgung (einjährig)
Für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlungen nach OPS 8-98f ist z. B. eine wichtige Voraussetzung, 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** Beatmungsentwöhnung/Weaning (einjährig)
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** Intensivmedizinische Versorgung von Kindern (einjährig)
Die intensivmedizinische Versorgung von Kindern wird in Sachsen-Anhalt ausschließlich am Uniklinikum Halle (Saale) angeboten.

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



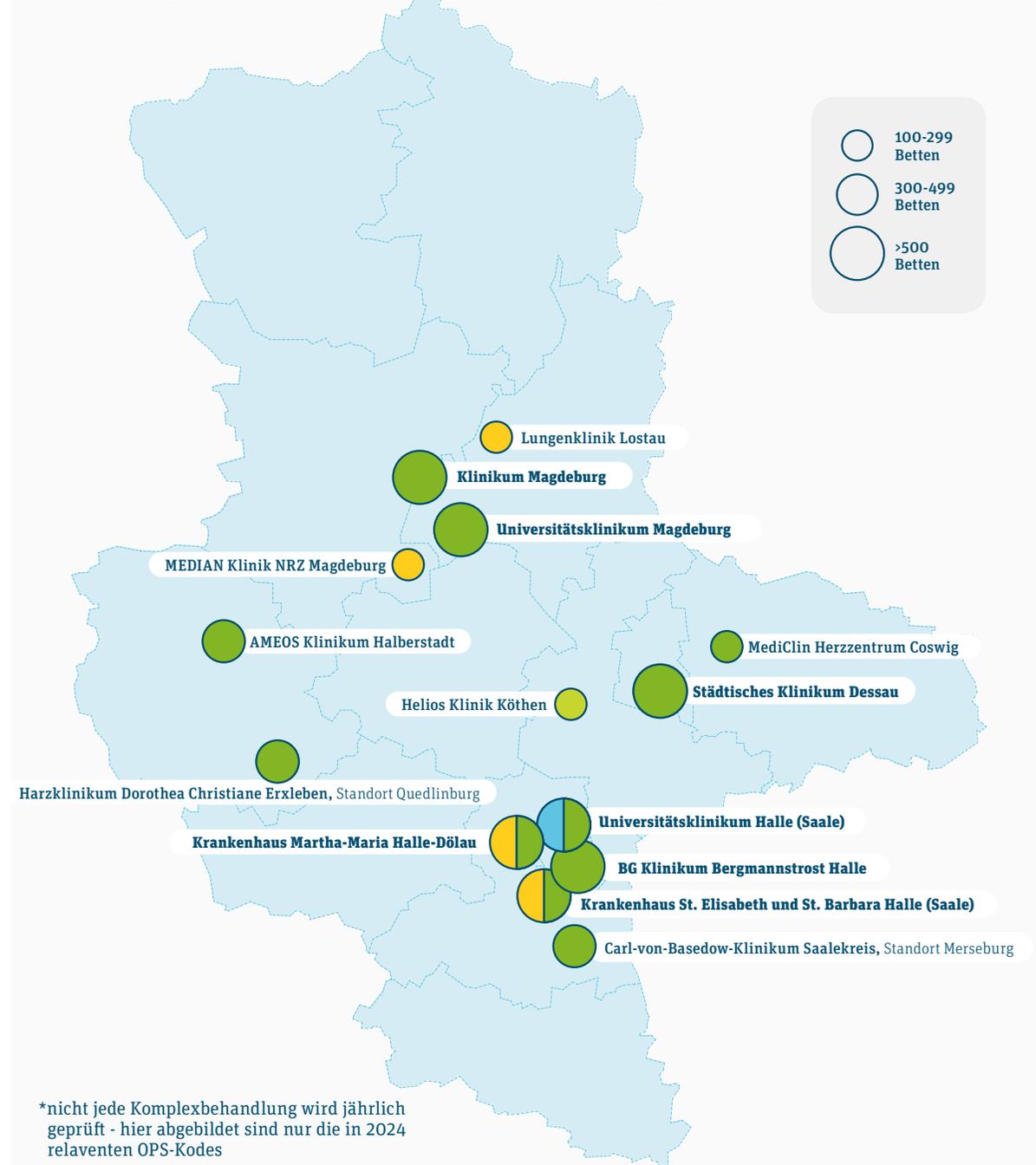
Anträge: **17**



Ergebnisse:

alle befürwortet

Befürwortete Standorte zur intensivmedizinischen Versorgung auf Grundlage der Prüfungen 2024*



Palliative Versorgung

Die medizinische Versorgung am Lebensende steht hier im Mittelpunkt. Diese soll durch ein multiprofessionelles Team erfolgen, das auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiert ist.

Die behandelnde 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:

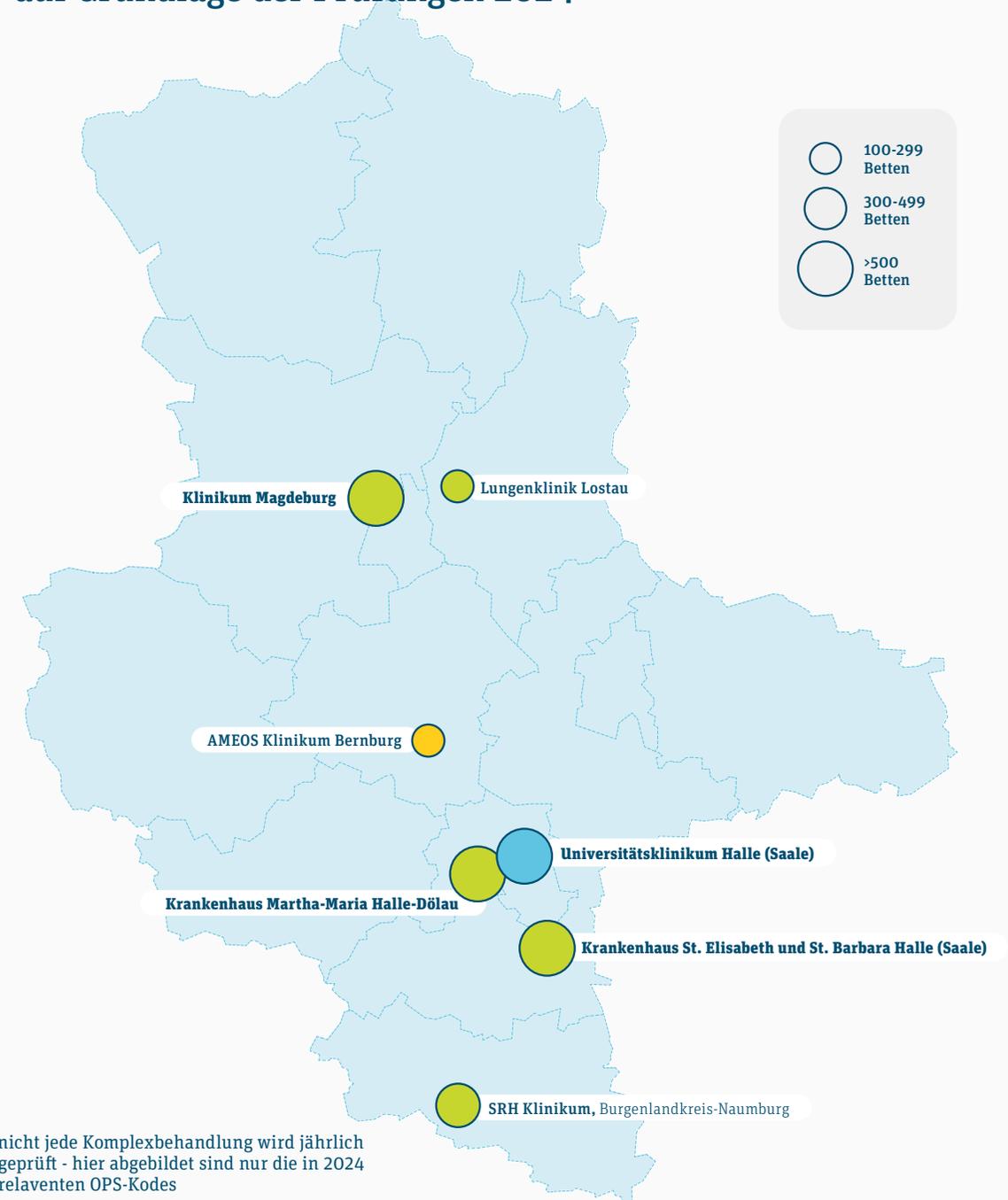
- **8-982** Palliativmedizinische Basisversorgung (zweijährig)
- **8-98e** Palliativmedizinische Spezialversorgung (einjährig)
 - Einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-98e erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale des OPS 8-982
- **8-98h.0** Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung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

Anträge: **7**

Ergebnisse:

alle befürwortet

Befürwortete Standorte zur palliativen Versorgung auf Grundlage der Prüfungen 2024*



Krankenhausreform

Am 17. Oktober 2024 wurde die Krankenhausreform vom Bundestag beschlossen. Am 22. November 2024 billigte der Bundesrat das Gesetz und am 01.01.2025 trat das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Kraft.

Die wichtigsten Inhalte³⁶ auf einen Blick:

Umstellung des Vergütungssystems (Vorhaltefinanzierung)

Kliniken erhalten etwa 60 % der Kosten als Sockelbetrag für das Vorhalten von Leistungen. Das soll den finanziellen Druck reduzieren, mehr Fälle zu erzeugen.

Leistungsgruppen mit bundesweit einheitlichen Qualitätskriterien

65 Leistungsgruppen (LG) mit Qualitätskriterien als Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität werden Kliniken, die jeweils über das dafür notwendige Personal, eine adäquate apparative Ausstattung sowie erforderliche Fachdisziplinen zur Vor-, Mit- und Nachbehandlung verfügen, bis Ende 2026 zugewiesen. Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist unter bestimmten Voraussetzungen auch im Rahmen von Kooperationen und Verbänden zulässig.

Bundesländer behalten Planungshoheit

Als Verantwortliche für die Krankenhausplanung weisen diese den Kliniken die Leistungsgruppen zu und können sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen („Level 1i-Krankenhäuser“) bestimmen (stationär, ambulant, Pflege).

wohnortnahe Grundversorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level 1i-Krankenhäuser) und Sicherstellungskrankenhäuser

Diese sollen in Gebieten, in denen Facharztsitze unbesetzt sind, fachärztliche Leistungen anbieten können. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zudem dort, wo Hausärztinnen und Hausärzte fehlen, auch allgemeinmedizinische Behandlungen anbieten. Die Klinik wird dafür innerhalb des KV-Systems wie eine Praxis bezahlt. Zusätzlich zu den im ländlichen Raum bedarfsnotwendigen Krankenhäusern (die einen Zuschlag erhalten) ermöglichen Level 1i-Krankenhäuser wohnortnahe stationäre Krankenhausbehandlungen mit ambulanten und pflegerischen Leistungen durch eine Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen.

Kinder und Jugendliche mit schweren Erkrankungen

Ohne vorherige Überweisung sollen Kinder und Jugendliche mit schweren Erkrankungen in Kinderkliniken und pädiatrischen Abteilungen ambulant versorgt werden können.

stationäre Behandlung von Kindern

Krankenhäuser erhalten die volle Fallpauschale, auch wenn der Aufenthalt im Krankenhaus kürzer ausfällt als eingangs diagnostiziert. Pädiatrische Einrichtungen erhalten jährlich Zuschläge von 300 Mio. EUR.

zusätzliche Finanzmittel

Für Stroke Unit, Traumatologie, Pädiatrie, Geburtshilfe, Intensivmedizin, Koordinierungsaufgaben, Unikliniken und Notfallversorgung werden zusätzliche Mittel gewährt.

Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung

Ausnahmeregelungen für bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Räumen sind unbefristet möglich. Diese sogenannten Sicherstellungshäuser sind dennoch zur Qualitätssteigerung verpflichtet. Die bereits bestehenden Zuschläge für diese Krankenhäuser werden zudem erhöht.

schnelle Erreichbarkeit bleibt gesichert

Ausnahmen von der Erfüllung der Qualitätskriterien können gewährt werden, wenn ein Krankenhaus nicht innerhalb einer gesetzlich festgelegten Entfernung zu erreichen ist.

Transformationsfonds

Der Transformationsfonds stellt mit insgesamt bis zu 50 Mrd. Euro die notwendigen finanziellen Mittel über 10 Jahre bereit, um die strukturellen Veränderungen zu ermöglichen.

ärztliche Personalbemessung

In Abstimmung mit Bundesärztekammer und BMG soll ein Personalbemessungsinstrument wissenschaftlich erprobt werden. Dieses soll helfen, die Attraktivität des Krankenhauses als Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte zu steigern und die Behandlungsqualität zu fördern. Zur Ermittlung der Notwendigkeit eines Personalbemessungsinstruments für weitere Berufsgruppen (etwa Hebammen oder Physiotherapeuten) soll eine Kommission eingesetzt werden.

Maßnahmen zur Entbürokratisierung

Um den Verwaltungsaufwand der Krankenhäuser zu verringern, werden Prüfverfahren harmonisiert und vereinfacht. Die Prüfintervalle für Strukturprüfungen werden auf drei Jahre verlängert. Bei anlassbezogenen Einzelfallprüfungen wird der bürokratische Aufwand reduziert. Pflegeentlastende Maßnahmen werden pauschal anerkannt.

Die Krankenhausreform steht in Verbindung zum Krankenhaustransparenzgesetz, dessen zentrales Instrument der Bundes-Klinik-Atlas ist. Dieser soll mehr Transparenz für Patientinnen und Patienten schaffen.

Die neue Regierung aus CDU/CSU und SPD hat im Koalitionsvertrag an der Krankenhausreform **kurzfristige Korrekturen**³⁷ bis zum Sommer 2025 vorgesehen. Insbesondere soll auf die Kritikpunkte der Bundesländer eingegangen werden. Ausnahmen und erweiterte Kooperationsmöglichkeiten sollen ferner die Grundversorgung (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe) und die Notfallversorgung sicherstellen.

Neuer Zeitplan

- Zuweisung der Leistungsgruppen zum 1. Januar 2027 auf Basis der 60 Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen (zuzüglich der speziellen Traumatologie): Entsprechende Zwischenfristen werden angepasst.
- Verlängerung der Konvergenzphase von zwei auf drei Jahre:
- Das Jahr 2027 soll für alle Krankenhäuser erlösneutral ausgestaltet werden. Anschließend soll die Vorhaltevergütung in zwei Schritten eingeführt werden. In den Bundesländern, die bis zum 31.12.2024 die Leistungsgruppen zugewiesen haben, sollen diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung ab 2026 genutzt werden. Diese Übergangsregelung gilt längstens bis zum 31.12.2030.

Finanzielle Mittel

- „Sofort-Transformationskosten“ für finanzielle Lücke aus den Jahren 2022 und 2023, die sich aufgrund des starken (inflationsbedingten) Betriebskostenanstiegs ergeben hat. Diese sollen aus dem 500 Mrd. Euro umfassenden Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität kommen.
- Kurzfristige Soforthilfe für versorgungsnotwendige Krankenhäuser als Überbrückungsregelung bis zum Inkrafttreten der Krankenhausreform.

Überarbeitung der Definition der Fachkrankenhäuser

- Eine neue Begriffsdefinition soll zum Erhalt bestehender und für die Versorgung relevanter Fachkliniken beitragen.

Belegärztliche Versorgung

- Die Möglichkeit, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten als Belegärzte stationär in einem Krankenhaus behandeln können, soll erhalten bleiben und weiterentwickelt werden.

Weitere Vorhaben

- Investitionen in die energetische Sanierung und Digitalisierung der Krankenhäuser, einschließlich der Hochschulkliniken.
- Gesetzliche Regelungen für den Gesundheitssektor (und Rettungsdienst) im Zivilschutz- sowie Verteidigungs- und Bündnisfall.
- Einführung einer geeigneten Personalbemessung im Krankenhaus.

- Facharztzugang für ambulante Patienten, wenn die geplante Facharzt-Termingarantie im niedergelassenen Bereich nicht eingehalten wird.
- Absenkung der Prüfquote im Rahmen des Bürokratieabbaus (das Ergebnis von Stichprobenprüfungen soll auf alle Fälle hochgerechnet werden bzw. bei unauffälligen Prüfungen die Prüffrequenzen gesenkt werden).
- Weiterentwicklung und Umsetzung der sektorenenabhängigen Fallpauschalen (Hybrid-DRGs).
- Gesetze zur Reform des Notfall- und Rettungsdienstes.



Auswirkungen der Krankenhausreform auf den Medizinischen Dienst

- Der Medizinische Dienst überprüft die Einhaltung der Qualitätsvoraussetzungen der Leistungsgruppen: als schriftliche Prüfung, Vor-Ort-Prüfung oder in einem kombinierten Verfahren. Genutzt werden auch Erkenntnisse und Nachweise aus Prüfungen, die vor Inkrafttreten des Gesetzes durchgeführt wurden.
- Nach zweimaliger Erfüllung der Qualitätskriterien gilt MD-Gutachten als Erfüllungsnachweis für 3 Jahre.
- Leistungsgruppenprüfungen erfolgen verzahnt/abgestimmt mit den Struktur- und Qualitätsprüfungen.
- Krankenhäusern wird die elektronische Datenübermittlung an die Medizinischen Dienste über geschützte digitale Informationsportale ermöglicht.
- Beratende Beteiligung des MD Bund an den Sitzungen des Leistungsausschusses.
- Der MD Bund erlässt eine gemeinsame Richtlinie zu den Leistungsgruppen- und OPS-Strukturprüfungen. Diese wurde am 13.05.2025 vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) erstmalig genehmigt.
- Verlängerte Prüfintervalle der OPS-Strukturprüfungen auf i. d. R. 3 Jahre.
- Beim Medizinischen Dienst Bund wird eine Datenbank u. a. zum Abruf der Ergebnisse der Prüfungen eingerichtet.
- Krankenhausabrechnungsprüfungen im bisherigen Prüfquotenverfahren (Aufschlag auf beanstandete Rechnungen für Krankenhäuser mit über 40 Prozent beanstandeter Rechnungen pro Quartal auf pauschal 400 Euro festgesetzt) oder Stichprobenprüfungen.
- Unterstützung beim Aufbau eines nationalen Meldesystems zur anonymen Erfassung von Never Events und schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen von einrichtungsübergreifender Bedeutung (langjährige Forderung des Medizinischen Dienstes Bund).

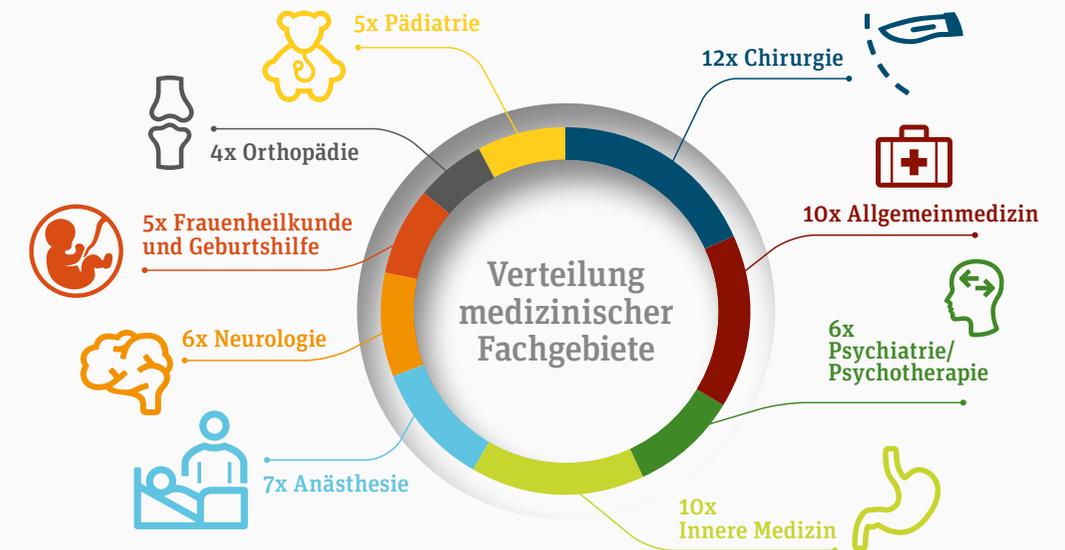
Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt 2024

Mit insgesamt **227.062** sozialmedizinischen und pflegfachlichen Empfehlungen haben **428*** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt 2024 die Versorgung im Land unterstützt. Darunter **110.500** Erledigungen im medizinischen Bereich.

* Das entspricht 392,37 Vollzeitstellen. Stand 31.12.2023



Die **77 Ärztinnen und Ärzten** im Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt vereinen eine breite Fachkompetenz. Folgende medizinische Fachgebiete sind beispielsweise vertreten:



Insgesamt sind 20 Facharztqualifikationen und 16 Teilgebietsbezeichnungen im Geschäftsbereich Medizin vertreten. Unter den Zusatzbezeichnungen sind z. B.: 40x Sozialmedizin und 3x ärztliches Qualitätsmanagement

Quellenverzeichnis

- 1 Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag zitiert nach Dr. Augurzky, Boris et al., Notfallversorgung in Deutschland: Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2018, RWI Projektberichte, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, S. 12, und Brammen, Dominik et al., Evaluation der Notfallversorgung – Welche Daten werden gebraucht?, in: Qualitätsmonitor 2020, S. 171, in Überblick über die Notfallversorgung in Deutschland Institutionen, Organisation und Finanzierung, S. 4., abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/905300/2b2994a87f7a2b0d5e243c833ce40f55/WD-9-042-22-pdf.pdf>, abgerufen am 29.04.2025
- 2 Vgl. drk.de, Rettungsdienst, Deutsches Rotes Kreuz, abrufbar unter: [https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/bevoelkerungsschutz/rettungsdienst/#:~:text=DRK%2DRettungsdienst%20in%20Deutschland,Mit%20ca.](https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/bevoelkerungsschutz/rettungsdienst/#:~:text=DRK%2DRettungsdienst%20in%20Deutschland,Mit%20ca.,), abgerufen am 29.04.2025
- 3 bundestag.de, Überblick über die Notfallversorgung in Deutschland, Untertitel: Institutionen, Organisation und Finanzierung, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/905300/2b2994a87f7a2b0d5e243c833ce40f55/WD-9-042-22-pdf.pdf>, abgerufen am: 29.04.2025
- 4 Vgl. thieme-connect.de, 3 Notfallmedizinische Begriffsdefinitionen, Scholz, Jens et al.: 2013, Notfallmedizin, DOI: 10.1055/b-0033-2551, Teil II Allgemeine Notfallmedizin, abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ebooks/lookinside/10.1055/b-0033-2551#>, abgerufen am 29.04.2025
- 5 Vgl. divi.de, PM: Veröffentlichung im Ärzteblatt: Studie liefert überraschende Ergebnisse über Patienteneinweisungen und Ressourcen in Zentralen Notaufnahmen, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin* (DIVI), Pressemeldung vom 22.09.2022, abrufbar unter: [https://www.divi.de/pressemeldungen/pm-veroeffentlichung-im-aerzteblatt-studie-liefert-ueberraschende-ergebnisse-ueber-patienteneinweisungen-und-ressourcen-in-zentralen-notaufnahmen#:~:text=Die%20Zentralen%20Notaufnahmen%20\(ZNA\)%20in.verbreitete%20Meinung%20ist%20ineindeutig%20falsch!](https://www.divi.de/pressemeldungen/pm-veroeffentlichung-im-aerzteblatt-studie-liefert-ueberraschende-ergebnisse-ueber-patienteneinweisungen-und-ressourcen-in-zentralen-notaufnahmen#:~:text=Die%20Zentralen%20Notaufnahmen%20(ZNA)%20in.verbreitete%20Meinung%20ist%20ineindeutig%20falsch!), abgerufen am 29.04.2025
- 6 Vgl. Tagesschau.de vom 07.04.2025, abrufbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/notfallversorgung-reform-koalitionsverhandlungen-102.html>, abgerufen am 30.04.2025
- 7 Vgl. POLAVIS Magazin Ausgabe 12/2019, Aktuelle Herausforderungen der Notfallmedizinischen Versorgung, abrufbar unter: https://www.polavis.de/wp-content/uploads/2020/01/POLAVIS-Magazin_Aktuelle-Herausforderungen-der-Notfallmedizinischen-Versorgung.pdf, abgerufen am 30.04.2025
- 8 Statistische Bundesamt, Pressemitteilung Nr. N061 vom 9. Dezember 2024, Wiesbaden, abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_N061_23.html, abgerufen am 29.04.2025
- 9 GKV-Spitzenverband, PRESSEMITTEILUNG: Ohne Not in die Notaufnahme - Mehr als jeder Zweite könnte ambulant in einer Praxis behandelt werden, BERLIN, 16.12.2024, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1948811.jsp, abgerufen am 29.04.2025
- 10 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, abrufbar unter: <https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/januar-2025>, abgerufen am 29.04.2025
- 11 tagesschau.de, Experten fordern Reform, Notfall Rettung, veröffentlicht am 07.04.2025, abrufbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/notfallversorgung-reform-koalitionsverhandlungen-102.html>, abgerufen am 30.04.2025
- 12 aerzteblatt.de, Politik: Schreyögg: Frühzeitig Reformen angehen, die eine hohe Entlastung versprechen, Deutsches Ärzteblatt vom 4. April 2025, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/schreyogg-fruehzeitig-reformen-angehen-die-eine-hohe-entlastung-versprechen-eb72f307-abb4-4b0e-91ba-afb785c8a641>, abgerufen am 05.05.2025
- 13 Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, GE Notfallreform_ID.docx, BMG, Stand: 12.07.2024, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinettd.pdf, abgerufen am 30.04.2025
- 14 dserver.bundestag.de, Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, B. Lösung, Deutscher Bundestag 20. Wahlperiode, Drucksache 20/13166, 02.10.2024, abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/131/2013166.pdf>, abgerufen am 30.04.2025
- 15 Vgl. quintessence-publishing.com, Kritik von allen Seiten an geplanter Notfallreform, 11. Juni 2024, abrufbar unter: <https://www.quintessence-publishing.com/deu/de/news/nachrichten/politik/kritik-von-alen-seiten-an-geplanter-notfallreform;aok.de>, Experten: Notfallreform ist notwendig – Kritik an INZ-Modell, AOK-Bundesverband, 06.11.2024, abrufbar unter: <https://www.aok.de/pp/gg/update/experten-halten-notfallreform-fuer-notwendig-kritik-an-inz-modell/>; alle abgerufen am 30.04.2025
- 16 20 Vgl. divi.de, Zeit zum Handeln: Fachgesellschaften fordern umgehende Notfallreform und Verbesserung der Krisenversorgung, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), 28. Februar 2025, abrufbar unter: <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen/zeit-zum-handeln-fachgesellschaften-fordern-umgehende-notfallreform-und-verbesserung-der-krisenversorgung>, abgerufen am 30.04.2025
- 17 Vgl. bundestag.de, Gesundheit — Antwort — hib 312/2024, Gesundheitswesen im Katastrophenfall, Deutscher Bundestag, 14.05.2024, abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1002672>, abgerufen am 02.05.2025
- 18 Vgl. mi.sachsen-anhalt.de, Rettungswesen, Ministerium für Inneres und Sport © 2025 Landesportal Sachsen-Anhalt, abrufbar unter: <https://mi.sachsen-anhalt.de/themen/brand-und-katastrophenschutz/rettungswesen>, abgerufen am 28.04.2025
- 19 vdek.com, Notfallversorgung im Fokus: Wie der Rettungsdienst in Sachsen-Anhalt organisiert ist, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Stand: 05.03.2025, abrufbar unter: <https://www.vdek.com/LVen/SAH/fokus/rettungsdienst-sachsen-anhalt.html>, abgerufen am 30.04.2025
- 20 vdek.com, Die neueste Ausgabe der vdek-Landesvertretung ist erschienen Basis-daten zum Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt 2024/ 25, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), abrufbar unter: <https://www.vdek.com/LVen/SAH/Presse/Pressemitteilungen/2024/basisdaten-sachsen-anhalt-2024-2025.html#:~:text=Die%20derzeitige%20Struktur%20mit%2013,in%20Sachsen%2DAnhalt%20ist%20ineffizient,> abgerufen am 02.05.2025
- 21 kvsa.de, Rettungsdienst, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, abrufbar unter: <https://www.kvsa.de/praxis/rettungsdienst.html>, vdek.com, Notfallversorgung im Fokus: Wie der Rettungsdienst in Sachsen-Anhalt organisiert ist, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Stand: 05.03.2025, abrufbar unter: <https://www.vdek.com/LVen/SAH/fokus/rettungsdienst-sachsen-anhalt.html>, abgerufen am 02.05.2025
- 22 aerzteblatt.de, Politik: Rettungsdienst in Sachsen-Anhalt unter der Lupe, Deutsches Ärzteblatt, 23. September 2024, abrufbar unter: Montag, 23. September 2024, abgerufen am 30.04.2025
- 23 Vgl. mz.de, Transport wie auf Wolken Transport wie auf Wolken: Das kann der neue Baby-Notarztwagen in Halle, Mitteldeutsche Zeitung vom 20.03.2019, abrufbar unter: <https://www.mz.de/lokal/halle-saale/transport-wie-auf-wolken-das-kann-der-neue-baby-notarztwagen-in-halle-1537028>, asb-halle-bitterfeld.

- de, Baby-Notarztwagen „Felix 20“ fährt jetzt in Halle (Saale), ASB-Regionalverband Halle/Bitterfeld e.V. nach Pressemitteilung der Björn-Steiger-Stiftung vom 19. März 2019, abrufbar unter: <https://www.asb-halle-bitterfeld.de/asb-halle-bitterfeld/news/baby-notarztwagen-beides-abgerufen-am-14.05.2025>
- 24 Vgl. volksstimme.de, Sachsen-Anhalt: Jeder fünfte Rettungswagen kommt im Land zu spät an, in Magdeburg sogar jeder dritte, Volksstimme, 02.05.2025, abrufbar unter: <https://www.volksstimme.de/sachsen-anhalt/jeder-funfte-rettungswagen-kommt-im-land-zu-spat-an-in-magdeburg-sogar-jeder-dritte-4042392>; aerzteblatt.de, Politik: Rettungswagen in Sachsen-Anhalt oft spät am Einsatzort, Deutsches Ärzteblatt, 30. April 2024, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/rettungswagen-in-sachsen-anhalt-oft-spaet-am-einsatzort-aea2ceb7-201a-40d1-b533-b6cf2b82d402>; mz.de, Nicht pünktlich am Einsatzort: In zwölf Minuten vor Ort? Rettungswagen in Sachsen-Anhalt kommen regelmäßig zu spät, Mitteldeutsche Zeitung, 18.05.2022, abrufbar unter: <https://www.mz.de/mitteldeutschland/sachsen-anhalt/in-zwoelf-minuten-vor-ort-rettungswagen-in-sachsen-anhalt-kommen-regelmaessig-zu-spaet-3380054>; mdr.de, Dauer zum Einsatzort: Rettungsdienst zu langsam: Ministerien uneinig über Zuständigkeiten, Mitteldeutscher Rundfunk Sachsen-Anhalt, 10. Mai 2023, abrufbar unter: <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/rettungsdienst-einsatz-frist-langsam-reaktionen102.html>; alle abgerufen am 02.05.2025
 - 25 mz.de, Personalmangel im Rettungsdienst, Rettungsdienst in Sachsen-Anhalt steht unter Druck, Mitteldeutsche Zeitung, 10.12.2024, abrufbar unter: <https://www.mz.de/lokal/halle-saale/rettungsdienst-in-sachsen-anhalt-steht-unter-druck-3963714>, abgerufen am 02.05.2025
 - 26 Vgl. vdek.com, Moderner Rettungsdienst: Forderungen der Ersatzkassen, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Stand: 05.03.2025, abrufbar unter: <https://www.vdek.com/LVen/SAH/fokus/rettungsdienst-sachsen-anhalt/rettungsdienst-sachsen-anhalt-forderungen-ersatzkassen.html>, abgerufen am 02.05.2025
 - 27 Vgl. hallanzeiger.de, „Zum Scheitern verurteilte Wunschvorstellungen“ – KVSA-Vorstand zum Entwurf der Notfallreform, H@llAnzeiger, 11.06.2024, abrufbar unter: https://www.hallanzeiger.de/aktuelle_nachrichten_land_sachsen_anhalt/11-06-2024-kvsa-vorstand-zum-entwurf-der-notfallreform-zum-scheitern-verurteilte-wunschvorstellungen, abgerufen am 02.05.2025
 - 28 Vgl. ivena.de, Interdisziplinärer Versorgungsnachweis, IVENA eHealth ist ein Produkt der mainis IT-Service GmbH, abrufbar unter: <https://www.ivena.de/page.php?k1=main&k2=index>, abgerufen am 02.05.2025
 - 29 Vgl. magdeburg.de, Interdisziplinärer Versorgungs-Nachweis, IVENA eHealth, Multiplikatoren-schulung der Rettungsdienstmitarbeiter*innen, 16.06.2020, Feuerwehr Magdeburg, Stadt Magdeburg, abrufbar unter: https://www.magdeburg.de/PDF/IVENA_Schulung.PDF?ObjSrvID=37&ObjLa=1&Ext=PDF&WTR=1&ts=1665732047, abgerufen am 02.05.2025
 - 30 Vgl. mi.sachsen-anhalt.de, Ministerium für Inneres und Sport: Rettungswesen, Gemeindefallsanitäter wird im Landkreis Wittenberg erprobt, Pressemitteilung vom 07.02.2023, Magdeburg – 010/2023, abrufbar unter: https://mi.sachsen-anhalt.de/das-ministerium/presse/details?tx_tsarssincludsingle%5Buid%5D=354860&Hash=084ae8cc4a99a8bce6b4cdc2749a914, abgerufen am 02.05.2025
 - 31 Vgl. mi.sachsen-anhalt.de, Ministerium für Inneres und Sport: Rettungsdienst Telenotarzt - Innovatives Projekt zur Verbesserung der Patientenversorgung, Pressemitteilung: 116/2024 Magdeburg, den 01.10.2024, abrufbar unter: https://mi.sachsen-anhalt.de/fileadmin/tsa_rssincludeministerium-fur-inneres-und-sport_01_10_2024_pressemitteilung_telenotarzt-innovatives-projekt-zur-verbesserung-der-patientenversorgung.pdf, abgerufen am 02.05.2025
 - 32 Vgl. ms.sachsen-anhalt.de, Gutachten zur Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, abrufbar unter: <https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheitswesen/medizinische-versorgung/krankenhausplanung/krankenhausgutachten>, abgerufen am 02.05.2025
 - 33 Vgl. mdr.de, Notfallversorgung, Rettungsdienst auf dem Prüfstand, Mitteldeutscher Rundfunk, 23. September 2024, abrufbar unter: <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/notarzt-rettungsdienst-pruefung-100.html>, abgerufen am 02.05.2025
 - 34 Vgl. volksstimme.de, Jeder fünfte Rettungswagen kommt im Land zu spät an, in Magdeburg sogar jeder dritte, Volksstimme, 02.05.2025, abrufbar unter: <https://www.volksstimme.de/sachsen-anhalt/jeder-funfte-rettungswagen-kommt-im-land-zu-spat-an-in-magdeburg-sogar-jeder-dritte-4042392>, abgerufen am 03.05.2025
 - 35 Vgl. kma-online.de, Notfallversorgung, Hat Sachsen-Anhalt zu wenig Rettungshubschrauber?, Thieme Group nach dpa, 08.07.2024, abrufbar unter: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/sachsen-anhalt-prueft-luftrettungskonzept-52247>, angerufen am 02.05.2025
 - 36 Vgl. aerzteblatt.de, Politik, Rettungsdienst in Sachsen-Anhalt unter der Lupe, Deutsches Ärzteblatt, 23.09.2024, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/rettungsdienst-in-sachsen-anhalt-unter-der-lupe-8731571e-c91d-48ef-bc7f-598aaf35b8fc>, abgerufen am 02.05.2025
 - 37 Vgl. adac.de, ADAC Luftrettung fliegt 908 Einsätze in Sachsen-Anhalt, Bilanz 2024, ADAC e.V., Niedersachsen/ Sachsen-Anhalt, 18.02.2025, abrufbar unter: <https://presse.adac.de/regionalclubs/niedersachsen-sachsen-anhalt/adac-luftrettungsbilanz-2024-sachsen-anhalt.html>, abgerufen am 02.05.2025
 - 38 Vgl. sueddeutsche.de, Notfälle, DRF Luftrettung fliegt weniger Einsätze in Sachsen-Anhalt, Süddeutsche Zeitung nach dpa, 10.02.2025, abrufbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/panorama/notfaelle-drf-luftrettung-fliegt-weniger-einsaetze-in-sachsen-anhalt-dpa-urn-newsml-dpa-com-20090101-250210-930-370826>, abgerufen am 02.05.2025
 - 39 Vgl. volksstimme.de, Notfallversorgung, Rettungsdienst: Krankenkassen in Sachsen-Anhalt pochen auf Streichung von Leitstellen, Volksstimme, 29.07.2024, abrufbar unter: <https://www.volksstimme.de/sachsen-anhalt/rettungsdienst-krankenkassen-in-sachsen-anhalt-pochen-auf-streichung-von-leitstellen-3889934>, abgerufen am 02.05.2025
 - 40 Vgl. mdr.de, Interview, Rettungsdienst in Sachsen-Anhalt „muss besser werden“, Mitteldeutscher Rundfunk, 03.03.2025, abrufbar unter: <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/interview-rettungsdienst-reform-102.html>, abgerufen am 02.05.2025
 - 41 Vgl. ms.sachsen-anhalt.de, Gesundheitskabinett beschließt umfangreichen Maßnahmenkatalog gegen Ärztemangel und Fahrplan für Krankenhausplanung, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Pressemitteilung vom 21.01.2025, abrufbar unter: <https://ms.sachsen-anhalt.de/aktuelles/news-detail/gesundheitskabinett-beschliesst-umfangreichen-massnahmenkatalog-gegen-aerztemangel-und-fahrplan-fuer-krankenhausplanung>, abgerufen am 02.05.2025
 - 42 Vgl. ebenda, Gemeinsam gegen den Fachkräftemangel: Fachkräftesicherungspakt beschließt Vereinbarung zu einer gemeinsamen Fachkräftestrategie, Pressemitteilung vom 12.05.2025, abrufbar unter: <https://ms.sachsen-anhalt.de/aktuelles/news-detail/gemeinsam-gegen-den-fachkraeftemangel-fachkraeftesicherungspakt-beschliesst-vereinbarung-zu-einer-gemeinsamen-fachkraeftestrategie>, abgerufen am 12.05.2025
 - 43 Vgl. g-ba.de, Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, Gemeinsamer Bundesausschuss, abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/>, abgerufen am 02.05.2025
 - 44 Vgl. bundesgesundheitsministerium.de, Krankenhausreform passiert den Bundesrat, Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 22. November 2024, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/krankenhausreform-passiert-den-bundesrat.html>; Ebenda Fragen und Antworten zur Krankenhausreform, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform.html>; vdk.de, Fragen und Antworten rund um die Krankenhausreform, © Copyright 2025 Sozialverband VdK Deutschland e.V., abrufbar unter: <https://www.vdk.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/artikel/fragen-und-antworten-rund-um-die-krankenhausreform>; deutschlandfunk.de, Krankenhausreform: Die Entmachtung der Fallpauschale, Deutsch-landradio © 2025, abrufbar unter: <https://www.deutschlandfunk.de/krankenhaeuser-reform-lauterbach-fallpauschale-100.html>; forum-verlag.com, Krankenhausreformgesetz (KHVG): Inkrafttreten, Leistungsgruppen und Zusammenfassung der Inhalte, FORUM VERLAG HERKERT GMBH, 18.12.2024, abrufbar unter: <https://www.forum-verlag.com/fachwissen/gesundheitswesen-und-pflege/khvg/>; alle abgerufen am 02.05.2025
 - 45 Vgl. bibliomedmanager.de, Koalitionsvertrag: Das plant die Koalition für die Kranken-häuser, 09.04.2025, Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, abrufbar unter: <https://www.bibliomedmanager.de/news/das-plant-die-koalition-fuer-die-krankenhaeuser>; rebmann-research.de, Koalitionsvertrag 2025: Das sind die Inhalte zu den Kranken-häusern, 30. April 2025, © 2025 REBMAN RESEARCH GmbH & Co. KG, abrufbar unter: <https://www.rebmann-research.de/koalitionsvertrag-2025-das-sind-die-inhalte-zu-den-krankenhaeusern>; alle abgerufen am 02.05.2025

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

Bilderpool Medizinischer Dienst
canva.com
freepik.com
pexels.com

Druck

Salzland Druck GmbH & Co. KG
Löbnitzer Weg 10
39418 Staßfurt
www.salzland-druck.de

Qualitätsreport 2024

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