



# 8. Thüringer Krankenhausplan 2024 – 2030

---

Stand 9. Juli 2024

# 8. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2024 – 2030

---

## 1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis .....	2
2	Rechtliche Grundlagen.....	6
2.1	Bundesrecht.....	6
2.2	Landesrecht .....	6
3	Krankenhausreform des Bundes .....	6
3.1	Vorschläge der Regierungskommission .....	7
3.1.1	Allgemeines .....	7
3.1.2	Dritte Empfehlung der Regierungskommission .....	7
3.2	Eckpunktepapier vom Juli 2023 .....	9
3.3	Krankenhaustransparenzgesetz.....	9
3.4	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.....	10
4	Bevölkerungsentwicklung.....	12
4.1	Ausgangssituation.....	12
4.1.1	Bevölkerungsverteilung 2022 .....	12
4.1.2	Bevölkerungsentwicklung 2017 - 2022 nach Altersgruppen .....	13
4.2	Erwartete Bevölkerungsentwicklung bis 2030 .....	14
4.2.1	Bevölkerungsverteilung 2030 .....	14
4.2.2	Bevölkerungsentwicklung bis 2030 nach Altersgruppen.....	15
5	Herausforderungen und Trends in der stationären Versorgung.....	16
5.1	COVID-19-Pandemie .....	17
5.2	Fachkräftemangel .....	18
5.3	Ambulantisierung von Krankenhausleistungen.....	19
5.4	Wirtschaftlichkeit, Inflation, Energiekrise .....	21
5.5	Klimawandel .....	21
5.6	Medizinisch-technischer Fortschritt .....	22
6	Grundsätze der Krankenhausplanung.....	22
6.1	Allgemeines und bisherige Entwicklung .....	22

6.1.1	Verlängerung der Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans.....	23
6.1.2	Werkstatt Gesundheit.Thüringen.2030.....	23
6.1.3	Gutachten .....	24
6.1.4	Ziele der Krankenhausplanung .....	25
6.1.5	Planungsverfahren.....	26
6.2	Planungsgrundsätze .....	26
6.2.1	Allgemeine Planungsgrundsätze.....	26
6.2.2	Planungsregionen und Pflichtversorgungsgebiete.....	26
6.2.3	Standorte .....	27
6.2.4	Leistungsspektrum und Planungssystematik.....	28
6.2.5	Versorgungsauftrag .....	29
6.2.6	Prognose .....	31
6.3	Rolle des 8. Thüringer Krankenhausplans.....	33
7	Vorgaben zur Strukturqualität.....	35
8	Ausgesuchte Themenkomplexe der stationären Versorgung und Qualitätsvorgaben .....	35
8.1	Geburtshilfe .....	35
8.2	Geriatric.....	37
8.3	Herzinfarktversorgung.....	38
8.4	Psychosomatik und Psychotherapie.....	40
8.4.1	Ausgangslage .....	40
8.4.2	Entwicklung des Fachgebiets.....	40
8.4.3	Ausblick .....	41
8.5	Schlaganfallversorgung.....	42
9	Leistungskonzentration und spezielle Versorgungsaufgaben .....	42
9.1	Mindestmengen .....	43
9.2	Leistungskonzentration .....	43
9.3	Spezialversorger .....	44
10	Netzwerke und Kooperationen .....	45
10.1	Allgemeines .....	45
10.2	Herzinfarktnetzwerk .....	45
10.3	Schlaganfallnetzwerk .....	46
10.4	Teleintensivmedizinisches Netzwerk.....	46
10.5	TraumaNetzwerk.....	46

10.6 Zentren .....	47
11 Verfahren zur Umsetzung und Fortschreibung des 8. Thüringer Krankenhausplans bis zum 31.12.2026.....	48
12 Digitalisierung im Gesundheitswesen und Telemedizin.....	51
13 Ausbildungsstätten.....	53
14 Vertragskrankenhäuser .....	53
15 Notfallversorgung, Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, Zivil- und Katastrophenschutzplanungen.....	53
15.1 Notfallversorgung.....	53
15.2 Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP) .....	54
15.3 Patientenversorgung bei größeren Notfallereignissen und im Zivil- und Katastrophenschutz .....	54
15.3.1 Größere Notfallereignisse .....	54
15.3.2 Patientenversorgung im Katastrophenfall sowie bei Epidemien oder Pandemien .....	55
15.3.3 Zusammenarbeit mit den Aufgabenträgern des bodengebundenen Rettungsdienstes und der Zentralen Leitstellen.....	55
15.4 Übung und Fortbildung.....	56
15.5 Behördliche Aufsicht .....	56
16 Tabellenteil .....	57
16.1 Zuordnung der Krankenhäuser zu den Planungsregionen .....	57
16.2 Jährlicher Ambulantisierungstrend für vollstationäre Fälle nach NRW-Leistungsgruppen ....	58
16.3 Pflichtversorgungsgebiete.....	60
16.3.1 Psychiatrie und Psychotherapie .....	60
16.3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	62
16.4 Ausbildungsstätten.....	63
16.5 Übersicht zur Zuordnung der Versorgungsstufen in der Schlaganfallbehandlung nach den Empfehlungen zur Schlaganfallversorgung .....	63
Abkürzungsverzeichnis .....	66

## **Abbildungen**

Abbildung 1. Bevölkerungsentwicklung zwischen 2017 und 2022 nach Altersgruppen.....	14
Abbildung 2. Bevölkerungsentwicklung zwischen 2022 und 2030 nach Altersgruppen.....	16

## **Tabellen**

Tabelle 1.	Stellungnahmen und Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.....	7
Tabelle 2.	Umsetzungsschritte KHVVG bis zum 01.01.2027 .....	11
Tabelle 3.	Bevölkerung in Thüringen 2022 nach Kreisen und kreisfreien Städten.....	13
Tabelle 4.	Regionale Bevölkerungsentwicklung in Thüringen von 2022-2030.....	15
Tabelle 5.	Verfahrensschritte des Planumsetzungsverfahrens bis zum 31.12.2026.....	49

## 2 Rechtliche Grundlagen

### 2.1 Bundesrecht

§ 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung vom 10.04.1991 (BGBl. I 1991, S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22.03.2024 (BGBl. I Nr. 101), bestimmt als Ziel des Gesetzes die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. In § 6 ist geregelt, dass die Länder zur Verwirklichung dieser Ziele u.a. Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufstellen.

### 2.2 Landesrecht

Das Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG) in der Fassung vom 30.04.2003 (GVBl. S. 262), zuletzt geändert durch das dritte Gesetz zur Änderung des Thüringer Krankenhausgesetzes vom 21.05.2024 (GVBl. S. 111) verpflichtet in § 4 Abs. 1 das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium, einen Krankenhausplan für das Landesgebiet aufzustellen. Der Krankenhausplan wird spätestens nach sechs Jahren fortgeschrieben (§ 4 Abs. 2 Satz 8). Nach Absatz 7 werden die Festlegungen zweijährlich überprüft. Die inhaltlichen Anforderungen werden in nicht abschließender Form in Absatz 2 umschrieben. Die Landesregierung hat von der Verordnungsermächtigung in Absatz 3 Gebrauch gemacht. Die Festlegungen des Krankenhausplans sind auf die Regelungen der Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Abs. 3 ThürKHG (ThürQSVO) abgestimmt.

## 3 Krankenhausreform des Bundes

Die eingangs geschilderten rechtlichen Grundlagen, wonach die Bundesländer die Planungshoheit und Verantwortung zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen haben, bestehen fort.

Seit 2022 läuft jedoch ein von der Bundesregierung angestoßener Reformprozess zur Krankenhausbetriebskostenfinanzierung, der bei der derzeit vorgesehenen Umsetzung massive Auswirkungen auf die Krankenhausplanung haben wird. Mit seiner Krankenhausreform verfolgt der Bundesgesundheitsminister drei wesentliche Ziele: die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten auch in ländlichen Regionen (Daseinsvorsorge) sowie Entbürokratisierung.

Zentraler Bestandteil der Reform ist die geplante Einführung einer Vorhaltevergütung. Damit soll die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern und Krankenhausleistungen künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden und eine weitere Abkehr vom System der Betriebskostenfinanzierung mittels Fallpauschalen erfolgen. Durch die Verknüpfung dieses neuen Vergütungsbestandteils mit bundeseinheitlich definierten und zu erfüllenden Qualitätskriterien unteretzten Leistungsgruppen ist eine Anpassung der Planungssystematik auf Landesebene unabdingbar.

### 3.1 Vorschläge der Regierungskommission

Impulsgeber für die Bundesregierung ist die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ (Regierungskommission).

#### 3.1.1 Allgemeines

Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Kommission wurde im Mai 2022 eingerichtet, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen. Sie soll Stellungnahmen vorlegen und Ziele für eine auf Leistungsgruppen und auf Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung formulieren. Kommissionsmitglieder sind Expertinnen und Experten aus Versorgung (Pflege und Medizin), Ökonomie und Rechtswissenschaft. Bis Mai 2024 hat die Regierungskommission insgesamt zehn Empfehlungen vorgelegt.

Tabelle 1. Stellungnahmen und Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Nr.	Name	Veröffentlichung
1	Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe	11.07.2022
2	Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens	27.09.2022
3	Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung	06.12.2022
4	Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen	13.02.2022
5	Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung. Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen	22.06.2023
6	Kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin	29.09.2023
7	Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements	20.10.2023
8	Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung	29.09.2023
9	Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung	07.09.2023
10	Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems	03.05.2024

#### 3.1.2 Dritte Empfehlung der Regierungskommission

Maßgeblichen Einfluss auf die künftige Krankenhausplanung hat insbesondere die „Dritte Empfehlung“ der Regierungskommission vom 06.12.2022 mit dem Titel „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“<sup>1</sup>. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern solle

<sup>1</sup> Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Dritte Stellungnahme und Empfehlung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/3te\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Grundlegende\\_Reform\\_KH-Verquetung\\_6\\_Dez\\_2022\\_mit\\_Tab-anhang.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verquetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf), zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien erfolgen, empfiehlt die Regierungskommission darin. Dafür müssten die Kliniken und ihre Leistungen einheitlich kategorisiert werden und jedes Krankenhaus nur noch die Leistungen erbringen und vergütet bekommen, für welche es personell und technisch ausgestattet ist.

Die Regierungskommission schlug hierfür neue Differenzierungskriterien vor:

- Level und
- Leistungsgruppen.

Leistungsgruppen bilden medizinische Leistungen ab und werden über ICD- und OPS-Codes definiert. Jede Leistungsgruppe sollte einem Level zugeordnet werden. Diese Level könnten leistungsgruppenunabhängige Strukturvorgaben definieren, während weitere personelle und technische Strukturvorgaben leistungsgruppenspezifisch vorgegeben werden sollten. Nach Vorstellung der Regierungskommission waren die Level in drei Versorgungsstufen (Level I bis III) vorgesehen. Durch die weitere Unterteilung zweier dieser Level (Level I Grundversorgung in Level 1*n* und Level 1*i*; Level III mit Sublevel III*U*) wurde letztlich ein System mit fünf Versorgungsstufen vorgeschlagen.

Die Vergütung der Krankenhausbehandlung sollte dafür so umgestellt werden, dass die Krankenhäuser ihre Leistungen auch wirtschaftlich erbringen könnten. Das Fallpauschalensystem müsse entsprechend weiterentwickelt werden, heißt es in der Empfehlung. Als neues Element der Betriebskostenfinanzierung schlug die Regierungskommission dabei eine Vorhaltefinanzierung vor. Die Vorhaltevergütung sollten Krankenhäuser für die Leistungsgruppen erhalten, die ihnen durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen werden und deren Qualitätskriterien sie grundsätzlich erfüllen. Mit der Vorhaltevergütung solle somit sichergestellt werden, dass Strukturen in Krankenhäusern ohne ausschließliche Abhängigkeit von der tatsächlichen Leistungserbringung geschaffen und erhalten werden können.

Einen innovativen Vorstoß wagte die Regierungskommission mit der als Untergruppe der Grundversorgung vorgesehenen Level 1*i* Kliniken. Hier sollte es sich um grundversorgende Krankenhäuser handeln, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen und integrierte ambulant/stationäre Einrichtungen sein sollten. Grundidee der Regierungskommission war, dass mit dieser neuen Versorgungsform die Erkenntnisse aus vielen Modellprojekten der letzten Jahre zur engen Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung Eingang in die Regelversorgung finden könnten. Die Empfehlung ging davon aus, dass dem Level 1*i* insbesondere in strukturschwachen Regionen auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierenden Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zukommen sollte. Level-1*i*-Krankenhäuser sollten wohnortnah zumeist allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden können, verbinden.

### 3.2 Eckpunktepapier vom Juli 2023

Auf Grundlage der Vorschläge der Regierungskommission in deren dritten Empfehlung haben Bund, Länder und die Regierungsfractionen im ersten Halbjahr 2023 Reformeckpunkte zu einer möglichen Umsetzung erarbeitet, die am 10.07.2023 als sogenanntes „Eckpunktepapier zur Krankenhausreform“ veröffentlicht wurden.<sup>2</sup>

Die Einführung einer auf bundeseinheitlich definierten Leistungsgruppen basierenden Vorhaltevergütung wurde darin grundsätzlich konsentiert. Dabei sind die zunächst von der Regierungskommission angedachten 128 Leistungsgruppen deutlich reduziert worden. Man einigte sich auf die bereits in den vergangenen Jahren durch das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) für die dortige Landeskrankenhausplanung entwickelten 60 somatischen Leistungsgruppen sowie fünf ergänzende Leistungsgruppen (Infektiologie, spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin sowie Notfallmedizin).

Im Hinblick auf die von der Regierungskommission vorgeschlagenen Level wurde keine Einigkeit erzielt. Die Länder lehnten dieses Instrument aufgrund unterschiedlicher und erfolgreich etablierter Versorgungsstufen in den einzelnen Bundesländern ab. Wesentliche Kritik erfuhr von Seiten der Länder insbesondere das von der Regierungskommission vorgesehene Junktum, wonach in Abhängigkeit vom Level eines Krankenhauses trotz erfüllter Strukturvorgaben der konkreten Leistungsgruppe Krankenhäuser von der Zuweisung dieser Leistungsgruppen ausgeschlossen wären. Auch das Eckpunktepapier folgte dem Vorschlag der Regierungskommission für eine neue Kategorie von Krankenhäusern, benannte diese aufgrund der Abkehr von der Idee bundeseinheitlicher Level nach ihrer Versorgungsaufgabe jedoch als „Sektorenübergreifende Versorger“ (SÜV). Ihnen wurde eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zugeschrieben.

### 3.3 Krankenhaustransparenzgesetz

Das Bundesgesundheitsministerium wollte trotz der ablehnenden Haltung der Bundesländer zu bundeseinheitlich definierten Leveln der Empfehlung der Regierungskommission zur Einordnung der Kliniken in die fünf Versorgungsstufen zumindest teilweise folgen. Zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten sollen nach Vorstellung der Bundesregierung künftig Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlicht werden. Die Voraussetzungen für eine solche Veröffentlichung sind mit dem Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG) geschaffen worden.

Die nach § 135d Abs. 1 SGB V für den 01.05.2024 vorgesehene Veröffentlichung eines Transparenzverzeichnisses ist mittlerweile in einem eingeschränkten Umfang unter dem Namen „Bundes-Klinik-Atlas“ erfolgt.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2013): Eckpunktepapier: Krankenhausreform, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier\\_Krankenhausreform\\_final.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf), zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

<sup>3</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Bundes-Klinik-Atlas, <https://bundes-klinik-atlas.de>, zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

Die Landesregierung Thüringens hat mit vielen anderen Ländern Kritik am KHTG geübt. Das Reformziel des Bürokratieabbaus wird durch zahlreiche neue Meldeverpflichtungen der Krankenhäuser nicht erreicht. Es gibt zudem schon viele gut etablierte Möglichkeiten für Patientinnen und Patienten, sich über das Angebot der Krankenhäuser zu informieren, etwa durch die mittlerweile jährlich veröffentlichten Qualitätsberichte. In Thüringen existiert zudem bereits seit 2014 der Krankenhausspiegel.<sup>4</sup> Von der Landeskrankenhausgesellschaft initiiert und inhaltlich betreut, liefert dieser qualitativ hochwertige Daten zur stationären und teilstationären Behandlung in Thüringen, nutzerfreundlich aufbereitet. Er hat sich damit zu einem wichtigen Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten entwickelt.

Hauptkritikpunkt am KHTG seitens des Freistaats Thüringen ist jedoch, dass im Bundes-Klinik-Atlas bereits ab dem 01.10.2024 den Krankenhäusern Level zugeordnet und die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte dargelegt werden sollen. Die Zuweisung von Leveln durch den Bundes-Klinik-Atlas ist rein deklaratorisch und hat weder Relevanz für die Krankenhausplanung noch Vergütungsrelevanz.

Der Zeitpunkt der geplanten Veröffentlichung läuft zudem dem Grundanliegen des Gesetzes, einer Transparenz der Leistungsfähigkeit der Kliniken als Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der informierten Entscheidung für einen stationären Versorger, zuwider.

Die Publikation soll bereits zu einem Zeitpunkt erfolgen, in dem das Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG) noch gar nicht in Kraft getreten sein wird. Somit wird bei der vorgesehenen Veröffentlichung im Bundes-Klinik-Atlas die abschließende Ausgestaltung insbesondere der Qualitätskriterien der künftig bundeseinheitlich definierten Leistungsgruppen noch nicht feststehen. Die Entscheidung über die Zuordnung von Leistungsgruppen ist zudem originäre und alleinige Aufgabe der Krankenhausplanungsbehörden der Bundesländer. Diese Entscheidungen erfordern zunächst die Anpassung der Landeskrankenhausgesetze und Landeskrankenhauspläne nach Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes. Der Bundes-Klinik-Atlas leistet damit, wenn am im KHTG vorgesehenen Zeitplan festgehalten wird, keinen Beitrag zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei einer informierten Entscheidung bei der Auswahl eines Krankenhauses, da die vorgeblich zur Verfügung gestellte Entscheidungsgrundlage weder der Sach- noch der Rechtslage entspricht.

### **3.4 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz**

Am 15.05.2024 hat das Bundeskabinett den Entwurf des KHVVG beschlossen. Das parlamentarische Verfahren soll noch vor der Sommerpause 2024 des Deutschen Bundestages eingeleitet werden. Die frühestmögliche Beendigung des Verfahrens wäre mit einer abschließenden Lesung im Deutschen Bundestag im Oktober 2024 und Abstimmung im Bundesrat im November 2024 möglich.

Das KHVVG soll die Finanzierungssystematik der stationären Versorgung grundlegend verändern. Statt wie bisher jede einzelne Krankenhausbehandlung über Fallpauschalen abzurechnen, ist vorgesehen,

---

<sup>4</sup> Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V., Krankenhausspiegel Thüringen, <https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/startseite>, zuletzt aufgerufen am 26.05.2024.

einen Großteil der stationären Versorgung unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung zu vergüten. Hierzu müssen die zuständigen Planungsbehörden der Länder den Krankenhäusern Leistungsgruppen zuweisen. Voraussetzung für die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist die Erfüllung von bundeseinheitlichen Qualitätskriterien. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sind Ausnahmeregelungen vorgesehen, für bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Räumen ohne zeitliche Befristung. Um insbesondere auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen weiterhin eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrecht erhalten zu können, soll der Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung vorangetrieben werden. Die Länder sollen gesetzlich die Möglichkeit erhalten, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen, deren Leistungsspektrum neben stationären auch erweiterte ambulante Leistungen umfasst.

Mit Stand 26.05.2024 sieht das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz folgende Umsetzungsschritte zur geplanten Vergütungsreform vor:

Tabelle 2. Umsetzungsschritte KHVVG bis zum 01.01.2027

Datum	Reformschritt
Anfang 2025	Voraussichtlich Inkrafttreten des KHVVG
bis 31.03.2025	Erlass Rechtsverordnung (VO) zu Qualitätskriterien nach § 135e SGB V nF mit Wirkung ab 2027
bis 30.09.2025	Beauftragung des Medizinischen Dienstes (MD) durch die Länder zur erstmaligen Überprüfung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V nF
Anfang 2026	Erlass VO zu Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V nF mit Wirkung ab 2027
bis 30.06.2026	Abschluss der erstmaligen Prüfungen des MD zu den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V nF
bis 31.10.2026	Mitteilung der Länder an das InEK über die den Krankenhäusern zugewiesenen Leistungsgruppen und sonstige Angaben nach § 6a Abs. 4 KHG nF
	Mitteilung der Länder an das InEK über zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung bestimmter Kliniken mit Befreiung von Mindestvorhaltefallzahlen nach § 135f SGB V nF
01.01.2027	Beginn der Budgetrelevanz des Systems leistungsgruppenbasierter Vorhaltevergütung
	Wirkung VO zu Qualitätskriterien nach § 135e SGB V nF
	Wirkung VO zu Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V nF
	Beginn der Zuweisung gesonderter Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin
2027/2028	Konvergenzphase Umstellung Vorhaltebudget

Als Konsequenz dieser vorgesehenen zeitlichen Abfolge des Reformprozesses kann eine Zuweisung von Versorgungsaufgaben auf Basis von Leistungsgruppen im achten Thüringer Krankenhausplan frühestens erfolgen, nachdem das KHVVG in Kraft getreten ist. Zwar sind bereits dem Gesetzentwurf die beabsichtigten 65 Leistungsgruppen und ihre Qualitätskriterien zu entnehmen, erst nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens sind jedoch kurzfristige Änderungen ausgeschlossen.

Abschließende Klarheit über die genauen Strukturvorgaben besteht zudem erst wenn die Rechtsverordnungen zu Qualitätskriterien nach § 135e SGB V nF und Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V nF erlassen worden sind. Zumindest im Hinblick auf die Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung enthält der Gesetzentwurf in § 135e Abs. 4 SGB V nF bis zum Erlass der Verordnung eine detaillierte und vollziehbare Übergangsregelung zu den Leistungsgruppen, die in einer Anlage ausformuliert ist.

Während der Planungsprozess auf Landesebene somit begonnen werden kann, ist der Erlass der Feststellungsbescheide mit der konkreten Zuweisung der Versorgungsaufgaben mit somatischen Leistungsgruppen voraussichtlich erst möglich, wenn die Ergebnisse der Überprüfung der Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst vorliegen. Zwar treten budgetrelevante Folgen einer Nichtzuweisung der Vorhaltekosten nicht vor dem Jahr 2027 ein und ist der Freistaat Thüringen als Inhaber der Planungshoheit formell ohnehin nicht verpflichtet, die Qualitätsvorgaben nach § 135e SGB V nF bei der Krankenhausplanung anzuwenden. Das Vorhaltebudget wird jedoch mit einem Anteil von 60% am Gesamtbudget den maßgeblichen Faktor der Betriebskostenfinanzierung ausmachen und ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe ohne diesen Vergütungsanteil nicht wirtschaftlich betreiben können. Das KHVVG gibt vor, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wird. Die erstmalige Prüfung des Medizinischen Dienstes muss nach dem gegenwärtigen Gesetzentwurf erst bis Ende Juni 2026 abgeschlossen sein.

## 4 Bevölkerungsentwicklung

Die Altersstruktur sowie die Verteilung der Bevölkerung innerhalb Thüringens stellen wichtige Faktoren dar, um die zukünftige stationäre Versorgung bedarfsgerecht planen zu können.

### 4.1 Ausgangssituation

Zum Aufbau und Erhalt zukunftsfähiger Klinikstrukturen ist der Blick auf die demographische Entwicklung sowohl im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden Fachkräfte als auch die künftige Struktur an medizinischer Versorgung erforderlich. Dazu wird zuerst ein Blick auf die bisherige Bevölkerungsentwicklung geworfen, um dann die zukünftige Entwicklung auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung zu beschreiben. Hierzu werden die Veröffentlichungen des Thüringer Landesamtes für Statistik herangezogen.

Im Jahr 2022 lebten in den 22 Thüringer Landkreisen und kreisfreien Städten rund 2,1 Millionen Menschen. Für das Jahr 2030 wird ein Bevölkerungsstand von etwa 2,05 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern prognostiziert, was einen weiteren Rückgang der Einwohnerzahl um rund 3,7 % im Vergleich zum Jahr 2022 bedeuten würde. Der schon während der Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans beobachtete Trend der Bevölkerungsentwicklung setzt sich damit weiter fort.

#### 4.1.1 Bevölkerungsverteilung 2022

Von den rund 2,1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern Thüringens lebten im Jahre 2022 etwa ein Viertel in den fünf kreisfreien Städten des Landes, darunter die meisten Menschen (214.969) in der Landeshauptstadt Erfurt. Die restlichen drei Viertel der Bevölkerung verteilten sich mit Ausnahme des Wartburgkreises, mit einem Spitzenwert von einem achtprozentigen Anteil an der Gesamtbevölkerung (159.539) relativ gleichmäßig auf die 17 Landkreise.

Tabelle 3. Bevölkerung in Thüringen 2022 nach Kreisen und kreisfreien Städten

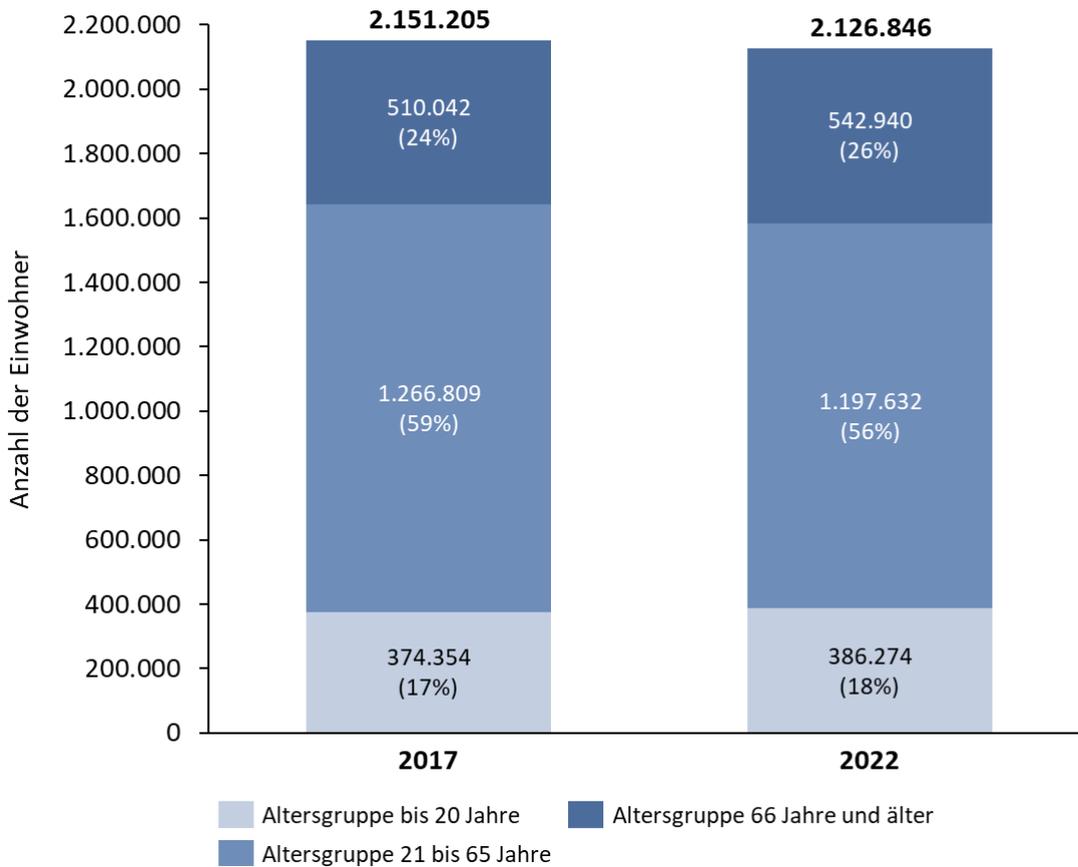
Kreistyp	Kreise/Städte	Bevölkerung	Anteil an Gesamtbevölkerung
<b>Stadtkreise</b>	Stadt Erfurt	214.969	10 %
	Stadt Gera	93.634	4 %
	Stadt Jena	111.191	5 %
	Stadt Suhl	37.009	2 %
	Stadt Weimar	65.620	3 %
<b>Landkreise</b>	Eichsfeld	100.091	5 %
	Nordhausen	82.444	4 %
	Wartburgkreis	159.539	8 %
	Unstrut-Hainich-Kreis	102.256	5 %
	Kyffhäuserkreis	73.690	3 %
	Schmalkalden-Meiningen	123.939	6 %
	Gotha	134.941	6 %
	Sömmerda	69.646	3 %
	Hildburghausen	61.926	3 %
	Ilm-Kreis	106.776	5 %
	Weimarer Land	83.179	4 %
	Sonneberg	56.922	3 %
	Saalfeld-Rudolstadt	101.494	5 %
	Saale-Holzland-Kreis	83.234	4 %
	Saale-Orla-Kreis	79.178	4 %
	Greiz	96.381	4 %
	Altenburger Land	88.787	4 %
	<b>Land</b>	<b>Thüringen</b>	<b>2.126.846</b>

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

#### 4.1.2 Bevölkerungsentwicklung 2017 - 2022 nach Altersgruppen

Während es in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren kräftige Zuwächse gab, hatte die Gruppe der Personen im erwerbsfähigen Alter deutliche Rückgänge zu verzeichnen, so wie auch die Gesamtzahl der Bevölkerung abnahm.

Abbildung 1. Bevölkerungsentwicklung zwischen 2017 und 2022 nach Altersgruppen



Quelle: eigene Darstellung auf Basis Thüringer Landesamt für Statistik

## 4.2 Erwartete Bevölkerungsentwicklung bis 2030

Gemäß der 3. regionalen Bevölkerungsvorausberechnung des Thüringer Landesamts für Statistik wird die Bevölkerung in Thüringen von rund 2.130.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2022 um rund 80.000 auf rund 2.050.000 Personen im Jahr 2030 zurückgehen. Die Darstellung der Bevölkerungsentwicklung von 2022 bis 2030 beschränkt sich auf die Entwicklung nach Altersgruppen.

### 4.2.1 Bevölkerungsverteilung 2030

Auch im Jahr 2030 wird etwa ein Viertel der Einwohnerinnen und Einwohner Thüringens in den fünf kreisfreien Städten des Landes leben, darunter die meisten Menschen in der Landeshauptstadt. Außer in der Landeshauptstadt Erfurt und der Stadt Weimar sowie dem Landkreis Weimarer Land wird es in allen Landkreisen und kreisfreien Städten zu einem Rückgang der absoluten Einwohnerzahlen kommen. Die prozentuale Veränderung der Einwohnerzahl im Vergleich zum Jahr 2022 wird dabei in mehr als der Hälfte der Landkreise mehr als fünf Prozent betragen. Bei den Städten wird der deutlichste Bevölkerungsrückgang bei der Stadt Suhl prognostiziert.

Tabelle 4. Regionale Bevölkerungsentwicklung in Thüringen von 2022-2030

Kreistyp	Kreise/Städte	Bevölkerung 2022 (in Tausend)	Bevölkerung 2030 (in Tausend)	Prozentuale Veränderung
Stadtkreise	Stadt Erfurt	215,0	215,2	0,09 %
	Stadt Gera	93,6	89,2	-4,70 %
	Stadt Jena	111,2	110,5	-0,63 %
	Stadt Suhl	37,0	32,3	-12,70 %
	Stadt Weimar	65,6	66,8	1,83 %
Landkreise	Eichsfeld	100,1	96,4	-3,70 %
	Nordhausen	82,4	77,1	-6,43 %
	Wartburgkreis	159,5	150,9	-5,39 %
	Unstrut-Hainich-Kreis	102,3	98,9	-3,32 %
	Kyffhäuserkreis	73,7	69,2	-6,11 %
	Schmalkalden-Meiningen	123,9	118,4	-4,44 %
	Gotha	134,9	129,6	-3,93 %
	Sömmerda	69,6	67,2	-3,45 %
	Hildburghausen	61,9	58,2	-5,98 %
	Ilm-Kreis	106,8	104,7	-1,97 %
	Weimarer Land	83,2	83,6	0,48 %
	Sonneberg	56,9	53,8	-5,45 %
	Saalfeld-Rudolstadt	101,5	93,6	-7,78 %
	Saale-Holzland-Kreis	83,2	82,9	-0,36 %
	Saale-Orla-Kreis	79,2	74,9	-5,43 %
	Greiz	96,4	90,0	-6,64 %
	Altenburger Land	88,8	84,5	-4,84 %
		<b>2126,8</b>	<b>2048,0</b>	<b>-3,71 %</b>

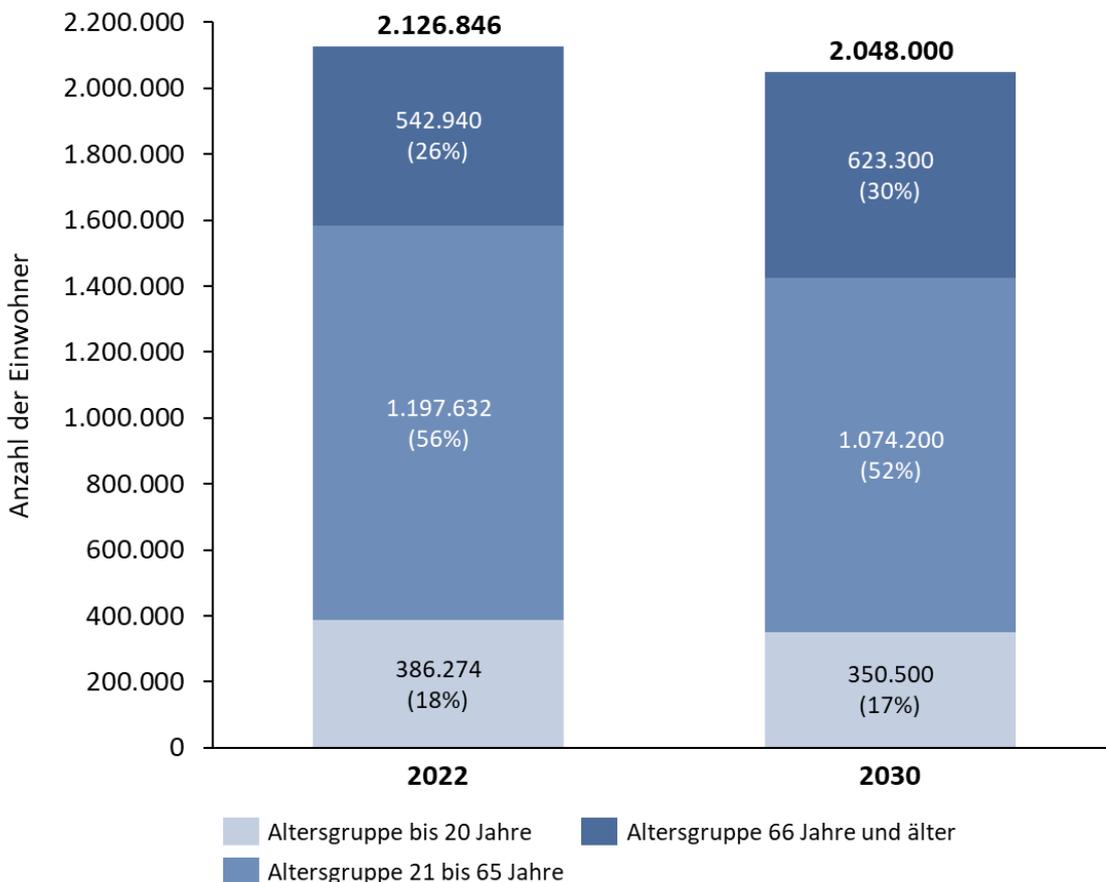
Quelle: Gutachten zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Thüringen auf Basis Thüringer Landesamt für Statistik

#### 4.2.2 Bevölkerungsentwicklung bis 2030 nach Altersgruppen

Die Altersklasse der 65- Jährigen und Älteren wird im Jahr 2030 deutlich stärker besetzt sein als 2022. Hingegen werden in den Altersklassen der 25- bis 55- Jährigen in einigen Landkreisen teils

erheblich weniger Menschen in Thüringen leben. Infolgedessen kommt es zu einer noch stärkeren Verschiebung zwischen den Altersgruppen im Erwerbsalter von 21 bis 65 Jahren und denjenigen im Ruhestand.

Abbildung 2. Bevölkerungsentwicklung zwischen 2022 und 2030 nach Altersgruppen



Quelle: eigene Darstellung auf Basis Thüringer Landesamt für Statistik

## 5 Herausforderungen und Trends in der stationären Versorgung

Während der Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans haben sich bestehende Herausforderungen in der stationären medizinischen Versorgung weiter vergrößert und es sind neue hinzugetreten. Insbesondere in den Jahren seit 2020 hat sich die Lage an den Thüringer Krankenhäusern durch das Auftreten der COVID-19-Pandemie verschärft. Die Grenzen des bestehenden Betriebskostenfinanzierungssystems und die dadurch entstehenden Wirtschaftlichkeitsprobleme der Kliniken wurden im Anschluss an die COVID-19-Pandemie aufgrund des durch den Krieg gegen die Ukraine ausgelösten rasanten Anstiegs der Energiepreise weiter belastet.

Um ein Verständnis für die Auswirkungen dieser Herausforderungen und Trends auf die stationäre Versorgung in Thüringen zu erhalten, werden nachfolgend die maßgeblichen Aspekte näher beleuchtet.

## 5.1 COVID-19-Pandemie

Mit dem Auftreten der COVID-19-Pandemie standen die Gesellschaft insgesamt aber insbesondere auch das Gesundheitssystem und die darin Beschäftigten vor enormen Herausforderungen. Für die Thüringer Krankenhäuser wirkte sich die COVID-19-Pandemie sowohl direkt als auch indirekt aus.

Direkte Einflüsse resultierten aus der stationären Versorgung von COVID-19-Erkrankten. Diese Patientinnen und Patienten benötigten ein Isolationszimmer. Auch der Aufwand der Versorgung der häufig intensivmedizinisch zu betreuenden Erkrankten war umfangreicher als bei regulären, nichtinfizierten intensivmedizinisch zu behandelnden Patientinnen und Patienten.

Indirekte Auswirkungen zeigten sich durch die eingesetzten Infektionsschutzmaßnahmen. So mussten die Krankenhäuser sowohl ihr Personal als auch die nicht COVID-19-infizierten Patientinnen und Patienten bestmöglich vor einer Ansteckung schützen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, waren die Krankenhäuser dazu angehalten, Betten freizuhalten, bestehende Intensivkapazitäten auszubauen und planbare Behandlungen zu verschieben. In Summe führten diese Maßnahmen und das Abweichen von der sonst üblichen Regelversorgung zu Erlösausfällen und einer zusätzlichen wirtschaftlichen Belastung der Krankenhäuser.

Aber auch die Unsicherheit und Sorge der Bevölkerung vor einer Überlastung des Gesundheitssystems oder einer COVID-19-Infektion generell führte zu weniger ärztlichen Konsultationen im gesamten Leistungsspektrum der Krankenhäuser.

Um den Fallzahlrückgang und die damit verbundenen Erlösausfälle auszugleichen, trat bereits im März 2020 das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) in Kraft. Das Gesetz ermöglichte es, Erlösausfälle mit Ausgleichszahlungen zu kompensieren und mithilfe finanzieller Maßnahmen, wie beispielsweise pauschalen Zahlungen für Schutzausrüstungen oder verlängerten Zahlungsfristen, den erlösmindernden Auswirkungen der COVID-19-Pandemie entgegenzuwirken. Im weiteren Verlauf der COVID-19-Pandemie gab es mehrere Phasen von bundesfinanzierten Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser, die ihre Grundlage in diversen gesetzlichen Regelungen fanden.

Langfristig könnten Belastungen für das Gesundheitssystem auch durch Patientinnen und Patienten mit Long- und Post-COVID (direkter Effekt) steigen. Auch durch psychische Beeinträchtigungen (z. B. bei Kindern und Jugendlichen) infolge der ergriffenen Maßnahmen (indirekter Effekt) kann die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen steigen.<sup>5</sup>

Ob der beschriebene Einbruch des Umfangs des stationären Behandlungsgeschehens einen langfristigen Effekt auf die bedarfsnotwendigen stationären Behandlungskapazitäten in Thüringen haben wird, kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Nach den Ausführungen des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Thüringen vom 05.04.2024 (Gutachten) ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht absehbar, ob die Fallzahlen der Thüringer Krankenhäuser das Prä-

---

<sup>5</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2023/Gesamtgutachten\\_ePDF\\_Final.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf), zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

COVID-19-Niveau jemals erneut erreichen werden, da die Entwicklung zum einem von politischen Entscheidungen hinsichtlich des Vergütungssystems sowie der tatsächlichen Realisierung des Ambulantisierungspotenzials abhängt. Zum anderen können die Entwicklungen je nach Indikation unterschiedlich ausfallen, auch in Anhängigkeit von den Ursachen, die im Einzelfall für den Fallzahlrückgang verantwortlich waren.

Die Ergebnisse einer Onlinebefragung der Thüringer Krankenhäuser im Herbst 2023 durch das Beratungsunternehmen PD – Berater der öffentlichen Hand (PD) im Rahmen der Gutachtenerstellung zeigen, dass die Mehrheit der Befragten derzeit davon ausgeht, dass die Fallzahlen innerhalb der nächsten drei Jahre wieder das Prä-COVID-19-Niveau erreichen werden.

Die Gutachtenden sehen diese Selbsteinschätzung der Krankenhäuser kritisch und gehen trotz eines leichten Fallzahlenanstieges von 2021 auf 2022 nicht davon aus, dass insgesamt zeitnah ein derartiger Wiederanstieg auf das Niveau von 2019 wahrscheinlich ist. Da nach ihrer Einschätzung die bislang vorliegenden Daten jedoch für eine belastbare Trendaussage nicht ausreichend sind, empfehlen sie die Analyse der aktuellen Fallzahlen für das Jahr 2023, die ab Sommer 2024 zur Verfügung stehen werden.

## 5.2 Fachkräftemangel

Eine immer größer werdende Herausforderung im Hinblick auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im 21. Jahrhundert ist die Verfügbarkeit personeller Ressourcen. Während die geburtenstarken Jahrgänge immer älter werden und zeitnah in den Ruhestand gehen, bleiben freigewordene Stellen unbesetzt, da weniger Fachkräfte als zuvor in den Arbeitsmarkt eintreten. Schichtarbeit sowie eine hohe körperliche und seelische Belastung tragen nicht zur Anziehungskraft einer Anstellung im Gesundheitswesen bei, sodass die Branche um den knappen Nachwuchs zu kämpfen hat. Personalengpässe und die damit einhergehende steigende Belastung der Beschäftigten verringern die Arbeitsplatzattraktivität weiter.

Die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten ist zwar zuletzt kontinuierlich gestiegen, jedoch werden zeitgleich immer mehr unbesetzte Stellen vonseiten der Betriebe gemeldet. Während in den Krankenhäusern im Jahr 2015 noch 52 offene Stellen auf eine Million Einwohnerinnen und Einwohner kamen, waren es im Jahr 2022 bereits 98 offene Stellen je eine Million Einwohnerinnen und Einwohner. Besonders hoch ist der Bedarf in Thüringen, wo im Jahr 2022 sogar 146 offene Stellen auf eine Million Einwohnerinnen und Einwohner kamen.<sup>6</sup>

Verschärft wird der Fachkräftemangel zudem durch eine weitere Entwicklung: Sowohl für ärztliche als auch für andere Gesundheitsfachberufe bleiben trotz steigender Beschäftigtenzahlen die Vollzeitäquivalente (VZÄ) aufgrund der hohen Teilzeitquote unter beschäftigten Pflegenden und ärztlichem Personal jeweils dahinter zurück. So ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in Krankenhäusern und medizinischen Praxen zwischen den Jahren 2014 und 2019 von 39 % auf 42 %

---

<sup>6</sup> Gutachten zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Thüringen.

gestiegen. Insbesondere beim ärztlichen Personal in Krankenhäusern sind die Zuwachsraten bei den VZÄ niedriger als bei den absoluten Beschäftigtenzahlen.<sup>7</sup>

Die Onlinebefragung der Krankenhäuser in Thüringen, die PD im Rahmen der Erstellung des Gutachtens durchgeführt hat, ergab, dass der Fachkräftemangel in Krankenhäusern in Thüringen zwar am deutlichsten im Bereich der Pflege ausgeprägt ist, jedoch laut den befragten Krankenhäusern auch der ärztliche Dienst stark vom Fachkräftemangel betroffen ist.

Einerseits führt der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu einer hohen Arbeitsbelastung der derzeit darin Beschäftigten, andererseits stellt er auch eine Gefährdung der Qualität der Patientenversorgung dar. Mehrere Studien haben bereits den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie dem verfügbaren Pflegepersonal untersucht (Nurse-to-Patient Ratios). Die Ergebnisse zeigen, dass eine geringere Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft zu einem besseren Ergebnis für Patientensicherheit und Versorgungsqualität führt, wie beispielsweise einer verkürzten Verweildauer oder einer geringeren Mortalität. Engpässe bei den Fachkrankenpflegepersonen führen zudem regelmäßig zu sogenannten Bettensperrungen. Trotz vorhandener OP-Kapazitäten können etwa Eingriffe nicht vorgenommen werden, da wegen fehlender Pflegekräfte nicht alle vorhandenen Intensivbetten betrieben werden konnten.

Notwendig ist, sowohl in der klinischen Akutversorgung als auch den anderen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens den Einsatz der vorhandenen Personalressourcen nachhaltig zu optimieren und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Dies kann unter anderem durch die Förderung interprofessioneller Teams zu fördern und die Verbesserungen des Status der Pflegenden, auch durch eine Neustrukturierung der Arbeitsteilung, gelingen.<sup>8</sup>

### 5.3 Ambulantisierung von Krankenhausleistungen

Der medizinische Fortschritt führt zu neuen Behandlungsmethoden, die häufig minimalinvasiv oder auch ambulant – und damit für die Patientinnen und Patienten schonender – durchführbar sind. Ambulant erbrachte Leistungen sind dabei häufig mit geringeren Kosten verbunden.

Viele Länder haben das Potenzial einer stärkeren Ambulantisierung erkannt und arbeiten stetig an der Erhöhung der Anzahl an ambulant zu erbringenden Leistungen.<sup>9</sup> In Deutschland hingegen ist das Leistungsangebot eher von stationären Leistungserbringern geprägt. Mit 7,8 Betten pro 1.000 Einwohnerinnen/Einwohnern liegt Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt von 4,8 Betten und belegt damit den zweiten Platz im Ranking.<sup>10</sup> Der Abbau der Bettenkapazität schreitet in Deutschland

---

<sup>7</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2023/Gesamtgutachten\\_ePDF\\_Final.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf), zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

<sup>8</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2023/Gesamtgutachten\\_ePDF\\_Final.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf), zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

<sup>9</sup> Struckmann, V. et al. (2021): Versorgungsprozesse und das Zusammenspiel der Sektoren im internationalen Vergleich, erschienen in: Krankenhaus-Report 2021, S. 3-24.

<sup>10</sup> OECD (2023): State of Health in the EU Germany Country Health Profile 2023, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/21dd4679-en.pdf?expires=1707995461&id=id&accname=quest&checksum=C6180D9AF376748854E80E571AA748B5>, zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

langsam voran. Seit dem Jahr 2000 ist die Kapazität um 13 % reduziert worden, wohingegen andere EU-Länder etwa 40 % der Kapazitäten reduziert haben.<sup>11</sup>

In den deutschen Krankenhäusern gibt es vielfältige Möglichkeiten, ambulante Leistungen zu erbringen. Diese sind in verschiedenen Rechtsnormen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Die größte Rolle spielen dabei wohl die ambulanten Operationen, die unter § 115 b SGB V fallen. Sie bieten Krankenhäusern die Möglichkeit, ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe vorzunehmen.

In Deutschland wurden in den Krankenhäusern im Jahr 2022 etwa 1,9 Millionen ambulante Operationen gemäß § 115 b SGB V erbracht.<sup>12</sup> Im Vergleich zu knapp 600.000 ambulanten Operationen im Jahr 2002 stellt dies einen deutlichen Zuwachs dar.<sup>13</sup>

Der Gesundheitsbericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)), analysierte den Anteil ambulant durchgeführter Fälle ausgewählter Operationen und zeigte dabei auf, dass Deutschland unter dem Durchschnitt der OECD-Länder liegt.<sup>14</sup>

Die im Jahr 2024 eingeführten Hybrid-DRG sollen einen weiteren Anreiz für eine verstärkte Ambulantisierung in Deutschland setzen, denn sie ermöglichen es sowohl Vertragsärztinnen und Vertragsärzten als auch Krankenhäusern bei ausgewählten Leistungen dieselbe Vergütung zuzuweisen, unabhängig davon, ob der Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wurde.

PD sieht im Gutachten auch in Thüringen ein ungenutztes ambulantes Behandlungspotenzial. Die Gutachtenden weisen jedoch darauf hin, dass dieses ambulante Potenzial nur dann gehoben werden kann, wenn dazu die notwendigen ambulanten Strukturen vorhanden sind. Dies halten sie nur für möglich, wenn in den kommenden Jahren ambulante Behandlungskapazitäten an den Krankenhäusern geschaffen werden, zum Beispiel durch den Auf- und Ausbau von ambulanten Operationszentren bzw. ambulanten Strukturen, die auf eine effiziente Behandlung von ambulanten Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind.

Eine Aufstellung der nach dem Gutachten erwarteten jährlichen Ambulantisierungstrends für vollstationäre Fälle in Thüringen nach NRW-Leistungsgruppen findet sich im Tabellenteil in Tabelle 16.2.

---

<sup>11</sup> OECD (2023): State of Health in the EU Germany Country Health Profile 2023, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/21dd4679-en.pdf?expires=1707995461&id=id&accname=quest&checksum=C6180D9AF376748854E80E571AA748B5>, zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

<sup>12</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2024): Ambulante Leistungen nach Rechtsgrundlage (Krankenhäuser und Fälle), [https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.startseite?p\\_uid=gast&p\\_aid=42665857&p\\_sprache=D](https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.startseite?p_uid=gast&p_aid=42665857&p_sprache=D), zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

<sup>13</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2024): Krankenhäuser mit ambulanten Operationen und Anzahl von ambulanten Operationen, [https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.startseite?p\\_uid=gast&p\\_aid=42665857&p\\_sprache=D](https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.startseite?p_uid=gast&p_aid=42665857&p_sprache=D), zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

<sup>14</sup> OECD (2023): Health at a Glance 2023, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7a7afb35-en.pdf?expires=1707993231&id=id&accname=quest&checksum=3B871760DFA058B847A7781C2083C6B5>, zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

## 5.4 Wirtschaftlichkeit, Inflation, Energiekrise

Wirtschaftlich betrachtet befinden sich Kliniken bundesweit, so auch in Thüringen, in einer zunehmend sehr schwierigen Lage. Die oben beschriebenen Fallzahlrückgänge und damit verbundenen Erlösrückgänge im Bereich der Fallpauschalen belasten die Krankenhäuser. In vielen Bereichen gibt es zudem erhöhte Kosten. Dies betrifft grundsätzlich Inflationskosten, die durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Betriebskostenfinanzierung nur nachlaufend und nicht vollumfänglich im Landesbasisfallwert und den Fallpauschalen abgebildet werden. Es ist den Krankenhäusern nicht möglich, die Kostensteigerungen direkt durch Preiserhöhungen an die Kostenträger weiterzugeben.

Daneben kam es – zumindest vorübergehend – zu teilweise extremen Steigerungen der direkten und indirekten Energiekosten infolge der durch den russischen Angriffskrieg auf die Ukraine im Februar 2022 ausgelösten Energiekrise. Obwohl der Bund auf diese Belastung mit einer Sonderförderung in Höhe von sechs Mrd. Euro im Krankenhausbereich reagiert und in § 26f KHG Ausgleichs für Steigerungen der Kosten für den Bezug von Erdgas, Wärme und Strom geregelt hat, stieg dadurch der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser weiter.

## 5.5 Klimawandel

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem 2023 veröffentlichten Gutachten zur Resilienz im Gesundheitswesen – Wege zur Bewältigung künftiger Krisen<sup>15</sup> festgestellt, dass der Klimawandel große Gefahren für die menschliche Gesundheit beinhaltet. Als direkte Auswirkungen des Klimawandels werden Verletzungs-, Erkrankungs- und Todesfälle bei Extremwetterereignissen wie Hitze, Starkregen oder Tornados benannt. Neben Effekten auf die menschliche Gesundheit, die besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen treffen, müssen ein Spektrum von Risiken (z. B. die Nordwanderung bislang „tropischer“ Infektionskrankheiten) bedacht und die einschlägigen Fachdisziplinen und Strukturen darauf ausgerichtet werden, was auch die Krankenhäuser vor neue Versorgungsaufgaben stellt.

Die Krankenhäuser haben zudem selbst Anteil am Ressourcenverbrauch und am Klimawandel. Sie müssen sich künftig klimaneutral bzw. noch klimaneutraler aufstellen und durch umweltfreundliche Klimatisierungsmaßnahmen hitzesicher gemacht werden. Da derartige sinnvolle Maßnahmen nicht immer mit den Förderzwecken des Krankenhausfinanzierungsgesetzes konform laufen, bedarf es insoweit einer Erweiterung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Die Werkstatt ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030 hat sich des Themenkreises angenommen. Eine Auftaktveranstaltung zum Thema "Prima Klima in Gesundheitsversorgung und Pflege! Ideen für die Zukunft." hat am 17.05.2024 stattgefunden.

---

<sup>15</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2023/Gesamtgutachten\\_ePDF\\_Final.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf), zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

## 5.6 Medizinisch-technischer Fortschritt

Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht es, die Patientinnen und Patienten mit neuen Behandlungsmethoden zu versorgen und kann dabei eine elementare Verbesserung für die Versorgungssituation herbeiführen.

Im Hinblick auf die sonstigen in diesem Kapitel geschilderten Herausforderungen und Trends, insbesondere den demografisch bedingten Fachkräftemangel, stellt der medizinisch-technische Fortschritt eine echte Chance dar, Lösungsmöglichkeiten zu schaffen, um diese Herausforderungen bewältigen zu können.

Verbesserte Diagnostik und die häufigere Früherkennung von Krankheiten können die Lebenserwartung und -qualität insgesamt steigern. Eine zunehmend personalisierte Medizin ermöglicht es, auf die besonderen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten einzugehen und den Menschen als komplexes Individuum zu berücksichtigen. Der medizinisch-technische Fortschritt hat viele Facetten, kann aber in jeder Hinsicht die Gesundheitsversorgung stärken.

Digitale Anwendungen können Arbeitsabläufe erleichtern und zudem die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen vernetzen. Telemedizinische Angebote gestatten eine ortsunabhängige Versorgung in verschiedenen Lebenslagen. Auch ohne Spezialisten direkt vor Ort kann so etwa Fachexpertise den Patientinnen und Patienten flächendeckend zugutekommen.

In Thüringen werden bereits heute einige innovative Ansätze verfolgt. Dazu zählen unter anderem das aus dem in der COVID-19-Pandemie erfolgreich eingesetzten Netzwerk SATELIT-4-COVID fortentwickelte telemedizinische Netzwerk „InTeliNeT“ – Interdisziplinäres Teleintensiv-Netzwerk in Thüringen oder die § 7 Abs. 1 Thüringer Rettungsdienstgesetz festgeschriebenen Telenotärzte.

Mit dem Bündnis WeCaRe ist ein durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Förderprogramms „Wandel durch Innovation in der Region“ unterstütztes Projekt tätig, das es sich zur Aufgabe gemacht hat, innovative Ansätze, insbesondere in den strukturschwachen Regionen Thüringens zu erproben. Das TMSGFF arbeitet eng mit dem Bündnis zusammen, um positive Erkenntnisse zeitnah in eine allen Patientinnen und Patienten zugängliche Regelversorgung überführen zu können.

Denn dies stellt derzeit nach Auslaufen der Modell- oder Erprobungsphase ein häufiges Problem dar, weil die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere im Hinblick auf die Grenzen der Sektoren der Gesundheitsversorgung, hohe Hürden aufstellen. Die künftige Bundesgesetzgebung will diese Grenzen öffnen.

## 6 Grundsätze der Krankenhausplanung

### 6.1 Allgemeines und bisherige Entwicklung

Zur Sicherstellung einer notwendigen patientengerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern sowie zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Krankenhaus in gesicherter Qualität stellt das TMSGFF einen Krankenhausplan auf.

Die Krankenhausplanung hat die spezifischen Belange der Hochschulmedizin zu berücksichtigen. Das Universitätsklinikum Jena untersteht dem Geschäftsbereich des Thüringer Ministeriums für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft, welches seine diesbezüglichen Planungen mit dem TMASGFF entsprechend der geltenden Rechtslage abstimmt. Da das Universitätsklinikum Jena neben seinen Aufgaben in Lehre und Forschung in erheblichem Umfang an der medizinischen Versorgung der Thüringer Bevölkerung teilnimmt, wird es auch im achten Thüringer Krankenhausplan nachrichtlich ausgewiesen.

Gemäß § 4 Abs. 7 ThürKHG werden während der Laufzeit eines Krankenhausplans die Festlegungen der Feststellungsbescheide zweijährlich auf der Grundlage der Daten nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG des jeweiligen Vorjahres überprüft. Änderungsanträge der Krankenhausträger zu den planerischen Festlegungen werden auf der Grundlage dieser Überprüfung beschieden. Der siebte Thüringer Krankenhausplan trat mit Wirkung zum 01.01.2017 in Kraft, eine erste Überprüfung war somit 2019 auf Basis der Daten des Jahres 2018 vorzunehmen. Die Nachplanung beschränkte sich im Wesentlichen darauf, die tatsächliche Inanspruchnahme mit den jeweils festgestellten Planbetten zu überprüfen und die Kapazitäten entsprechend anzupassen.

Die zweite reguläre Überprüfung nach § 4 Abs. 7 ThürKHG hätte im Jahr 2021 auf Basis der Daten des Jahres 2020 angestanden. Aufgrund der andauernden Auswirkungen der COVID-19-Pandemie wurde diese ausgesetzt. In den vergangenen Jahren sind Anpassungen der Versorgungsaufträge soweit notwendig im Einzelfall im Krankenhausplanungsausschuss beraten und beschlossen worden.

#### **6.1.1 Verlängerung der Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans**

Mit Schreiben vom 22.04.2021 wandte sich die Landeskrankengesellschaft (LKHG) Thüringen e.V. an Frau Ministerin Werner mit der Anregung, den siebten Thüringer Krankenhausplan bis auf Weiteres fortbestehen zu lassen, solange die Auswirkungen der Pandemie und die Ermittlung eines auf der Grundlage von nachhaltigen Ist-Zahlen festgestellten Versorgungsbedarfs nicht verlässlich ein- und abgeschätzt werden könnten.

Die Krankenhausplanungsbehörde hielt zwar eine Verschiebung des achten Thüringer Krankenhausplans auf einen unbestimmten Zeitraum auch im Hinblick auf die Verpflichtung zur einer regelmäßigen Überprüfung der bedarfsgerechten Versorgung als zu weitreichend, schlug aber angesichts der zum damaligen Zeitpunkt noch andauernden Belastungen des Krankenhausesektors durch die COVID-19-Pandemie die Verschiebung der Aufstellung des achten Thüringer Krankenhausplans um ein Jahr vor. Der Krankenhausplanungsausschuss sprach sich einstimmig für die Verlängerung der Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans um ein Jahr aus. Die Aufstellung des achten Thüringer Krankenhausplans sollte danach bis zum 01.01.2024 verschoben werden.

#### **6.1.2 Werkstatt Gesundheit.Thüringen.2030**

Zur Vorbereitung des achten Thüringer Krankenhausplans wurde von Frühjahr 2022 bis Frühjahr 2023 zunächst ein dialogisch und partizipativ orientierter Werkstattprozess durchgeführt.

Die Werkstatt Gesundheit.Thüringen.2030<sup>16</sup> verfolgt das Ziel, gemeinsam Ideen und Lösungen zu entwickeln, um das System der Gesundheitsversorgung in Thüringen zukunftsorientiert voranzubringen. Sowohl die Perspektive der Bürgerinnen und Bürger/ Patientinnen und Patienten als auch die Perspektive der Beschäftigten werden in den Prozess einbezogen. Wesentliche Leitgedanken sind dabei die Aspekte der Wertschätzung sowie des vernetzten sektorenübergreifenden Arbeitens. Ziel ist es, aktiv die Transformation des Gesundheitswesens in Thüringen zu gestalten.

Erster Themenschwerpunkt im Werkstattprozess war die Zukunft der Krankenhausplanung. Gemeinsam mit den Akteuren der Thüringer Gesundheitsversorgung und Krankenhauslandschaft wurden in sechs Workshops die aktuellen Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung insbesondere im Krankenhausbereich analysiert, Lösungsmöglichkeiten zur Weiterentwicklung der Thüringer Krankenhausversorgung identifiziert und diskutiert und daraus Themenschwerpunkte und Fragestellungen für die Beauftragung des Gutachtens für den achten Thüringer Krankenhausplan entwickelt. Als Ausgangspunkt der Workshops diente das gemeinsam von Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen, Landesärztekammer Thüringen, Kassenärztlicher Vereinigung Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen entwickelte „Zielbild 2030 der medizinischen Versorgung in Thüringen“.

In einer umfangreichen Ergebnisdokumentation<sup>17</sup> wurden

- die Inhalte und Diskussionen der Workshops zusammengefasst,
- die Ergebnisse der Diskussionen im Rahmen des Abschlussworkshops und Ableitungen daraus zur Weiterarbeit aufbereitet und
- im Anhang daraus gebündelte Fragestellungen an das Gutachten für den achten Thüringer Krankenhausplan als Ergebnis der Dialogwerkstatt „Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen“

herausgearbeitet.

### **6.1.3 Gutachten**

Nach Abschluss des ersten Themenschwerpunkts „Zukunft der Krankenhausplanung“ der Werkstatt Gesundheit.Thüringen.2030 im Frühjahr 2023 hat das TMASGFF in einem nächsten Schritt zur Vorbereitung der Aufstellung des achten Thüringer Krankenhausplanes die Beratungsgesellschaft PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (PD) mit der Erarbeitung eines Gutachtens beauftragt. Der Gutachtauftrag umfasste, den Ist-Stand der Versorgung mit stationären Leistungen zu analysieren und unter Beachtung der Ergebnisdokumentation des Werkstattprozesses Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft abzuleiten.

Angesichts der oben geschilderten Reformprozesse hatte PD den Auftrag, die Analysen im Bereich der Somatik nach einer Leistungsgruppensystematik durchzuführen. Zum Zeitpunkt der Beauftragung und Erstellung des Gutachtens lag noch keine abschließende Definition der künftig nach dem KHVVG zu

---

<sup>16</sup> Mehr Informationen finden sich auf der Webseite: <https://zukunft-gesundheit.thueringen.de/>, zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

<sup>17</sup> Werkstatt Zukunft.Gesundheit.Thüringen.2030, Ergebnisdokumentation zum Werkstattprozess „Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen“<https://zukunft-gesundheit.thueringen.de/wp-content/uploads/2023/05/Ergebnisdokumentation-zum-Werkstattprozess-Zukunft-der-Krankenhausplanung-in-Thueringen.pdf>, zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

verwendenden Leistungsgruppen vor. Da das Eckpunktepapier die bundesweit einheitliche Etablierung ausgehend vom System der in NRW definierten 60 somatischen Leistungsgruppen vorsieht, wurde im Gutachten die aktuell in NRW genutzte Leistungsgruppensystematik für die Analysen im somatischen Bereich verwendet.

Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wurde eine separate Analysesystematik gewählt, ausgehend von der Fächerstruktur der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen (WBO).

Das im April 2024 vorgelegte Gutachten empfiehlt die Umstellung der bisherigen Planungssystematik auf eine Bedarfsplanung und Zuweisung von Versorgungsaufträgen mittels Leistungsgruppen. Dies ermögliche eine einheitlichere und differenziertere Betrachtung der stationären Versorgung als die bislang eher ungenaue Fachabteilungszuordnung. Das bislang im Thüringer Krankenhausplan zugrunde gelegte System der gestuften Versorgung mit regionaler, regional intermediärer und überregionaler Versorgung sollte nach Einschätzung des Gutachtens hingegen fortgeführt werden, so könnten sowohl die angemessene medizinische Grundversorgung auf der einen Seite als auch die Leistungskonzentration an Schwerpunkt und Maximalversorgern bei komplexeren Behandlungen sichergestellt werden. Im Hinblick auf die komplexen medizinischen Leistungen empfehlen die Gutachtenden aus ökonomischen aber vor allem qualitativen Gründen sogar eine künftig noch stärkere Konzentration. Sie sehen hier durch den bisherigen Werkstattprozess einen positiven Mobilisierungseffekt und raten der Planungsbehörde, unter Einbindung aller bisher Beteiligten die Krankenhausstrukturen aktiv weiterzuentwickeln. Dabei sollten versorgungsrelevante Krankenhäuser gestärkt werden. Während für einzelne spezifische Leistungsbereiche im Gutachten ein Kapazitätsausbau angeregt wird, so lautet auf der anderen Seite die Empfehlung des Gutachtens, überschüssige Bettenkapazitäten abzubauen. Die Krankenhäuser in Thüringen verzeichnen nach Feststellung der Gutachtenden seit einigen Jahren eine im deutschlandweiten Vergleich geringe Bettenauslastung, die von rund 74 % im Jahr 2018 auf nur noch 65 % im Jahr 2022 abgesunken ist. Legte man die im siebten Thüringer Krankenhausplan für die meisten Fachabteilungen angestrebte Normauslastung von 85 % zugrunde, könnten nach Berechnungen von PD in Thüringen basierend auf den tatsächlich im Jahr 2022 belegten Bettenkapazitäten etwa 2.900 Betten reduziert werden. Dabei betont das Gutachten, dass diese Kapazitätsanpassung keine signifikanten Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit der Bevölkerung hätte, da es sich um ohnehin nicht betriebene Kapazitäten handele.

Das Gutachten wurde im Krankenhausplanungsausschuss vorgestellt und dort beraten. Die Empfehlungen des Gutachtens haben Einfluss in den achten Thüringer Krankenhausplan gefunden.

#### **6.1.4 Ziele der Krankenhausplanung**

Ziel der Krankenhausplanung ist die Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit den notwendigen stationären und teilstationären medizinischen Leistungsangeboten in gesicherter Qualität. Dabei ist insbesondere die Sicherstellung der gesamten Versorgung in den ländlichen geprägten Regionen des Freistaats zu berücksichtigen. Die Thüringer Krankenhauslandschaft soll dazu mit einer besseren Vernetzung aller an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure weiterentwickelt werden. So sollen regionale und überregionale Versorger ebenso stärker miteinander kooperieren wie die Vernetzung der stationären Versorgung insgesamt mit der ambulanten Versorgung voranzubringen ist. Dabei sollen Behandlungspfade berücksichtigt und der Rettungsdienst und die Patientenlogistik mitgedacht werden.

Ziel des achten Thüringer Krankenhausplans ist die Überführung der Ausrichtung der Krankenhausplanung im Bereich der somatischen Versorgung in ein auf Leistungsgruppen basierendes System nach der mit dem KHVVG vorgesehenen Gliederung.

### **6.1.5 Planungsverfahren**

Parallel zum oben beschriebenen Prozess der Werkstatt Gesundheit.Thüringen.2030 haben in Vorbereitung des achten Thüringer Krankenhausplans auch mehrere Arbeitsgruppen des Krankenhausplanungsausschusses zu Einzelthemen gearbeitet. Aufgabe dieser Begleitgruppen war die fachliche Diskussion des jeweiligen Themas unter Einbeziehung sowohl der stimmberechtigten Mitglieder des Krankenhausplanungsausschusses als auch externer Sachverständiger, die von den jeweiligen Fachgesellschaften und der Landesärztekammer benannt wurden. Die Begleitgruppen tagten unterschiedlich oft und sind mit Ausnahme der Begleitgruppe Psychosomatik auch weiter tätig.

So arbeitet die AG Zentren an der Prüfung der Anträge der Plankrankenhäuser auf Zuweisung besonderer Aufgaben im Sinne der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen). Die AG Herzinfarktnetzwerk arbeitet an Empfehlungen zur Versorgung des akuten Herzinfarkts auf Basis des Konzeptentwurfs der Landesärztekammer Thüringen „Das Erfordernis zur Entwicklung strukturierter Behandlungsmodalitäten zur Therapie von Patienten mit akutem Herzinfarkt in Thüringen“.

Weiterhin hat die Planungsbehörde zahlreiche Gespräche mit Krankenhausträgern, Vertreterinnen und Vertretern von Fachgesellschaften, Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Werkstattprozesses und des Thüringer Ministeriums für Infrastruktur und Landwirtschaft (TMIL) geführt.

Die Ergebnisse der Begleitgruppen sowie der Gespräche sind in die Planungsgrundsätze bzw. Planungsvorschläge eingeflossen.

## **6.2 Planungsgrundsätze**

### **6.2.1 Allgemeine Planungsgrundsätze**

Mit dem achten Thüringer Krankenhausplan soll die patientenfreundliche und bürgernahe stationäre Versorgung im Freistaat aufrechterhalten und weiter verbessert werden.

Die Struktur der Krankenhäuser in Thüringen ist durch den grundlegenden Strukturreformprozess nach der Wiedervereinigung Deutschlands bereits sehr gut aufgestellt. Zu diesem Ergebnis kommt auch das Gutachten. Alle vorhandenen Standorte werden für die Sicherstellung der flächendeckenden Krankenhausversorgung der Thüringer Bevölkerung benötigt. Entscheidend ist, die in Kapitel 5 geschilderten Herausforderungen durch eine stärkere Spezialisierung und Leistungskonzentration in geeigneten Leistungsbereichen und vor allem mehr Netzwerkarbeit und Kooperationen zwischen den Klinikstandorten zu meistern. Sektorenübergreifende Versorger sollen dabei, wo sich dies anbietet, in den ländlichen Regionen des Freistaats etabliert werden.

### **6.2.2 Planungsregionen und Pflichtversorgungsgebiete**

Die vier bisherigen Planungsregionen Nordthüringen, Mittelthüringen, Ostthüringen und Südwestthüringen werden beibehalten.

Eine der Anregungen aus der Werkstatt Gesundheit.Thüringen.2030 lautete, die Strukturierung der Planungsregionen zu überprüfen und ggf. anzupassen. Krankenhausplanung und Raumordnung müssten zusammengedacht werden. Ergebnis der infolge dessen gemeinsam mit dem TMIL vorgenommen Überprüfung war der Verbleib bei den bekannten Planungsregionen, da eine zusätzliche Planungsdimension zwischen den Planungsregionen und der Ebene der Landkreise als nicht sinnvoll erachtet wurde und die Landkreisebene zu kleinteilig für die Belange der Krankenhausplanung insgesamt ist.

Beantragt ein Krankenhaus neu in den Krankenhausplan aufgenommen zu werden oder beantragt ein Krankenhaus die Erweiterung seines Leistungsspektrums, so ist bei gedecktem Bedarf eine Auswahlentscheidung zwischen dem Neubewerber und den vorhandenen Anbietern zu treffen. Bei Leistungsangeboten, die der regionalen oder der regional intermediären Versorgung<sup>18</sup> zugeordnet werden, werden alle Krankenhäuser der jeweiligen Planungsregion, die das entsprechende Leistungsangebot vorhalten, in die Abwägungsentscheidung einbezogen. Bei Leistungsangeboten, die der überregionalen Versorgung zugeordnet sind, werden alle vier Planungsregionen einbezogen.

Sofern sich während der Planlaufzeit Veränderungen bei den Standorten ergeben, werden sie aufgrund ihrer geografischen Zugehörigkeit einer Planungsregion zugeordnet. Sollte hier kein Einvernehmen erzielt werden, stimmt sich das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium mit dem für Raum- und Landesplanung zuständigen Ministerium über die Zuordnung ab.

Eine Zuordnung der Krankenhäuser zu den Planungsregionen findet sich im Kapitel 16 in Tabelle 16.2.

Die bisherigen Pflichtversorgungsgebiete bleiben sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zunächst unberührt. Mit dem Ziel der Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung kann bei Bedarf eine Anpassung der Pflichtversorgungsgebiete erfolgen. Die Pflichtversorgungsgebiete sind anzupassen, wenn neue Anbieter in den Fächern Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hinzutreten. Jede Einrichtung mit einem Versorgungsauftrag für eines oder mehrere der psychiatrischen Fächer ist verpflichtet, Patientinnen und Patienten bei einer zwangsweisen Zuführung aus medizinischen Gründen aufzunehmen und zu versorgen. Eine Aufstellung der Pflichtversorgungsgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist nachrichtlich in Kapitel 16.3 aufgenommen.

### **6.2.3 Standorte**

Entsprechend der Vorgabe in § 4 Abs. 2 Satz 1 ThürKHG werden die Standorte der Krankenhäuser verbindlich im Krankenhausplan ausgewiesen. Die Versorgungsaufträge werden den Standorten auch künftig verbindlich zugewiesen. Dadurch wird weiterhin eine wohnortnahe flächendeckende Versorgung sichergestellt. Zudem sieht auch die nach KHVVG vorgesehene Zuweisung von Leistungsgruppen den Nachweis der Qualitätskriterien standortbezogen vor.

Die Planungsaussage zum Standort erfolgt insbesondere auch bei den in den psychiatrischen Disziplinen in den Krankenhausplan aufgenommenen externen Tageskliniken unter der Zielstellung, wohnortnahe Versorgungsangebote in sonst unzureichend oder sehr wohnortfern versorgten Gebieten

---

<sup>18</sup> Vgl. Kapitel 6.2.5.

aufzubauen bzw. vorzuhalten. Die hierfür ausgewiesenen Kapazitäten tagesklinischer Plätze sind festgeschrieben.

Diese Grundsätze gelten auch, wenn während der Laufzeit des achten Thüringer Krankenhausplanes für weitere Versorgungsaufgaben externe Tageskliniken etabliert werden.

#### **6.2.4 Leistungsspektrum und Planungssystematik**

Die Krankenhausplanung in Thüringen hat Versorgungsaufgaben bislang nach Fachrichtungen zugewiesen. Dabei hat sich das TMASGFF bezüglich des in den Krankenhausplänen ausgewiesenen Fächerspektrums im Wesentlichen an der geltenden Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen orientiert.

Aufgrund der mit dem KHVVG vorgesehenen Etablierung bundeseinheitlich definierter Leistungsgruppen mit Qualitäts- und Strukturvorgaben als Basis der geplanten Einführung einer Vorhaltevergütung ist ein Festhalten an der bisherigen Planungssystematik für alle Bereiche der akutstationären Versorgung im achten Thüringer Krankenhausplan nicht weiter zweckmäßig.

Darum soll für den Bereich der somatischen stationären Versorgung der Empfehlung des Gutachtens gefolgt werden. Die Planungssystematik wird auf Leistungsgruppen umgestellt. Daneben soll für ausgewählte Klinikstandorte eine Ausweisung als Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (SÜV) ins Auge gefasst werden. Diese Umstellung der Planungssystematik ist durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Thüringer Krankenhausgesetzes ermöglicht worden.

##### **6.2.4.1 Psychiatrische Disziplinen**

Für die psychiatrischen Disziplinen verbleibt es bei der Orientierung an der geltenden Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen. Im achten Thüringer Krankenhausplan werden die Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie; Psychosomatik und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ausgewiesen. Bestehende und künftige Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen gem. § 64 b SGB V werden befürwortet.

##### **6.2.4.2 Somatische Leistungsbereiche**

Die Umstellung der Planungssystematik auf Leistungsgruppen und die Zuweisung der vorgesehenen Versorgungsaufgaben an die Thüringer Krankenhäuser soll anhand der im KHVVG vorgesehenen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erfolgen. Da der Gesetzentwurf des KHVVG mittlerweile vorliegt und § 135e Abs. 4 SGB V nF bis zum Erlass der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V nF eine detaillierte und vollziehbare Übergangsregelung zu dem mit den Leistungsgruppen verbundenen Qualitätskriterien vorsieht, die in einer Anlage ausformuliert ist, kann mit den notwendigen Vorarbeiten begonnen werden.

##### **6.2.4.3 Sektorenübergreifende Versorger**

Durch das Konzept der Sektorenübergreifenden Versorger soll die ärztliche und pflegerische Vor-Ort-Versorgung künftig um ein neues Element ergänzt werden können. In SÜVs können stationäre Leistungen wohnortnah sowohl mit ambulanten als auch mit pflegerischen Leistungen verbunden werden. Hiervon sollen insbesondere Krankenhäuser profitieren, deren Fortbestand auf Grund des geringen stationären Versorgungsbedarfs in der Region nicht gesichert ist. Es soll die Möglichkeit

bestehen, das Leistungsangebot dieser Krankenhäuser sektorenübergreifend an dem jeweiligen Bedarf an stationären, ambulanten oder pflegerischen Leistungen auszurichten.

Für die Aufnahme Sektorenübergreifender Versorger in den achten Thüringer Krankenhausplan sind mit dem dritten Gesetz zur Änderung des Thüringer Krankenhausgesetzes die landesrechtlichen Voraussetzungen geschaffen worden. Die Regelungen im Gesetzentwurf des KHVVG sind jedoch noch dringend zu überarbeiten. Sobald die gesetzlichen Vorgaben und Handlungsspielräume für die Bundesländer abschließend geklärt sind, soll die Etablierung Sektorenübergreifender Versorger, soweit dies den Belangen der flächendeckenden Versorgung entspricht, ermöglicht werden.

### **6.2.5 Versorgungsauftrag**

Aus dem Auftrag aus § 4 Abs. 2 Satz 1 ThürKHG, für die Krankenhäuser Versorgungsaufgaben festzulegen, leitet sich in Verbindung mit der in § 1 Abs. 3 ThürKHG definierten Vorgabe, ein gegliedertes, mehrstufiges System von Krankenhäusern zu gewährleisten, die Notwendigkeit ab, die Versorgungsaufträge zu regionalisieren. Die mit dem sechsten Thüringer Krankenhausplan eingeführte dreistufige Gliederung in regionale, regional-intermediäre und überregionale Versorgung hat sich bewährt und wird für den achten Thüringer Krankenhausplan beibehalten. Für die psychiatrischen Disziplinen verbleibt es bei der bisherigen Zuordnung der Fächer.

#### **6.2.5.1 Gestufter Versorgungsauftrag**

Der Versorgungsauftrag ist in zweierlei Hinsicht gestuft:

- a) Ebene der planungsrelevanten Leistungsbereiche im Bereich der psychiatrischen Versorgung
  - Regionale Versorgung
  - Regional intermediäre Versorgung:  
Die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfüllen einen regional intermediären Versorgungsauftrag.
  - Überregionale Versorgung

Die somatischen Leistungsgruppen werden nach Inkrafttreten des KHVVG in Abstimmung mit dem Krankenhausplanungsausschuss entsprechend den drei Versorgungsstufen zugeordnet werden.

- b) Ebene der Krankenhäuser
  - Regionale Versorgung  
Einen regionalen Versorgungsauftrag erhalten alle Krankenhäuser, die nur die Disziplinen der regionalen Versorgung vorhalten.
  - Regional intermediäre Versorgung  
Diesen Versorgungsauftrag erhalten alle Krankenhäuser, die neben den Leistungsbereichen der regionalen Versorgung mindestens eine Disziplin vorhalten, die der regional intermediären Versorgung zugeordnet ist.
  - Überregionale Versorgung  
Diejenigen Krankenhäuser, die neben sonstigen Versorgungsaufgaben mindestens einen Leistungsbereich vorhalten, der der überregionalen Versorgung zugeordnet ist, erhalten einen überregionalen Versorgungsauftrag.

### **6.2.5.2 Fachkliniken/Fachkrankenhäuser**

Fachkliniken sind Plankrankenhäuser, die sich auf bestimmte Erkrankungen oder Erkrankungsgruppen oder spezifische Patientengruppen mit besonderen Bedarfen spezialisiert haben. Sie sollen auch im achten Thüringer Krankenhausplan wie bisher als solche ausgewiesen werden. Ihr Versorgungsauftrag richtet sich wie bei den allgemeinversorgenden Krankenhäusern auch nach ihrem Leistungsspektrum.

Die Regierungskommission hat in ihrer Dritten Empfehlung erkannt, dass Fachkliniken mit ihrer hohen fachlichen Expertise einer gesonderten Berücksichtigung bedürfen, da sie mit ihren spezifischen Versorgungsaufgaben für die Versorgung der Bevölkerung elementar sind. Auch die Länder haben darauf hingewirkt, dass im Eckpunktepapier die Bedeutung der Fachkliniken betont wird.

Die Planungsbehörde bewertet den Beitrag der Thüringer Fachkliniken und Fachkrankenhäuser als unverzichtbar für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung. Ihre besondere Fachkompetenz ermöglicht hochdifferenzierte Behandlungen, von denen die Patientinnen und Patienten profitieren. Darum wird sich die Landesregierung im förmlichen Gesetzgebungsverfahren insbesondere dafür einsetzen, dass die im KHVVG vorgesehenen Qualitätskriterien, die eher von fachlich breit aufgestellten Kliniken ausgehen, nicht den Fortbestand der Thüringer Einrichtungen verhindern.

### **6.2.5.3 Tagesstationäre Versorgung**

Auf Grundlage der Zweiten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission „Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens“ ist in § 115e SGB V als neue Behandlungsform die tagesstationäre Behandlung ermöglicht worden. In medizinisch geeigneten Fällen können zugelassene Krankenhäuser, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen, soweit die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird.

Die Relevanz dieser neuen Versorgungsform und ihre möglichen Auswirkungen auf die Bedarfsnotwendigkeit stationärer Kapazitäten sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar. Einer krankenhauplanerischen Berücksichtigung bedarf es derzeit noch nicht. Im Rahmen der Nachplanung soll dies auf Basis der Entwicklung der tagesstationären Versorgung erneut bewertet werden.

### **6.2.5.4 Tageskliniken/teilstationäre Angebote**

Die teilstationäre Behandlung ist zwischen einer stationären und einer ambulanten Versorgung anzusiedeln. Es handelt sich um die mehrtägige Versorgung von Patientinnen und Patienten gemäß eines zuvor festgelegten Behandlungsplanes mit der spezifisch medizinisch-organisatorischen Infrastruktur eines Krankenhauses. Die Gewährung von Unterkunft und Verpflegung ist möglich, dabei ist jedoch keine ununterbrochene Anwesenheit der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erforderlich.

Teilstationäre Angebote werden nur für die Fächer Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie explizit als

Tageskliniken im Krankenhausplan ausgewiesen. Externe Tageskliniken sollten einen regionalen Bezug zur sie betreibenden Einrichtung aufweisen.

Für die somatischen Disziplinen können die Krankenhäuser im Rahmen ihres sich aus den zugewiesenen Leistungsgruppen ergebenden Versorgungsauftrages grundsätzlich teilstationäre Leistungen erbringen. Einzig im Bereich der geriatrischen Versorgung erfolgt weiter die ausdrückliche Planung und Ausweisung als externe Tagesklinik.

### **6.2.5.5 Belegabteilungen**

Wie in den vorangegangenen Krankenhausplänen bleiben Belegabteilungen Bestandteil der Krankenhausplanung. Das im siebten Thüringer Krankenhausplans verankerte, kooperative Belegarztsystem zur Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit eines Belegarztes bedarf jedoch einer Anpassung. Nach dem bisherigen System waren in der Regel zwei vertraglich gebundene Ärzte erforderlich. Diese Forderung galt auch als erfüllt, wenn neben dem belegenden Facharzt ein weiterer Facharzt des gleichen Fachgebietes, der nicht selbst als Belegarzt tätig werden will, vertraglich in die Rufbereitschaft einbezogen wird, falls der belegende Facharzt nicht zur Verfügung steht. Der Gesetzentwurf zum KHVVG führt in seiner aktuellen Fassung aus, dass bei belegärztlicher Versorgung die für die jeweilige Leistungsgruppe angegebenen fachärztlichen Mindestvoraussetzungen ebenso zu erfüllen sind. Bleibt es bei diesen Vorgaben, entfällt mit Inkrafttreten des KHVVG der bisher in Thüringen zugrunde gelegte Maßstab zum Nachweis der personellen Leistungsfähigkeit der Belegabteilung.

### **6.2.6 Prognose**

Auch der achte Thüringer Krankenhausplan sollte – wie bislang in der Thüringer Krankenhausplanung üblich – bei seinem Erlass prognostische Aussagen zur Entwicklung des stationären Behandlungsbedarfs treffen. Der Gutachtenauftrag umfasste die Ermittlung einer entsprechenden Bedarfsprognose bis zum Jahr 2030.

#### **6.2.6.1 Prognosefaktoren Demographie und Ambulantisierung**

Um eine solche Prognose für die Bedarfsentwicklung bis zum Jahr 2030 abgeben zu können, haben die Gutachtenden die Daten der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 3 KHEntgG, welche für die Jahre 2018-2022 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) an den Freistaat Thüringen übermittelt wurden, analysiert.

Untersucht wurde zudem der Einfluss der demografischen Entwicklung unter Verwendung der Daten des Thüringer Landesamts für Statistik. Neben der Einbeziehung der demographischen Entwicklung in die Prognoseberechnung empfehlen die Gutachtenden zudem die Korrektur der so prognostizierten Erwartungswerte um das mögliche Ambulantisierungspotenzial. Für die Bestimmung der Ambulantisierungsfaktoren der einzelnen Leistungsgruppen wurde gemäß dem „Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V“<sup>19</sup> des IGES-Instituts der ambulantisierbare Anteil der Fälle im Jahr 2022 berechnet und konservativ angenommen, dass dieser Anteil bis 2032 vollständig realisiert werden kann. Bei Leistungsgruppen, für die keine Daten in Thüringen vorlagen, wurden nachrichtlich

---

<sup>19</sup> IGES-Institut (2022): Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V, [https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr\\_objis27932/IGES\\_AO\\_P\\_Gutachten\\_032022\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objis27932/IGES_AO_P_Gutachten_032022_ger.pdf), zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

Ambulantisierungsfaktoren ausgewiesen. Der so bestimmte Ambulantisierungsfaktor je Leistungsgruppe wurde auf den Fallzahl-Erwartungswert angewendet und je Prognosejahr ausgegeben.

Details zur genauen Analyse des Leistungsgeschehens von 2018-2022, sowie zur Berechnung und Herleitung aller aufgestellten Prognosen können Kapitel 5 des Gutachtens entnommen werden, die vorgenommene leistungsgruppenbezogene Einschätzung zu den Ambulantisierungsfaktoren findet sich nachrichtlich in Kapitel 16.2.

Detaillierte Aufstellungen zur von den Gutachtenden erstellten Prognose der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten unterschieden sowohl nach Wohnort als auch Behandlungsort Thüringen finden sich im Anhang des Gutachtens, jeweils in vier verschiedenen Szenarien. Diese unterscheiden sich zum einen im Hinblick auf das für die Prognose verwendete Basisjahr, mit Berechnungen ausgehend von den Leistungsdaten des Jahres 2019 oder des Jahres 2022 und zum anderen darin, ob ein Ambulantisierungsfaktor bedarfsmindernd angesetzt wird oder nicht.

### **6.2.6.2 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie**

Die mit der Prognose ermittelten bedarfsnotwendigen Kapazitäten schwanken dabei in Abhängigkeit vom zugrunde gelegten Basisjahr (2019 oder 2022) erheblich. Die Festlegung einer Datenbasis ist neben der Bestimmung von Prognosefaktoren Grundlage für eine möglichst verlässliche Bedarfsprognose des künftig erwarteten Leistungsgeschehens.

Den Gutachtenden lagen Daten bis einschließlich zum Jahr 2022 vor. Sie sehen diese und damit die Ergebnisse des Gutachtens nach wie vor durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie beeinflusst. Nach einem starken Fallzahleinbruch ab dem Jahr 2020 ist auch mit den Daten des Jahres 2022 für die weitere Entwicklung des Leistungsgeschehens noch kein valider Trend abzuschätzen. Die Gutachtenden erwarten gleichzeitig jedoch keine „Rückkehr“ des Leistungsgeschehens auf das Niveau vor der COVID-19-Pandemie, so dass die Verwendung der Leistungsdaten des Jahres 2019 nicht sachgerecht ist.

Die Gutachtenden haben daher empfohlen, die Leistungsdaten, die dem TMASGFF typischerweise im Sommer des darauffolgenden Jahres zur Verfügung stehen, im Anschluss an das Gutachten fortlaufend zu analysieren. Ziel ist es, etwaige Veränderungen der Inzidenzen im Vergleich zu den im Gutachten angenommenen Parametern zu erkennen sowie mögliche Veränderungen bei der Entwicklung des Bedarfs frühzeitig zu identifizieren.

### **6.2.6.3 Weiteres Verfahren**

Der Empfehlung des Gutachtens folgend soll im Sommer 2024 mit den Leistungsdaten des Jahres 2023 erstmalig ein Vergleich zu den Auswertungen des Gutachtens vorgenommen werden. Im Anschluss soll mit dem Krankenhausplanungsausschuss beraten werden, welche Datenbasis für die Prognose der Psych-Fächer bis zum Jahr 2030 zugrunde gelegt wird.

Auch für die somatischen Leistungsbereiche gilt die Empfehlung des Gutachtens zu einer Einbeziehung der Daten weiterer Leistungsjahre in die Bildung der Datenbasis für die Bedarfsprognose. Dies sollen mit den Daten der Jahre 2023 und gegebenenfalls auch des Jahres 2024 erfolgen.

Im Bereich der Somatik ist bei der Bedarfsermittlung zudem zu berücksichtigen, dass das Gutachten seine Analysen anhand der 60 in NRW entwickelten somatischen Leistungsgruppen vorgenommen hat. Nach dem aktuellen Stand des Gesetzentwurfs zum KHVVG treten noch fünf weitere Leistungsgruppen in den somatischen Disziplinen hinzu: Infektiologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin, spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, spezielle Traumatologie und Notfallmedizin. Das Hinzutreten dieser Leistungsgruppen erfordert Anpassungen bei der bisher vorgenommenen Zuordnung des Leistungsgeschehens auf die 60 Leistungsgruppen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat die Aufgabe, bundeseinheitlich alle Fallpauschalen den Leistungsgruppen zuzuordnen. Der Auftrag, einen solchen Leistungsgruppen-Groupier zu entwickeln, ist mit dem KHTG in § 21 Abs. 3c KHEntgG erteilt worden. Er soll bis September 2024 vorliegen. Die Neuordnung kann im Zuge der Überprüfung der Leistungsdaten erfolgen.

Die in Tabelle 2 beschriebenen Umsetzungsschritte des KHVVG bis zum 01.01.2027 erlauben diese Überprüfungen, ohne dass der Zuweisungsprozess der Versorgungsaufgaben in den somatischen Leistungsbereichen hierdurch verzögert würde. Dies ermöglicht es zudem, dass die Versorgungsentscheidungen auf einer möglichst aktuellen Datenbasis und Bedarfsprognose beruhen.

Die Prognose der bedarfsnotwendigen Kapazitäten bleibt mithin der Fortschreibung des achten Thüringer Krankenhausplans vorbehalten.

### **6.3 Rolle des 8. Thüringer Krankenhausplans**

Die Planlaufzeit des achten Thüringer Krankenhausplans in den Jahren 2024 bis 2030 wird für die Thüringer Krankenhauslandschaft einen seit der Umstrukturierung nach der Wiedervereinigung Deutschlands beispiellosen Transformationsprozess mit sich bringen.

Schon das Verfahren der Aufstellung des achten Thüringer Krankenhausplans war, wie die obigen Ausführungen verdeutlichen, geprägt von besonderen externen Einflüssen:

So führte zunächst die COVID-19-Pandemie zu einer Verlängerung der Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans, da die Bewältigung dieser Krise alle Ressourcen bündelte. Und auch wenn seit 2022 intensiv Vorbereitungsarbeiten für den achten Thüringer Krankenhausplan liefen, zeigt das im April 2024 vorgelegte Gutachten, dass die COVID-19-Pandemie den Krankenhausplanungsprozess auch weiter beeinflusst: Eine solide Bedarfsanalyse bis in das Jahr 2030 ist derzeit auf Basis der Leistungsdaten bis zum Jahr 2022 nicht möglich. Nach Einschätzung sowohl vieler Thüringer Krankenhäuser als auch der Gutachtenden, werden die Nachwirkungen der pandemiebedingten Leistungseinbrüche bei den Leistungsdaten des Jahres 2023 erstmals weitgehend vernachlässigbar sein, so dass unter Einbeziehung dieser Daten eine belastbare Datenbasis für die Bedarfsprognose vorliegen wird.

Daneben hatte der geschilderte Reformprozess auf Bundesebene massiven Einfluss auf die Erstellung des achten Thüringer Krankenhausplans. Der auf die Krankenplanung ausgerichtete Themenschwerpunkt der Werkstatt Gesundheit.Thüringen.2030 war bereits weit fortgeschritten, als die Regierungskommission am 06.12.2022 ihre maßgebliche dritte Empfehlung vorgelegt hat. Die im ersten Halbjahr 2023 durchgeführten intensiven Bund-Länder-Gespräche, die zur Verabschiedung des Eckpunktepapiers geführt haben, brachten Klarheit, dass die Einführung einer auf bundeseinheitlich definierten Leistungsgruppen basierenden Vorhaltevergütung schnellstmöglich umgesetzt werden

sollte. Das zeigt sich auch am vorliegenden Gesetzentwurf zum KHVVG. Die Entwicklung einer landespezifischen Leistungsgruppensystematik im achten Thüringer Krankenhausplan stand damit außer Frage.

Die geplante künftige Ausgestaltung der Betriebskostenfinanzierung mit der auf bundeseinheitlich definierten Leistungsgruppen basierenden Vorhaltevergütung bedingt vielmehr aufgrund des oben in Kapitel 3.4 beschriebenen Umsetzungsprozess dieses Gesetzes die Übernahme der Gliederung des neuen Finanzierungssystems auch in das Planungssystem im Freistaat Thüringen. Das Vorhaltebudget wird künftig den Hauptanteil am Gesamtbudget der Krankenhäuser ausmachen. Eine Leistungserbringung aufgrund planerischer Zuweisung, ohne zugleich für die Leistungsgruppe die nach § 135e SGB V nF vorgesehenen Qualitätskriterien zu erfüllen, oder eine anerkannte Ausnahmegenehmigung zu haben und damit Anspruch auf die Vorhaltevergütung zu erwerben, ist für die Krankenhäuser nicht wirtschaftlich realisierbar.

Gleichzeitig ist eine Zuweisung von Versorgungsaufgaben auf Basis von Leistungsgruppen im achten Thüringer Krankenhausplan frühestens möglich, nachdem das KHVVG in Kraft getreten ist. Das KHVVG gibt zudem vor, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wird. Die erstmalige Prüfung des Medizinischen Dienstes muss nach dem gegenwärtigen Gesetzentwurf erst bis Ende Juni 2026 abgeschlossen sein. Die Vorlage eines bestätigenden Gutachtens ist Voraussetzung für die Zuweisung der Leistungsgruppe durch Feststellungsbescheid.

Damit liegen gleich zwei für einen Krankenhausplan typischerweise ganz maßgebliche Komponenten zum Zeitpunkt des Erlasses des achten Thüringer Krankenhausplans (noch) nicht vor: Eine Bedarfsprognose und eine feststehende Planungssystematik.

Eine erneute Verschiebung des achten Thüringer Krankenhausplans kam für das TMASGFF gleichwohl nicht in Betracht: Es besteht eine weit reichende Unsicherheit über die künftige Ausgestaltung der Thüringer Krankenhauslandschaft sowohl bei den Beschäftigten der Thüringer Krankenhäuser als auch bei den Bürgerinnen und Bürgern insgesamt. Die wirtschaftlichen Schwierigkeiten vieler Kliniken haben ebenso ihren Weg in die aktuelle Berichterstattung gefunden wie die Zerwürfnisse zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und den Bundesländern über die konkrete Ausgestaltung der Bundesreform. Viele überregionale Berichte zeichnen dabei ein Bild, dass die Schließung vieler Krankenhausstandorten erwarten lässt.

Während dies in anderen Bundesländern durchaus denkbar ist, gilt dies für den Freistaat Thüringen nicht. Wie oben ausgeführt, ist das Netz der Krankenhäuser in Thüringen nach dem Konzentrationsprozess bis zur Jahrtausendwende gut strukturiert, was auch das aktuelle Gutachten bestätigt hat. Alle vorhandenen Standorte werden für die Sicherstellung der flächendeckenden Krankenhausversorgung der Thüringer Bevölkerung benötigt, lediglich die Leistungsprofile der Krankenhäuser müssen überprüft werden.

Um die bestehende Unsicherheit zu beenden und den mit der Werkstatt Gesundheit.Thüringen.2030 begonnenen transparenten und partizipativen Weg fortzusetzen, bietet der achte Thüringer Krankenhausplan einen Orientierungsrahmen. Er soll soweit wie derzeit möglich, Klarheit schaffen. Alle Beteiligten, insbesondere die Thüringer Krankenhäuser selbst, sollen in die Lage versetzt werden, mit nachvollziehbaren Zeithorizonten für die nächsten anstehenden Schritte bei der Umsetzung und

Fortschreibung des achten Thüringer Krankenhausplans ihre internen Planungsprozesse voranzutreiben. Bis zum Erlass neuer Feststellungsbescheide gelten die zur Umsetzung des siebten Thüringer Krankenhausplans erlassenen Feststellungsbescheide fort.

Bei seiner Umsetzung und Fortschreibung wird der achte Thüringer Krankenhausplans durch fortlaufende Konkretisierung selbst eine Transformation von einem zunächst groben Orientierungsrahmen zu einem Tableau einer zukunftssicher aufgestellten Krankenhauslandschaft in Thüringen nehmen.

## 7 Vorgaben zur Strukturqualität

Mit dem siebten Thüringer Krankenhausplan hat der Freistaat Thüringen neue Wege in der Krankenhausplanung beschritten, da zum ersten Mal Qualitätskriterien unmittelbar Einfluss auf die Zuerkennung bzw. Beibehaltung von Versorgungsaufträgen hatten. Die zwingend zu erfüllenden Vorgaben sind in der Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Abs. 3 ThürKHG (ThürQSVO) geregelt. Entsprechend der Systematik, dass der Krankenhausplan bzw. die darauf ergehenden Feststellungsbescheide untergesetzliche Regelungen sind, stellen die weiteren, bei einzelnen Fächern im Folgenden formulierten Vorgaben Empfehlungen dar, deren Erfüllung im Sinn einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung durch die Krankenhäuser angestrebt werden soll.

Bei Inkrafttreten des KHVVG wird der Fortbestand der ThürQSVO zu prüfen sein, da es dann in bisher nicht vorhandenem Umfang, oftmals erstmalig, bundesgesetzliche Vorgaben zur Strukturqualität geben wird.

Bereits heute gibt es indes bundeseinheitliche Strukturvorgaben, die auf die Landeskrankenhausplanung ausstrahlen. Diese werden zumeist über Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgestellt. Ihre Vorgaben werden bei der Zuteilung der Versorgungsaufträge direkten oder indirekten Einfluss haben. Insbesondere gilt dies für die Regelungen des G-BA gem. § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R); die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gem. § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) sowie die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gem. § 136c Abs. 4 SGB V.

## 8 Ausgesuchte Themenkomplexe der stationären Versorgung und Qualitätsvorgaben

### 8.1 Geburtshilfe

Das Betreiben einer stationären Geburtshilfe war bislang Teil des Versorgungsauftrages im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Schon während der Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans gab es dabei die Möglichkeit, die Fachabteilung auch bei Schließung der Geburtsstation fortzuführen. Die Krankenhäuser der geburtshilflichen Versorgung werden entsprechend den Vorgaben des G-BA vier Versorgungsstufen zugeordnet. Das Gutachten hat die

geburtshilfliche Versorgung in Thüringen in den vergangenen Jahren anhand der in Nordrhein-Westfalen definierten LG „21.4 – Geburten“ analysiert.<sup>20</sup>

Die Fallzahlen sind im Bereich der Geburtshilfe während der Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans kontinuierlich gesunken: Im Jahr 2022 wurden in Thüringer Kliniken insgesamt 22 Prozent weniger Geburten betreut als im Jahr 2018.

Die Thüringer Versorgungslandschaft ist von relativ kleinen geburtshilflichen Stationen geprägt. Zu Beginn der Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans gab es in Thüringen 24 stationäre Geburtshilfen. Vor allem aufgrund zurückgehender Geburtenzahlen und Problemen kleinerer Geburtsstationen, freiwerdende Stellen erfolgreich wieder zu besetzen, haben in den vergangenen Jahren mehrere Thüringer Kliniken ihre Geburtshilfen geschlossen. Damit hat sich die Gesamtanzahl der verbleibenden Einrichtungen auf zuletzt 19 reduziert. Im Jahr 2022 betreute rund ein Drittel der damals noch 21 Leistungserbringer etwas mehr als die Hälfte aller Fälle. Bei vier der Leistungserbringer gab es im betrachteten Zeitraum weniger als 350 Entbindungen, also durchschnittlich weniger als eine Entbindung pro Tag. Mehr als die Hälfte der Leistungserbringer betreute weniger als 600 Entbindungen. 600 Fälle gelten dabei nach Einschätzung des Gutachtens als eine medizinisch-organisatorische Untergrenze. Abteilungen mit weniger jährlichen Geburten sind als eine Einrichtung der Geburtshilfe schwierig zu betreiben, unter anderem da die Fachkräftegewinnung erschwert ist. Die Arbeitsplatzattraktivität steigt mit der Möglichkeit, mehr Geburten zu betreuen.

Im Jahr 2024 erhalten drei der Leistungsanbieter in Thüringen einen Sicherstellungszuschlag gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG für den Betrieb der Fachabteilung Geburtshilfe. Mit Sicherstellungszuschlägen werden Krankenhäuser finanziell unterstützt, die für die regionale Basisversorgung der Bevölkerung notwendig sind, die aber aufgrund geringer Fallzahlen die relevanten Fachabteilungen nicht kostendeckend finanzieren können. Der Gesetzentwurf des KHVVG sieht für die Zukunft zudem gesonderte Zuschläge für geburtshilfliche Abteilungen vor. Damit soll die Schließung von Geburtsstationen aus wirtschaftlichen Gründen verhindert werden.

Bei Berücksichtigung des möglichen prognostizierten Fallzahlrückgangs sind nach Einschätzung des Gutachtens gleichwohl Tragfähigkeitsprobleme auch weiterer Geburtshilfen künftig kaum auszuschließen. Dabei ist bei allen Problemen die Versorgungssituation gegenwärtig noch gut bis sehr gut: nach Auswertungen des Gutachtens konnten im Jahr 2022 rund 95 % der Bevölkerung Thüringens den wohnortnächsten Versorger der Geburtshilfe in Thüringen in maximal 40 Minuten erreichen. Der G-BA spricht von einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung, wenn die nächstgelegene Geburtshilfe mehr als 40 Minuten entfernt ist. Es gibt jedoch auch vereinzelt Regionen in Ost- und Südwestthüringen, in denen mit längeren Fahrtzeiten zu rechnen ist. Darum sollen die bestehenden Geburtsstationen nach Möglichkeit erhalten werden.

---

<sup>20</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022): Übersichtstabelle der Leistungsgruppendifinitionen, [https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle\\_ueber\\_die\\_leistungsgruppendifinitionen.pdf](https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppendifinitionen.pdf), zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

Die vom Gutachten empfohlene regelmäßige Evaluierung der Geburtenzahlen der einzelnen Standorte ist durch die in § 4 Abs. 7 ThürKHG vorgesehene zweijährliche Überprüfung der planerischen Festlegungen gewährleistet.

An der ebenfalls angeregten Entwicklung und Etablierung ergänzender neuer Versorgungsmodelle arbeitet bereits der Runde Tisch „Geburt und Familie“. Eine Unterarbeitsgruppe beschäftigt sich insbesondere mit möglichen Modellprojekten und Schnittstellenproblemen in der geburtshilflichen Versorgung. Ziel ist es, vor dem Hintergrund der rückläufigen Geburtenzahl und des zunehmenden Fachkräftemangels die bestmögliche Versorgung für Schwangere/Familien thüringenweit flächendeckend zu gewährleisten. Dabei geht es um jede Geburt, nicht nur Risiko-Schwangerschaften.

## 8.2 Geriatrie

Die Planungsbehörde hat sich bei Aufstellung des siebten Thüringer Krankenhausplans für die weitere eigenständige Bepanung akutmedizinischer geriatrischer Versorgung entschieden und Versorgungsaufträge im Fachgebiet Geriatrie an drei Fachkliniken und sechs allgemeinversorgende Krankenhäuser erteilt. Dem ging ein intensiver Diskussionsprozess im Krankenhausplanungsausschuss voraus, auf eine ausdrückliche geriatrische Fachplanung zu verzichten und eine Abrechnungsbefugnis im Hinblick auf den OPS-Code 8-550 „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ für alle Kliniken anzunehmen, die die dort festgelegten Anforderungen erfüllen.

Auch nach Inkrafttreten des KHVVG wird es nach aktuellem Stand eine eigenständige Leistungsgruppe Geriatrie geben. Es verbleibt mithin auch im achten Thüringer Krankenhausplan bei einer Bepanung voll- und teilstationärer geriatrischer Leistungserbringung.

Das Gutachten konnte bei der Datenanalyse nach einem deutlichen Einbruch der Fallzahlen sowohl in der vollstationären als auch in der teilstationären geriatrischen Versorgung während der COVID-19-Pandemie im Jahr 2022 eine leichte Erholung der Fallzahlen erkennen. Dabei wird die geriatrische Versorgungssituation im vollstationären Bereich im Jahr 2022 maßgeblich durch die vier größten Leistungsanbieter mit jeweils über 1.000 Fällen geprägt, die zusammen knapp drei Viertel der vollstationären Fälle behandeln. Darunter sind die drei geriatrischen Fachkliniken, weshalb deren Fortführung für die Versorgungssicherheit unbedingtes Anliegen der Planungsbehörde ist.

Bis zum Jahr 2030 erwarten die Gutachtenden einen – in Abhängigkeit vom Basisjahr mehr oder weniger deutlichen – Anstieg der Fälle in der Geriatrie. Die Erreichbarkeit von Standorten entlang der Thüringer Städtekette Erfurt, Weimar und Jena ist sehr gut und liegt bei unter 15 Minuten. Insbesondere in Landkreisen an der Grenze zu den Bundesländern Hessen, Bayern und Sachsen, wie zum Beispiel dem Wartburgkreis, Landkreis Sonneberg oder dem Saale-Orla-Kreis, ergeben sich jedoch Fahrzeiten von 60 Minuten und länger zu einem Versorger in Thüringen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung begrüßt das Gutachten daher potentiell zusätzliche Angebote an geriatrischen Leistungen vor allem in ländlichen Regionen. Es weist allerdings darauf hin, dass dabei organisatorische und wirtschaftliche Mindestgrößen zu beachten sind. Große Einheiten ließen sich besser steuern und wirtschaftlicher betreiben, da ein großes therapeutisches Team für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im vollstationären Bereich vorgehalten werden könne. Weiter empfiehlt das Gutachten die Prüfung, ob neue teilstationäre Angebote ergänzend

geschaffen werden können, um kürzere Anfahrtswege für die Patientinnen und Patienten, insbesondere in den Ballungsgebieten, aber auch in den ländlichen Regionen, zu ermöglichen.

Der Empfehlung des Gutachtens folgend sollen im achten Thüringer Krankenhausplan bei der Zuweisung der Leistungsgruppe Geriatrie unter Beachtung adäquater Abteilungsgrößen neue Leistungsanbieter etabliert werden. Dabei ist bei notwendigen Auswahlentscheidungen maßgeblich, dass die Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten verbessert und so die flächendeckende Versorgung ausgebaut wird.

### 8.3 Herzinfarktversorgung

Mit 1.594 Todesfällen gehört der akute Myokardinfarkt auch im Jahr 2022 erneut zu den häufigsten Todesursachen im Freistaat Thüringen.<sup>21</sup> Der Deutsche Herzbericht 2022<sup>22</sup>, als umfangreichste Leistungsschau der kardiologischen und herzchirurgischen Versorgung in Deutschland, konstatierte für den Freistaat Thüringen neben Berlin und Mecklenburg-Vorpommern zudem die bundesweit höchste Mortalitätsrate im Bereich des Herzinfarkts.

Der Freistaat Thüringen möchte die Mortalitätsrate beim akuten Herzinfarkt soweit wie möglich absenken. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit akutem Myokardinfarkt hat die Landesärztekammer ein Konzeptpapier „Das Erfordernis zur Entwicklung strukturierter Behandlungsmodalitäten zur Therapie von Patienten mit akutem Herzinfarkt in Thüringen“ erarbeitet. Auf der Basis dieser Vorschläge hat eine Begleitgruppe des Krankenhausplanungsausschusses, die AG Herzinfarktnetzwerk, ein Konzept zur Herzinfarktversorgung für Thüringen erarbeitet.

Nachdem umfassend die aktuelle Versorgungssituation der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom auf Basis einer Befragung aller Kliniken mit einer Fachabteilung für Innere Medizin erhoben und evaluiert worden ist, hat die AG Herzinfarktnetzwerk sich auf Empfehlungen zur Herzinfarktversorgung verständigt. Diese werden nachfolgend zum Gegenstand des achten Thüringer Krankenhausplans gemacht.

Entscheidend für eine verbesserte Versorgung von Patientinnen und Patienten nach Eintritt eines Herzinfarktes ist neben dem Zeitfaktor, also dem möglichst zügigen Beginn der leitliniengerechten Behandlung, die Infrastruktur des behandelnden Krankenhauses.

Das Verfahren zur leitliniengerechten Behandlung des Herzinfarktes ist die perkutane Koronarintervention (PCI), ein Verfahren, um verengte Herzkranzgefäße zu erweitern. Dies geschieht mithilfe eines Katheters, in einem Herzkatheterlabor (HKL) mit Linksherzkatheter-Messplatz, der durch die Haut in das verengte Herzkranzgefäß eingeführt wird. Die leitliniengerechte Behandlung ist daher nur in Krankenhäusern möglich, die über ein HKL und einen Herzkatheterbereitschaftsdienst, der sofort und zu jeder Uhrzeit an jedem Wochentag (24/7) ohne Zeitverzug eine Herzkatheteruntersuchung

---

<sup>21</sup> Thüringer Landesamt für Statistik.

<sup>22</sup> Deutsche Herzstiftung: Deutscher Herzbericht 2022, <https://epaper.herzstiftung.de/#1>, zuletzt abgerufen am 26.05.2024.

durchführen kann, verfügen. Krankenhäuser mit dieser Infrastruktur weisen ein besseres Outcome bei Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt, namentlich eine geringere Sterblichkeitsrate, auf.

Ziel soll nach den Empfehlungen zur Herzinfarktversorgung daher künftig sein, dass der Rettungsdienst bei jedem Verdacht auf Herzinfarkt möglichst ein Krankenhaus mit HKL-Verfügbarkeit anfährt.

Das Thüringer Herzinfarktnetzwerk bilden alle Krankenhäuser, die darüber hinaus folgende Empfehlungen umsetzen:

- Das Krankenhaus verfügt über eine eigenständige Abteilung für Kardiologie, geleitet von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kardiologie. Die Abteilung für Kardiologie hat ein Bereitschaftsdienstmodell, das eine Verfügbarkeit der Interventionalistenin oder des Interventionalisten innerhalb von 30 Minuten nach Benachrichtigung sicherstellt, eine Rufbereitschaft ist möglich.
- Die nichtinvasive und invasive Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom erfolgt fachlich und organisatorisch durch den Fachbereich Kardiologie, insbesondere ist ein unmittelbarer Zugriff zum Zeitpunkt des Kontakts mit dem Rettungsdienst auf Überwachungsbetten sicherzustellen. Gegebenenfalls ist hierzu eine schriftliche Vereinbarung notwendig.
- Das Krankenhaus hält mindestens vier interventionelle Kardiologinnen oder Kardiologen vor. Der Nachweis der personellen Absicherung durch 24/7 Dienstbereitschaft einer interventionellen Kardiologin oder eines interventionellen Kardiologen erfolgt durch Erklärung des Krankenhauses mit Unterschrift der Geschäftsführung gegenüber der Planungsbehörde.
- Es bestehen technische Vorhaltungen zur digitalen Übertragung des EKG vom NEF/RTW in die Notaufnahme des Krankenhauses und gleichzeitig in den Fachbereich Kardiologie.
- Durch technische Vorhaltung besteht eine Kommunikationsmöglichkeit zwischen der behandelnden Notärztin/dem behandelnden Notarzt und interventioneller Kardiologin/interventionellem Kardiologen.
- Das Krankenhaus nimmt am Thüringer Herzinfarktregister teil.

In Umsetzung dieser Empfehlungen wird die Planungsbehörde auf die Thüringer Krankenhäuser zugehen und überprüfen, welche Kliniken die Strukturempfehlungen erfüllen. Im Ergebnis der Überprüfung wird eine Übersicht zu den Krankenhäusern des Thüringer Herzinfarktnetzwerks erstellt.

Diese Aufstellung der Kliniken soll in Abstimmung mit dem Thüringer Ministerium für Inneres und Kommunales (TMIK) den Thüringer Rettungsdiensten, auch für die Einbindung in MEDiRett Thüringen, zur Verfügung gestellt werden, damit bei den rettungsdienstlichen Einsätzen sachgerecht agiert werden kann.

Die Aufstellung soll im Tabellenanhang des achten Thüringer Krankenhausplans veröffentlicht und durch das TMASGFF laufend aktuell gehalten werden.

## **8.4 Psychosomatik und Psychotherapie**

### **8.4.1 Ausgangslage**

Im siebten Thüringer Krankenhausplan erfolgte erstmals eine separate Zuweisung von Versorgungsaufträgen im Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ mit Wirkung zum 01.01.2018.

Da aufgrund der bis dahin erfolgten gemeinsamen Beplanung der Weiterbildungsfächer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie exakte Zahlen zur Bedarfsermittlung und Bedarfsdeckung aufgeschlüsselt nach den beiden Fächern nicht vorlagen, wurden die Kapazitäten für das neue Fach zunächst aufgrund einer Inzidenzannahme nach einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. mit einem Schlüssel von einem Planbett pro 10.000 Einwohner ausgewiesen. Daraus ergab sich für Gesamtthüringen eine Bettenkapazität von 217 Planbetten.

Um die bisherige Leistungserbringung durch die separate planerische Ausweisung des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nicht zu beschränken und damit Fehlversorgung zu riskieren, konnten darüber hinaus im Rahmen einer Übergangsregelung alle Leistungsanbieter, die vor Inkrafttreten des siebten Thüringer Krankenhausplans einen Versorgungsauftrag zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Erwachsener innehatten, auch ohne Zuweisung eines eigenständigen Versorgungsauftrages im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie weiter an der psychosomatischen Versorgung teilnehmen.

### **8.4.2 Entwicklung des Fachgebiets**

Nach Ablauf von zwei Jahren sollte das Verfahren evaluiert werden, insbesondere unter dem Aspekt, ob der gewählte Ansatz zur Ermittlung des Bedarfs sachgerecht war. Aufgrund eines Verwaltungsgerichtsverfahrens, welches die gewählte Bedarfsfestsetzung mittels einer Inzidenzannahme als nicht rechtmäßig ansah, entschied sich das TMSGFF im Laufe des Jahres 2019 zur Beauftragung eines Sachverständigengutachtens zur Bedarfsermittlung und -analyse im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Das „Vorbereitende Gutachten zur Nachplanung des Fachgebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen des 7. Thüringer Krankenhausplans“ wurde durch das IGES Institut erstellt und im Juli 2020 vorgelegt.

Die Gutachtenden des IGES Instituts kommen zum Ergebnis, dass sich die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Thüringer Krankenhäusern noch im Aufbau befindet. Da auch noch nicht alle erteilten Versorgungsaufträge über die Laufzeit von zwei Jahren wirksam geworden waren, scheidet ein inanspruchnahmebasiertes Verfahren zur Bedarfsermittlung jedenfalls im Sommer 2020 noch aus. Empfohlen wurde, die bundesweite Versorgungssituation im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (bundesdurchschnittliche Bettendichte) zumindest solange als Planungsgrundlage zu nutzen, bis in Thüringen eine belastbare Datenbasis für die Fortschreibung der bedarfsnotwendigen Kapazitäten bestehe.

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des IGES-Gutachtens lag der Fokus der Thüringer Kliniken und der an der Krankenhausplanung Beteiligten auf der Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Es wurde daher auf eine Nachplanung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zunächst verzichtet. Im weiteren Verlauf wurde von Mitgliedern des Krankenhausplanungsausschusses der

Wunsch geäußert, die Fortschreibung der Planung im Rahmen der Erstellung des achten Thüringer Krankenhausplans vorzunehmen.

### **8.4.3 Ausblick**

Im Juni 2022 hat die Begleitgruppe Psychosomatik des Krankenhausplanungsausschusses in Vorbereitung des achten Thüringer Krankenhausplans ihre in der COVID-19-Pandemie ausgesetzte Arbeit wiederaufgenommen und in vier Sitzungen zur Zukunft der psychosomatischen Medizin in Thüringen beraten. Besonderer Fokus lag auf den Qualitäts- und Strukturvorgaben zum Nachweis der Leistungsfähigkeit der Leistungsanbieter.

Es bestand Konsens, dass die in der ThürQSVO geregelten Strukturvoraussetzungen für die Zuerkennung des Versorgungsauftrages sich bewährt haben und zunächst weiter Anwendung finden sollen. Für den Fall der Aufnahme neuer Leistungsanbieter in den achten Thüringer Krankenhausplan sollen soweit Auswahlentscheidungen notwendig sind Antragsteller bevorzugt werden, die am geplanten Standort der psychosomatischen Fachabteilung sowohl eine psychiatrische als auch mehrere somatische Fachabteilungen betreiben.

Die letztlich während der gesamten Laufzeit des siebten Thüringer Krankenhausplans geltende Übergangsregelung, welche die Versorgung psychosomatisch erkrankter Patientinnen und Patienten auch ohne separate Zuweisung eines Versorgungsauftrages und damit ohne Erfüllung der Qualitäts- und Strukturvorgaben der QSVO erlaubte, wird im achten Thüringer Krankenhausplan nicht fortgeführt. Die seit Einführung der separaten Planung vergangenen sechs Jahre haben den Krankenhäusern hinreichend Zeit gelassen, um die notwendigen eigenständigen Strukturen zu etablieren.

Im Rahmen der Gutachtenerstellung hatte PD den Auftrag, die psychiatrischen Disziplinen insgesamt gesondert zu betrachten und auch eine Empfehlung abzugeben, auf welcher Basis eine Bedarfsermittlung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie künftig erfolgen sollte. Das Gutachten stellt fest, dass im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie Thüringen mit rund elf Betten je 100.000 EW weniger Betten aufweist als im Bundesdurchschnitt (15 Betten). Im Jahr 2022 wurden Patientinnen und Patienten an insgesamt zehn Standorten voll- und/oder teilstationär behandelt. Die Gutachtenden stellten dabei fest, dass nicht alle Standorte mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch tatsächlich psychosomatische PEPP-Fälle im Jahr 2022 erbracht haben, während andere Standorte im Rahmen der Übergangsregelung Leistungen erbracht haben.

Betrachtet werden konnten im Gutachten die Entwicklungen der voll- und teilstationären PEPP-Fälle sowie die Entwicklung der Verweildauern der Jahre 2018 bis 2022, die Fallzahlen je Standort im Jahr 2022, die regionale Verteilung der Standorte sowie deren Erreichbarkeiten. Für die Krankenhäuser ist die Teilnahme am PEPP-System seit 2018 – also zeitgleich mit dem Beginn der separaten Ausweisung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – verpflichtend. Das Gutachten empfiehlt daher, dass die Fallzahlen und Behandlungstage im Bereich Psychosomatik zukünftig systematisch erfasst werden, um daraus den Versorgungsbedarf abzuleiten und die Kapazitäten langfristig zielgerichtet beplanen zu können.

Es ist geplant, der Empfehlung des Gutachtens folgend, im Sommer 2024 die Leistungsdaten des Jahres 2023 in Bezug auf die Analysen des Leistungsgeschehens der Jahre 2018-2022 auszuwerten

und im Anschluss die Datenbasis für die künftige Ausweisung der psychosomatischen Kapazitäten im Krankenhausplanungsausschuss festzulegen.

Der Planungsauftrag wird bis Juli 2024 ergehen. Eine Anhörung der Antragstellenden ist für Mitte September 2024 vorgesehen. Nach der Prüfung der Anträge soll die Zuteilung der Versorgungsaufträge mit Wirkung zum 01.01.2025 erfolgen.

## 8.5 Schlaganfallversorgung

Zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sind im siebten Thüringer Krankenhausplan erstmals Empfehlungen zur Schlaganfallversorgung in Thüringen aufgestellt worden.

Das Gutachten konstatiert, dass die Schlaganfallversorgung in Thüringen fast flächendeckend über zertifizierte Stroke Units sichergestellt wird. In Thüringen gibt es derzeit 16 Krankenhausstandorte mit zertifizierten Stroke Units, davon fünf überregionale, neun regionale sowie zwei telemedizinisch vernetzte Stroke Units. Darüber hinaus gibt es in Thüringen das sogenannte SATELIT-Netzwerk<sup>23</sup> zur telemedizinischen Anbindung sogenannter Tele Stroke Units an die drei Stroke Units in Altenburg, Erfurt und Jena. So können Schlaganfallpatientinnen und -patienten jederzeit fachgerecht erstversorgt und weiterbetreut werden.

Dieses Versorgungskonzept in der Schlaganfallversorgung hat sich bewährt. Das Gutachten stellt in seiner Analyse fest, dass in Bezug auf die Schlaganfallversorgung eine gute Übereinstimmung von Realität und Plan besteht. Daher gelten die Empfehlungen zur Schlaganfallversorgung, wie sie bereits in der Anlage des siebten Thüringer Krankenhausplans aufgeführt waren. Im Zuge der ersten Nachplanung soll eine Evaluation der Empfehlungen durch eine Begleitgruppe des Krankenhausplanungsausschusses vorgenommen werden.

Eine Übersicht über die Zuordnung der Thüringer Krankenhäuser zu den Versorgungsstufen der Schlaganfallbehandlung findet sich im Anhang in Tabelle 16.5. Die Tabelle ist nicht abschließend und wird durch das TMASGFF laufend aktuell gehalten. In Abstimmung mit dem TMIK wird die Liste den Thüringer Rettungsdiensten zur Verfügung gestellt, damit bei den rettungsdienstlichen Einsätzen sachgerecht agiert werden kann.

## 9 Leistungskonzentration und spezielle Versorgungsaufgaben

Die Qualität komplexer Behandlungen kann durch die Bündelung der Leistungen an wenigen Standorten und eine daraus resultierende Spezialisierung und Routine durch höhere Fallzahlen verbessert werden. So ist zum einen ein positiver Zusammenhang zwischen der gemessenen Qualität der Behandlung und der Menge der durchgeführten Behandlungen pro Krankenhaus für zahlreiche komplexe Eingriffe nachgewiesen (Volume-Outcome-Zusammenhang). Zum anderen gelingt es

---

<sup>23</sup> Kapitel 10.3.

größeren Krankenhäusern in der Regel besser, rund um die Uhr eine Versorgung mit qualifiziertem Fachpersonal sicherzustellen.

## 9.1 Mindestmengen

Darum gibt es Mindestmengen als ein Instrument der Qualitätssicherung bei der stationären Versorgung. Für ausgewählte planbare Leistungen an einem Krankenhausstandort, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, werden dabei die Höhe der jeweiligen jährlichen Durchführungshäufigkeit je Ärztin und Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses vorab festgelegt. Mindestmengenvorgaben werden vom G-BA in den Mindestmengenregelungen definiert.

Das Gutachten hat die Leistungserbringung im Hinblick auf die nach der Mm-R mit Mindestmengen belegten planbaren Leistungen analysiert und erwartet aufgrund angehobener Mindestmengen in den kommenden Jahren einen deutlichen Konzentrationsprozess der Leistungsanbieter. Es empfiehlt, diesen Prozess einer sachgerechten Leistungskonzentration zu fördern, da aufgrund der Planbarkeit der Leistungen und aufgrund der klaren Evidenz für eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses bei steigenden Fallzahlen hier die Leistungskonzentration einer kleinteiligen flächendeckenden Verfügbarkeit vorzuziehen ist.

Dieser Empfehlung soll bei Abwägung zwischen Erreichbarkeit und Spezialisierung bei der Zuweisung von Versorgungsaufgaben gefolgt werden, soweit nicht im Einzelfall vorrangige Aspekte zu beachten sind.

## 9.2 Leistungskonzentration

Mindestmengen beziehen sich auf einzelne planbare Leistungen. Eine Leistungskonzentration ist jedoch zur Steigerung der Versorgungsqualität und effizienten Ressourcennutzung auch im Hinblick auf ganze Leistungsgruppen sinnvoll. Es geht darum, die Strukturen an die veränderten lokalen Bedarfe anzupassen. Eine verstärkte Leistungsspezialisierung von Krankenhäusern könnte die Arbeitsteilung unter diesen verbessern.

Dabei sind zwei Varianten der Leistungskonzentration denkbar:

Zum einen können gestufte Versorgungskonzepte etabliert werden. Häufig benötigte und wenig komplexe Behandlungsleistungen werden dabei wohnortnah als regionale Versorgung an einer größeren Anzahl von Standorten angeboten, während mit zunehmender Komplexität der Leistung diese der überregionalen Versorgung zugeordnet wird, in der nur noch wenige spezialisierte Leistungserbringer die Patientinnen und Patienten versorgen. Diesen Ansatz verfolgt teilweise das KHVVG, das in Abhängigkeit von Komplexitätsgrad der Leistungen verschiedene Leistungsgruppen mit unterschiedlich hohen Qualitätsanforderungen einführt. Gute Erfahrungen mit derartigen Versorgungsstufen konnten in Thüringen bereits während der COVID-19-Pandemie gesammelt werden. Das COVID-19-Behandlungskonzept sah eine gestufte Versorgung vor, bei der sich alle Krankenhäuser an der Versorgung von COVID-19-Erkrankten beteiligten. Die schwersten Fälle wurden dabei jedoch bevorzugt von Kliniken mit der größten intensivmedizinischen Erfahrung und den entsprechend großen intensivmedizinischen Behandlungsstrukturen versorgt, während Kliniken mit

kleineren Intensivabteilungen die weniger schwerwiegend Erkrankten und die übrigen Krankenhäuser vor allem die nicht intensivpflichtigen Kranken behandelt haben.

Zum anderen kann eine Leistungskonzentration aber auch dadurch erreicht werden, dass mehrere Leistungsanbieter sich abstimmen, nicht länger jeweils mehrere kleine Abteilungen zu betreiben, sondern sich auf weniger Leistungsgruppen spezialisieren, so dass größere Einheiten entstehen. Damit geht ein Absinken der Zahl der Leistungserbringer je Leistungsgruppe einher. Die Planungsbehörde wird daher bei der Umsetzung des achten Thüringer Krankenhausplans solche Leistungskonzentrationen anregen, und dabei die Aspekte der Erreichbarkeit von Leistungsangeboten und des Anstiegs der Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit bei größeren Abteilungen im Einzelfall gegeneinander abwägen.

Eine intensivere Zusammenarbeit von Krankenhäusern in regionalen Netzwerken soll unterstützt werden. Die verstärkte Konzentration, insbesondere von (hoch-)spezialisierten Leistungen, würde eine intelligente und nachhaltige Nutzung personeller Ressourcen ermöglichen. So kann das verfügbare Personal gemäß Ausbildungs- und Erfahrungsstand bedarfsgerechter und mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung eingesetzt werden.

### 9.3 Spezialversorger

Durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger trat mit Wirkung vom 19.05.2018 der Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses über die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19.04. 2018, zuletzt geändert am 20.11.2020 (G-BA-Beschluss Notfallstrukturen), in Kraft.

Dieser G-BA-Beschluss Notfallstrukturen gliedert die stationäre Notfallversorgung grundsätzlich in drei Stufen:

Stufe I: Basisnotfallversorgung

Stufe II: erweiterte Notfallversorgung

Stufe III: umfassende Notfallversorgung

Krankenhäuser, die keiner dieser Stufen zuzuordnen sind, können gleichwohl am gestuften System von Notfallstrukturen teilnehmen, soweit sie spezielle Notfallversorgung im Sinne des Abschnitts VI des Beschlusses, §§ 23-28, erbringen. Eine nachrichtliche Ausweisung über die Art der Teilnahme der Thüringer Kliniken am gestuften System von Notfallstrukturen erfolgt grundsätzlich nicht.

Auf Grundlage von § 26 Abs. 2 Nr. 3 G-BA-Beschluss Notfallstrukturen können in eng begrenzten Ausnahmefällen auch Krankenhäuser die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen, die aufgrund krankenhauplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind und 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen.

Um über Anträge einzelner Krankenhäuser entscheiden zu können, bedarf es der Ergänzung, Festlegung und inhaltlichen Definition der Voraussetzungen zur Ausweisung als Spezialversorger im Sinne von § 26 Abs. 2 Nr. 3 Var. 1 des G-BA-Beschlusses Notfallstrukturen. Anträge der

Krankenhäuser auf krankenhauplanerische Ausweisung als Spezialversorger werden im Krankenhausplanungsausschuss beraten. Die Antragsprüfung erfolgt dabei anhand folgender Kriterien:

- Krankenhausstandort übernimmt in einem Leistungsbereich (Fachabteilung oder Leistungsgruppe) fachspezifische Aufgabe mit Relevanz für die Primär- und Sekundärversorgung von Notfällen
- relevantes Notfallgeschehen am Krankenhausstandort im Rahmen der fachspezifischen Aufgabenwahrnehmung
- Teilnahme an der Notfallversorgung 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche
- andere Kliniken im Umkreis, die eine gleichwertige Notfallversorgung in dieser fachspezifischen Aufgabe absichern können, liegen außerhalb eines 30-Minuten-Fahrtzeit-Radius

Das kumulative Vorliegen der benannten Voraussetzungen ist für eine Ausweisung als Spezialversorger nach § 26 Abs. 2 Nr. 3 Var. 1 G-BA-Beschlusses Notfallstrukturen zwingend, ein Anspruch auf Ausweisung leitet sich aus der Erfüllung der Kriterien nicht automatisch ab.

Krankenhäuser, die als Spezialversorger nach § 26 Abs. 2 Nr. 3 Var. 1 des G-BA-Beschlusses Notfallstrukturen bestimmt werden, werden im Krankenhausplan nachrichtlich ausgewiesen. Der derzeit einzige Spezialversorger nach § 26 Abs. 2 Var. 1 des G-BA Beschlusses Notfallstrukturen ist die Orthopädische Klinik des Marienstifts Arnstadt für den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie.

Bei der Fortschreibung des achten Thüringer Krankenhausplans soll eine tabellarische Übersicht in Kapitel 16 aufgenommen werden. Diese Aufstellung wird fortlaufend aktualisiert werden.

## 10 Netzwerke und Kooperationen

### 10.1 Allgemeines

Die in Kapitel 9 beschriebene und zunehmend angestrebte Leistungskonzentration und Bündelung spezieller Versorgungsaufgaben erfordert zugleich eine noch stärkere Kooperation der an der stationären Gesundheitsversorgung Beteiligten. Eine besondere Ausprägung der Kooperation sind Netzwerke und Zentren. Hier gibt es im Freistaat Thüringen schon eine Vielzahl an Beispielen für erfolgreich etablierte Netzwerke. Daran anknüpfend sollen Netzwerke und Kooperationen in Zukunft noch weiter forciert und unterstützt werden.

### 10.2 Herzinfarktnetzwerk

Wie oben in Kapitel 8.3 ausgeführt, gelten Empfehlungen zur Versorgung des Herzinfarktes in Thüringen, die die AG Herzinfarktnetzwerk erarbeitet hat. Die Krankenhäuser, welche die in den Empfehlungen aufgestellten Personal- und Strukturvoraussetzungen erfüllen, bilden das Thüringer Herzinfarktnetzwerk.

Eine Empfehlung ist die Teilnahme der Netzwerkpartner am Thüringer Herzinfarktregister. In diesem werden die prä- und intrahospitalen Behandlungszeiten aller Infarktpatientinnen und -patienten erfasst. Besonderes Interesse liegt hier in der Einhaltung der durch die Leitlinien vorgegebenen Behandlungszeiten, Aufdeckung von logistischen und strukturellen Problemen im Behandlungsablauf

und Analyse der realen Herzinfarktmortalität in Thüringen. Die systematische Kontrolle und Sicherung der Prozessqualität soll einen Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität und Senkung der kardiovaskulären Mortalität in allen Behandlungszentren des Herzinfarktnetzwerks leisten.

### 10.3 Schlaganfallnetzwerk

Seit Jahren sehr erfolgreich ist das in Thüringen 2012 etablierte SATELIT-Netzwerk zur telemedizinischen Behandlung von Schlaganfallpatienten (**SCHLAGANFALL TELEMEDIZIN IN THÜRINGEN**). In diesem Netzwerk wirken drei neurologische Schlaganfall-Zentren (Klinikum Altenburger Land, Helios-Klinikum Erfurt, Universitätsklinikum Jena) sowohl als Partner für bilaterale Tele-Stroke-Kooperation mit peripheren Kliniken ohne neurologische Stroke-Unit, als auch über eine Verbindung der Zentren untereinander als Back-Up bei spezifischen neurovaskulären Fragestellungen (Intervention, OP), aber auch zum gegenseitigen Austausch oder Ergänzung bei Weiterbildungen zusammen. Alle drei Zentren verfügten über historisch gewachsene telemedizinische Kooperationen, welche im Rahmen von SATELIT nicht nur auf modernstem technischen Stand weiter ausgebaut, sondern nun auch thüringenweit vernetzt wurden.

Das Gutachten hat die Wirksamkeit des SATELIT-Netzwerkes zur Sicherstellung der flächendeckenden Schlaganfallversorgung in Thüringen bestätigt, da in Regionen ohne zertifizierte überregionale oder regionale Stroke Units zumindest Krankenhäuser mit Anschluss an das SATELIT-Netzwerk zur Versorgung bereitstehen.

### 10.4 Teleintensivmedizinisches Netzwerk

Das SATELIT-Netzwerk wurde durch eine Erweiterung auch bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie genutzt. Im Rahmen des gestuften „COVID-19-Versorgungskonzepts Thüringen“ ermöglichte das Netzwerk „SATELIT-4-Covid“ teleintensivmedizinische Abstimmungen zwischen den teilnehmenden Kliniken und damit eine adäquate Krankenversorgung.

Diese positiven Erfahrungen haben zu einer weiteren „Ausbaustufe“ von „SATELIT-4-Covid“ hin zu einem interdisziplinären teleintensivmedizinischen Netzwerk (InTeliNeT) geführt. Intensivmedizinische Therapien, etwa bestimmte Beatmungsverfahren, erfordern häufig besondere Erfahrungen und Ausrüstung, über die mit der medizinischen Grundversorgung betraute kleinere Krankenhäuser nicht immer verfügen. Telemedizin soll hier künftig bei der flächendeckenden Versorgung von Schwerkranken auf Intensivstationen helfen.

Dazu hat sich ein knappes Dutzend Krankenhäuser im Freistaat in einem Netzwerk zusammengeschlossen. Die teilnehmenden Kliniken können sich online über Video rund um die Uhr mit Spezialisten des Universitätsklinikums Jena zusammenschalten und so die Behandlung vor Ort koordinieren. Bei Bedarf können neben Intensivmedizinern auch andere Fachdisziplinen, etwa Herz-Thorax-Chirurgen oder Infektiologen, hinzugezogen werden.

### 10.5 TraumaNetzwerk

Krankenhäuser in Deutschland, die an der traumatologischen Versorgung von unfall- und schwerverletzten Patientinnen und Patienten beteiligt sind, können sich von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) als Traumazentrum auditieren lassen. Hierzu müssen sie

bestimmte Struktur- und Prozessmerkmale nachweisen, welche die DGU in ihrem Projektkonzept TraumaNetzwerk DGU und dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung festgelegt hat. Durch die Vernetzung von Traumazentren sollen so regionale Traumanetzwerke etabliert werden, um flächendeckende und qualitätsgesicherte Versorgung von Traumapatientinnen und -patienten sicherzustellen.

Bei den Traumazentren wird zwischen drei Versorgungsstufen differenziert:

- lokales Traumazentrum,
- regionales Traumazentrum und
- überregionales Traumazentrum.

Die Traumazentren garantieren die Aufnahme von unfall- und schwerverletzten Patientinnen und Patienten rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr und verfügen über spezielle personelle, strukturelle und apparative Ressourcen. In einer Region bilden die Traumazentren gemeinsam ein TraumaNetzwerk nach den Vorgaben der DGU. Dabei sollte die Patientin oder der Patient nach seiner Erstversorgung innerhalb von rund 30 Minuten in einem für sein Verletzungsmuster geeigneten Traumazentrum eintreffen und unmittelbar versorgt werden.

In Thüringen existiert seit 2012 ein nach den Kriterien der DGU zertifiziertes Traumanetzwerk. Im Jahr 2022 setzte es sich aus 25 Traumazentren zusammen, darunter acht lokale, 13 regionale und drei überregionale Traumazentren. Eine flächendeckende Erreichbarkeit von Traumazentren aller drei Versorgungsstufen ist nach Feststellung des Gutachtens in großen Teilen Thüringens gewährleistet. Insbesondere in den eher dünn besiedelten Regionen im Süden und Südwesten Thüringens angrenzend an Bayern und Sachsen verbessern sich die Erreichbarkeiten jedoch deutlich, wenn die Traumanetzwerke in den angrenzenden Bundesländern mitberücksichtigt werden.

## 10.6 Zentren

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG auch die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten. Die besonderen Aufgaben setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Zwingende Voraussetzung für die Benennung als Zentrum und die Zuweisung besonderer Aufgaben ist dabei die Erfüllung der Vorgaben der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gem. § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) des G-BA. Sind diese Vorgaben erfüllt, ergibt sich daraus jedoch kein Anspruch auf Zuweisung besonderer Aufgaben. Hierzu erfolgt eine Auswahl nach krankenhauplanerischen Belangen.

Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.

Bei den Zentren gemäß Krankenhausentgeltgesetz handelt es sich daher um einzelne wenige Einrichtungen, die sich durch die Wahrnehmung besonderer Aufgaben von den Krankenhäusern ohne

Zentrumsfunktion abheben. Für diese Zentren geht dabei eine besondere Verpflichtung im Rahmen der Zusammenarbeit mit den anderen Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion, aber auch der Zentren untereinander einher. Die Zentrums-Regelungen sehen folgende Zentrenarten vor: Seltene Erkrankungen, Onkologische Zentren, Traumazentren, Rheumatologische Zentren, Herzzentren, Neurovaskuläre Zentren, Lungenzentren, Zentren für Intensivmedizin.

Als Begleitgruppe des Krankenhausplanungsausschusses prüft die AG Zentren die Anträge der Thüringer Krankenhäuser auf Zuweisung besonderer Aufgaben nach den Zentrums-Regelungen. Empfehlungen der AG Zentren werden im Krankenhausplanungsausschuss beraten und auf Basis dieser Diskussion erfolgen die Beschlussfassungen. Es ist beabsichtigt, nach Abschluss der Prüfung aller offenen Anträge der Krankenhäuser eine Liste der benannten Zentren im achten Thüringer Krankenhausplan zu veröffentlichen und ab diesem Zeitpunkt fortlaufend zu aktualisieren.

## **11 Verfahren zur Umsetzung und Fortschreibung des 8. Thüringer Krankenhausplans bis zum 31.12.2026**

Der oben beschriebene Reformprozess des Bundes und das durch Verzögerungen derzeit erst anlaufende förmliche Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz beeinflussen, wie dargestellt, die Zuweisung von Versorgungsaufgaben im Bereich der somatischen Disziplinen.

Die in Kapitel 6.2.6 beschriebenen fortwährenden Auswirkungen der COVID-19-Pandemie verzögern zudem eine belastbare Bedarfsprognose. Sowohl für die somatischen als auch die psychiatrischen Disziplinen sind für eine solche, wie oben ausgeführt, zunächst zumindest die Leistungsdaten des Jahres 2023 in die Ermittlungen einzubeziehen.

In den psychiatrischen Disziplinen soll der Empfehlung des Gutachtens folgend vor Zuweisung neuer Versorgungsaufträge zunächst eine Analyse der Prognosen des Gutachtens im Vergleich mit den Daten des Leistungsgeschehens des Jahres 2023 erfolgen. Diese Daten werden der Planungsbehörde im Juli 2024 vorliegen. Die erforderlichen Auswertungen sollen im Sommer 2024 erfolgen. Der Planungsauftrag in den psychiatrischen Disziplinen ist unmittelbar im Anschluss an die Verabschiedung des achten Thüringer Krankenhausplans beabsichtigt. Das Verfahren im Krankenhausplanungsausschuss mit Anhörung der Antragstellenden, Entscheidung über die Datenbasis und Zuteilung der Versorgungsaufträge soll von September bis November 2024 abgeschlossen werden, so dass die Feststellungsbescheide in den psychiatrischen Disziplinen mit Wirkung zum 01.01.2025 erlassen werden können.

Für die somatischen Disziplinen stellt das Gutachten fest, dass eine leistungsgruppenorientierte Krankenhausplanung einen neuen Prozess der Planung benötigt. Dieser muss nach Empfehlung der Gutachtenden abhängig von der Ausgestaltung im KHVVG entwickelt und implementiert werden. Insbesondere der Umfang und der Zeitpunkt der Einbindung der Krankenhäuser und der Kostenträger bei der Krankenhausplanung müssen neu definiert werden. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass aufgrund der Leistungsgruppensystematik mit voraussichtlich 65 Leistungsgruppen sowie den jeweils zugeordneten Qualitätskriterien der Planungsprozess deutlich komplexer und aufwandsreicher für alle am Planungsprozess Beteiligten wird, weshalb im Gutachten empfohlen wird, den gesamten Prozess mit einer Softwarelösung zu unterstützen.

Diesen Empfehlungen folgend soll bis Oktober 2024 der genaue Planungsprozess für die somatischen Disziplinen konzipiert werden. Die Möglichkeit zur Beschaffung und Inbetriebnahme eines digitalen Antragstools soll geprüft werden. Im Anschluss wird die Planungsbehörde die Krankenhäuser über das konkrete Planungsverfahren im Bereich der somatischen Versorgungsaufgaben (Antrags- und Zuweisungsverfahren, Ablauf regionaler Austauschformate) informieren.

Beginnend ab Oktober 2024 sollen basierend auf den Analysen des Gutachtens und den nach dem Gesetzentwurf KHVVG derzeit bekannten Informationen zur Gliederung der Leistungsgruppen und ihren Qualitätskriterien auf Ebene der vier Planungsregionen regionale Austauschformate durchgeführt werden. Die Planungsbehörde wird diese Formate mit Prozessbegleitern unterstützen.

Nach Inkrafttreten des KHVVG und Vorlage des auf Leistungsgruppen ausgerichteten Groupers durch das InEK kann der Krankenhausplanungsausschuss voraussichtlich ab Februar 2025 die Kooperations- und Versorgungskonzepte aus den regionalen Austauschformaten und die sonstigen Anträge der Thüringer Krankenhäuser auf Zuweisung von Leistungsgruppen beraten. Sobald wie möglich soll sodann auf Basis der beabsichtigten Zuweisung der Versorgungsaufträge die Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Prüfung der Qualitätskriterien nach § 135f SGB V nF erfolgen. Aufgrund des Umfangs der vorzunehmenden Prüfungen ist davon auszugehen, dass die Vorlage der Gutachten durch den MD nicht vor Ablauf der im KHVVG derzeit vorgesehenen Frist Ende Juni 2026 erfolgen wird.

Die Gutachten müssen durch die Planungsbehörde überprüft und bei Beanstandungen erneut mit dem Medizinischen Dienst abgestimmt werden. Sollten einzelne vom Krankenhausplanungsausschuss als bedarfsnotwendig angesehene Krankenhäuser dabei im Ergebnis die Qualitätskriterien nicht erfüllen, muss die Planungsbehörde sodann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Entscheidungen über mögliche Befreiungen von der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 6a Abs. 2 KHG nF treffen. Erst nach Abschluss dieses Verfahrens können abschließend die Versorgungsaufträge zugewiesen und die Feststellungsbescheide zur Umsetzung des achten Thüringer Krankenhausplans erlassen werden.

Nachfolgend wird zur besseren Orientierung und Planungssicherheit der beabsichtigte Fortgang der Umsetzung und Fortschreibung des achten Thüringer Krankenhausplans bis zum 31.12.2026 im zeitlichen Ablauf dargestellt.

Tabelle 5. Verfahrensschritte des Planumsetzungsverfahrens bis zum 31.12.2026

Datum	Verfahrensschritt
07/2024	Veröffentlichung des 8. Thüringer Krankenhausplans, Beginn Umsetzungsphase Planungsaufwurf Psych-Fächer
07-10/2024	Konzeption Planungsverfahren in Umsetzung der Empfehlungen des Gutachtens
ab 08/2024	Überprüfung der InEK-Daten des Leistungsjahres 2023
09/2024	Anhörung der Antragsteller der Psych-Fächer im Krankenhausplanungsausschuss

Datum	Verfahrensschritt
10/2024	Information Krankenhäuser über konkretes Planungsverfahren im Bereich Somatik (Antrags- und Zuweisungsverfahren, Ablauf regionaler Austauschformate)
10-11/2024	Beratung und Beschlussfassung im Krankenhausplanungsausschuss zur Zuweisung der Versorgungsaufgaben in den Psych-Fächern
10/24-02/2025	Durchführung regionaler Austauschformate zur Auslotung freiwilliger regionaler Kooperationen
bis 31.12.2024	Erlass der Feststellungsbescheide zur Zuweisung der Versorgungsaufgaben in den Psych-Fächern mit Wirkung zum 01.01.2025
Anfang 2025	Nach Inkrafttreten KHVVG Planungsaufwurf somatische Leistungsgruppen
ab 02/2025	Bewertung der Kooperations- und Versorgungskonzepte aus regionalen Austauschformaten und Antragsprüfung im Krankenhausplanungsausschuss
	Vorentscheidung im Krankenhausplanungsausschuss über Zuweisung der Leistungsgruppen und Umfang der Beauftragung des MD zur Prüfung der Qualitätskriterien nach § 135f SGB V nF
ab 08/2025	Überprüfung der InEK-Daten des Leistungsjahres 2024
bis 30.09.2025	Beauftragung des MD zur erstmaligen Überprüfung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V nF
bis 30.06.2026	Abschluss der erstmaligen Prüfungen des MD zu den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V nF
ab spätestens 07/2026	Bewertung der Prüfergebnisse des MD zu den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V nF, soweit notwendig Anpassung der Zuweisung der Versorgungsaufgaben
	Entscheidung über Befreiungen von der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 6a Abs. 2 KHG nF im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen
	Entscheidung über Befreiungen von Mindestvorhaltefallzahlen nach § 135f SGB V nF
bis 31.10.2026	Mitteilung an das InEK über die den Krankenhäusern zugewiesenen Leistungsgruppen und sonstige Angaben nach § 6a Abs. 4 KHG nF
	Mitteilung an das InEK über zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung bestimmte Kliniken mit Befreiung von Mindestvorhaltefallzahlen nach § 135f SGB V nF
bis 31.12.2026	Erlass der Feststellungsbescheide zur Zuweisung der Versorgungsaufgaben in der Somatik mit Wirkung zum 01.01.2027

## 12 Digitalisierung im Gesundheitswesen und Telemedizin

Das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz) vom 22.03.2024 (BGBl. I, Nr. 101) sowie das Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten zu gemeinwohlorientierten Forschungszwecken und zur datenbasierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Gesundheitsdatennutzungsgesetz) als Artikel 1 des Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten vom 22.03.2024 (BGBl. I, Nr. 102) setzen für die Zukunft der Digitalisierung im Gesundheitswesen wichtige regulatorische Impulse.

So sollen beispielsweise durch das Digitalgesetz

- die Potenziale der elektronischen Patientenakte (ePA) zur Steigerung der Patientensicherheit und der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität genutzt und hierbei die ePA flächendeckend in die Versorgung integriert,
- zur digitalen Transformation weitere Versorgungsprozesse in strukturierten Behandlungsprogrammen ermöglicht
- sowie als Grundlage für den Ausbau eines intrasektoralen als auch sektorenübergreifenden digitalen Datentransfers die Interoperabilität von informationstechnischen Systemen verbessert werden,

und durch das Gesundheitsdatennutzungsgesetz

- dezentral gespeicherte Gesundheitsdaten leichter auffindbar gemacht sowie bürokratische Hürden für Datennutzende reduziert und
- umfassende und repräsentative Daten aus der ePA für die Forschung bereitgestellt werden.

Gleichzeitig schreitet der Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI) voran. Dies gilt ebenso für über die TI nutzbare elektronische Anwendungen, die sektoren- und professionsübergreifende Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen stärken werden.

Durch die aktuell erfolgende Implementierung digitaler Dienste wie z.B. der digitalen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, von digitalen Patientenportalen, eines digitalen Medikationsmanagements, der digitalen Leistungsanforderung oder den automatisierten klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen – gefördert über den Krankenhauszukunftsfonds und kofinanziert durch den Freistaat Thüringen – wurden und werden in den Thüringer Kliniken maßgebliche Weichen für den Aufbau notwendiger informationstechnischer Strukturen gestellt. Dies gilt entsprechend für hieran anknüpfende Digitalisierungsmaßnahmen u.a. über landeseigene Förderprogramme (z.B. das Förderprogramm der Digitalisierung der Krankenhaus-Notfallaufnahmen). Diese ermöglichen es, den digitalen Fortschritt auch in der stationären Versorgung voranzutreiben.

Damit wird die Entwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen inklusive der Telemedizin weitere Dynamik erfahren. Ziel ist es, deren Potenziale so zu entwickeln und einzusetzen, dass für die Leistungserbringer als Anwender und für die Patientinnen und Patienten als Nutzer der größtmögliche Gewinn in Form von Behandlungsqualität bei effektivem Einsatz von vorhandenen Ressourcen einschließlich der Versichertengelder entstehen kann.

Während der Laufzeit des achten Krankenhausplanes sollen in Thüringen bestehende Telemedizinprojekte fortentwickelt sowie neue Maßnahmen eingeführt bzw. unterstützt werden, um

anwendungsbereite, nutzerorientierte Telematikanwendungen in Thüringen flächendeckend zu etablieren. Die Umsetzung von Vorhaben soll innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen so konzipiert werden, dass Lösungen effizient und länderübergreifend wirken können. Hierbei gilt es Parallelstrukturen zu vermeiden.

Ziel ist, auch im Hinblick auf die oben bereits geschilderte demografische Entwicklung, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung flächendeckend in Thüringen sicherstellen zu können. Das erfordert zusätzliche, sektorenübergreifende Konzepte, die mit Hilfe von Telemedizin umgesetzt werden können.

Hierzu zählen insbesondere

- sektorenübergreifende digitale Lösungen sowie medizinische Netzwerke zur Optimierung patientenbezogener Behandlungsstrukturen sowie
- Entwicklung von Netzwerken für medizinische Expertise (Telekonsile, Televisiten u.a.) zur Sicherstellung und weiteren Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität.

So soll die in den vergangenen Jahren in Thüringen deutlich vorangeschrittene Umsetzung der Digitalisierung der Thüringer Rettungskette weiter optimiert werden. Die dort gesammelten Erfahrungen und positiven Auswirkungen sollen für die beteiligten Leistungserbringer (Notärzte, Rettungsdienst, den maßgeblich an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken und sonstigen mitwirkenden Akteuren) und für die Patientinnen und Patienten im Sinne von Best-Practice für sektorenübergreifende Vorhaben mit vergleichbarer Zielrichtung genutzt werden.

Auch die flächendeckende stationäre Versorgung kann durch den Aufbau von krankenhausübergreifenden telemedizinischen Netzwerkstrukturen unterstützt werden und wird eine zunehmende Bedeutung gewinnen. Hierzu gehören zunächst von den kooperierenden Partnern gemeinsam abgestimmte Patientenpfade für Routineverläufe sowie bei Komplikationen, daneben regelmäßige interdisziplinäre Beratung komplexer Fälle zur Behandlung vor Ort aber auch die frühzeitige Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten einschließlich Verlegung in übergeordnete Zentren bei übereinstimmend festgestellter medizinischer Erforderlichkeit. Diese fachmedizinische Versorgung wird mit technischer Ausstattung und standardisierten Versorgungsprozessen – Standard Operating Procedures (SOP) – einhergehen und in dieser Art und Weise einen qualitativen Beitrag für eine hochwertige medizinische Versorgung leisten. Sie wird einen Bestandteil der Lösungen zu den Herausforderungen des demographischen Wandels bilden.

Hierbei kann Thüringen von der Expertise aus in den vergangenen Jahren bereits erfolgreich etablierten Netzwerken profitieren. Der Nutzen entsprechender Strukturen wurde sowohl im Rahmen der Schlaganfallversorgung („SATELIT“) als auch bei der Bewältigung der Corona-Pandemie über das gestufte „COVID-19-Versorgungskonzept Thüringen“ und der hiermit einhergehend aufgebauten technischen Infrastruktur der am Netzwerk „SATELIT-4-Covid“ teilnehmenden Kliniken deutlich. Weitere telemedizinische Erfahrungen können in den kommenden Jahren durch die „Ausbaustufe“ von „SATELIT-4-Covid“ hin zu einem interdisziplinären teleintensivmedizinischen Netzwerk „InTeliNeT“ gesammelt werden und positiv auf die Versorgung einwirken.

Es ist auch durch Reformvorhaben auf Bundesebene zu erwarten, dass telemedizinische Netzwerke künftig einen größeren Stellenwert einnehmen werden. Unter Beteiligung aller Akteure setzt sich

Thüringen zum Ziel, zum Wohle der Patientinnen und Patienten zielorientierte telemedizinische Prozesse und Transformationen weiterhin aktiv zu gestalten bzw. zu unterstützen.

Im Ergebnis werden zusätzliche neue Impulse für eine Versorgungsplanung entstehen, die sich künftig auch auf die Krankenhausplanung auswirken und mit dieser gemeinsam umgesetzt werden.

## 13 Ausbildungsstätten

Die Pflegebranche im Freistaat Thüringen ist besonders von den demografischen Veränderungen betroffen. Es besteht ein Mangel an qualifizierten Pflegefachkräften und zugleich ist die Konkurrenz im Werben um Pflegefachkräfte groß. Dieser Wettbewerb wird sich weiter verschärfen. Zudem steigt der Bedarf an professioneller Pflege aufgrund der zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen weiter.

Zur Verbesserung der Pflegesituation in Thüringer Krankenhäusern und zur Vermeidung von Engpässen in Bezug auf die personelle Ausstattung mit Pflegekräften wird daher die Erweiterung der Ausbildungskapazitäten durch Förderung von Investitionen unterstützt. Insoweit wurden insbesondere Mittel des Krankenhausstrukturfonds genutzt, um an bestehenden Krankenpflegeschulen Thüringer Krankenhäuser die Ausbildungskapazitäten angemessen zu erweitern

Eine Aufstellung der in den achten Thüringer Krankenhausplan aufgenommenen Ausbildungsstätten findet sich in Kapitel 16.4.

## 14 Vertragskrankenhäuser

Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V unterliegen nicht den Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und des ThürKHG hinsichtlich der Krankenhausplanung und der Investitionsfinanzierung. Sie werden wie in den vorausgegangenen Krankenhausplänen nachrichtlich ausgewiesen. Das derzeit einzige Thüringer Vertragskrankenhaus ist die Fachklinik „Schloss Friedensburg“ Leutenberg, Fachklinik für Dermatologie.

## 15 Notfallversorgung, Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, Zivil- und Katastrophenschutzplanungen

### 15.1 Notfallversorgung

Nach § 18 Abs. 1 ThürKHG sind die Thüringer Krankenhäuser verpflichtet, Notfallpatientinnen und -patienten vorrangig aufzunehmen und zu behandeln. Diese Verpflichtung besteht unabhängig von der jeweiligen aktuellen Bettenbelegung, insbesondere auch bei vollständiger Auslastung der intensivmedizinischen Kapazitäten.

§ 18 Abs. 2 ThürKHG verpflichtet auch die nicht unmittelbar an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser dazu, im Bedarfsfall eine ausreichende Erstversorgung und weiterführende Maßnahmen zur Herstellung der Transportfähigkeit in ein besser geeignetes Krankenhaus durchzuführen, wenn der Notarzt oder die Notärztin bei lebensbedrohlichen Zuständen den

unmittelbaren Transport in das nächstgelegene, allgemein versorgende oder vorrangig geeignete Krankenhaus für nicht durchführbar hält.

## **15.2 Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP)**

Die gesetzlichen Regelungen des Bundes und des Landes für den Zivil- und Katastrophenschutz verpflichten die Krankenhäuser zur Aufstellung und Fortschreibung von Alarmierungs- und Einsatzplänen. In einer spezifischen KAEP sind zudem insbesondere organisatorische Maßnahmen zur Ausweitung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten und Einrichtung von Triagepunkten sowie der Aufbau einer gesonderten Führungsorganisation (Krankenhauseinsatzleitung) für den Zivil- und Katastrophenschutz sowie für Ereignisse unterhalb der Feststellung des Katastrophenfalls zu planen. Hierfür sind landesspezifische Richtlinien in der Planung zu berücksichtigen.

Das Handbuch „Krankenhausalarm- und -einsatzplanung“ sowie die sonstigen krankenhausspezifischen Leitfäden des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sollen Berücksichtigung finden.

Thüringer Krankenhäuser benennen gegenüber den zuständigen Behörden mindestens eine Person als Katastrophenschutzbeauftragte/-n oder Notfall- und Krisenmanager/-in, welche/-r die Vorsorgemaßnahmen in der KAEP plant.

## **15.3 Patientenversorgung bei größeren Notfallereignissen und im Zivil- und Katastrophenschutz**

Nach § 18 a Abs. 1 ThürKHG nehmen Thüringer Krankenhäuser an der Bewältigung von Katastrophen und Großschadensereignissen, Massenanfällen von Verletzten und Erkrankten sowie Epidemien und Pandemien teil. Sie haben die erforderlichen organisatorischen Maßnahmen zu treffen, um die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten sicherzustellen. Insbesondere haben sie im Ereignisfall für zusätzliche Aufnahme- und Behandlungskapazitäten in ihren Einrichtungen beziehungsweise auf ihrem Betriebsgelände zu sorgen. Der Krankenhausplan trifft einrichtungsbezogene Vorgaben zur Art dieser Versorgungsaufgabe, zum Umfang bereitzustellender Bettenkapazitäten und zeitliche Vorgaben zur Bereitstellung oder Freilegung von Notfallbetten. Die Krankenhäuser haben die organisatorischen Maßnahmen in ihren Krankenhausalarm- und -einsatzplänen zu berücksichtigen und mit den für Brand- und Katastrophenschutz, mit den für Infektionsschutz örtlich zuständigen Behörden sowie mit den benachbarten stationären Gesundheitseinrichtungen (§ 36 Abs. 3 Satz 2 ThürBKG) abzustimmen.

### **15.3.1 Größere Notfallereignisse**

Als Grundlage zur Bewältigung größerer Notfallereignisse wie Massenanfälle von Verletzten (MANV) und Großschadensereignisse unterhalb der Katastrophenschwelle sollen die Krankenhäuser ihre Planungen und Maßnahmen darauf ausrichten, die im MANV-Krankenhauskataster des Bundesverbandes Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V. sowie dem DGU-Traumanetzwerk gemeldeten Behandlungskapazitäten und fachlichen Kompetenzen sicherzustellen. Dementsprechend ist die Zuteilung von Patientinnen und Patienten nach ihrer Sichtungskategorie (rot/gelb/grün) im Bereich der Transportorganisation ausschlaggebend und wird durch die medizinische Einsatzleitung am Einsatzort abgestimmt. Dabei soll die aktuelle Behandlungskapazität der Einrichtungen mithilfe

stattfindender Bettenabfragen im Einsatzfall Berücksichtigung finden. Inwieweit die Einrichtungen intern zwischen „erweitertem Regelbetrieb“ oder „Zustand nach Aktivierung des internen Alarmplans“ differenzieren, obliegt ihrer Verantwortung. Die daraus resultierende dynamische Behandlungskapazität soll bei der Bettenabfrage jedoch mitgeteilt werden.

Zur Entlastung der Thüringer Krankenhäuser können Rehabilitationskliniken als Unterstützungskliniken einbezogen werden. Vorhandene Bettenkapazitäten der Rehabilitationskliniken sind in „geeigneter Weise“ in die Versorgung einzubeziehen.

§ 17 Abs. 4 ThürRettG verpflichtet die Krankenhäuser und die Leitstellen bei größeren Notfallereignissen zur Zusammenarbeit mit der rettungsdienstlichen Einsatzleitung. Die Thüringer Richtlinie zur überörtlichen Hilfe bei Großschadensereignissen ist in die KAEP einzubeziehen.

### **15.3.2 Patientenversorgung im Katastrophenfall sowie bei Epidemien oder Pandemien**

Aufbauend auf der Patientenversorgung bei größeren Notfallereignissen sind im Falle einer festgestellten Katastrophe sowie bei Epidemien oder Pandemien alle Krankenhäuser (auch nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Fachkliniken) verpflichtet, ihre Aufnahmekapazität so zu erhöhen, dass eine Vielzahl von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in kurzer Zeit medizinisch versorgt werden kann (z.B. durch Personalverstärkung und Freilenkung der Notaufnahme, Freilenkung der Fachkliniken, Aufwuchs der Krankenhauseinsatzleitung). Bei Bedarf sind zusätzliche Notbetten (ggf. auf Fluren) aufzustellen, so dass eine längerfristige Belegung von 10 Prozent über die Zahl der Planbetten hinaus ermöglicht wird.

Fachkliniken sollen erst dann einbezogen werden, wenn die Kapazitäten der allgemein versorgenden Krankenhäuser ausgeschöpft sind. Dabei werden orthopädische Fachkrankenhäuser vorrangig polytraumatisierte Patientinnen und Patienten, internistische, geriatrische und psychiatrische Fachkliniken vorrangig nicht chirurgisch zu versorgende Patientinnen oder Patienten aus anderen Krankenhäusern durch Verlegung sonstiger Erkrankter zur Erweiterung ihrer Notfall- und Katastrophenkapazitäten zu versorgen haben.

### **15.3.3 Zusammenarbeit mit den Aufgabenträgern des bodengebundenen Rettungsdienstes und der Zentralen Leitstellen**

Gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 ThürRettG sind Krankenhäuser mit notfallmedizinischer Versorgung unter Berücksichtigung des Umfangs ihrer jeweiligen Versorgungsaufträge verpflichtet, Ärztinnen und Ärzte für den Rettungsdienst gegen Erstattung der tatsächlichen Kosten zur Verfügung zu stellen oder freizustellen. Die Belange des Rettungsdienstes hinsichtlich der Beteiligung der Krankenhäuser am Rettungsdienst, insbesondere bei der Gestellung von Notärztinnen und Notärzten, finden Berücksichtigung.

In § 14 Abs. 3 ThürRettG und im Landesrettungsdienstplan für den Freistaat Thüringen ist festgelegt, dass die Zentralen Leitstellen einen Nachweis über die Aufnahme- und Dienstbereitschaft der Krankenhäuser im jeweiligen Rettungsdienstbereich führen. Die Krankenhausträger stellen hierzu im Benehmen mit den Aufgabenträgern des bodengebundenen Rettungsdienstes durch geeignete technische Maßnahmen sicher, dass den Zentralen Leitstellen laufend die Aufnahme- und Dienstbereitschaft der Krankenhäuser sowie die Anzahl der freien Betten und sonstigen Versorgungskapazitäten gemeldet werden.

## 15.4 Übung und Fortbildung

§ 36 Abs. 3 ThürBKG verpflichtet die Träger der stationären Gesundheitseinrichtungen (Krankenhausträger) zur regelmäßigen Übungsdurchführung. Dies umfasst insbesondere Übungen zur Überprüfung der Planungen zur Bewältigung von Ereignissen nach ThürBKG (z.B. MANV).

Die Abläufe zur Bewältigung interner Lagen des Krankenhauses (z.B. Amok, Bombendrohung, Ausfall Informationstechnik (IT), Kommunikation, Energie-, Wärme, Wasser-, Abwasserversorgung) sind in geeigneter Form (z.B. durch Alarmierungsübungen, Planspiele, Kurzlagen, Einbindung in Übungsvorhaben der Aufgabenträger des Brand- und Katastrophenschutzes) auf ihre Praxistauglichkeit zu überprüfen (= Fortschreibung der KAEP).

Die i.d.R. kostenfreien Web- und Präsenz-Fortbildungsangebote der Bundesakademie für Bevölkerungsschutz und Zivile Verteidigung für Krankenhausleitungen, Katastrophenschutzbeauftragte, Notärzte zum Themen der KAEP sollten genutzt werden.

## 15.5 Behördliche Aufsicht

Die KAEP ist mit den für Brand- und Katastrophenschutz sowie den für Infektionsschutz zuständigen Behörden abzustimmen und diesen auf Anforderung vorzulegen.

Die Rechtsaufsichtsbehörde nach § 26 Abs. 1 i.V.m § 32 Abs. 2 ThürKHG berichtet dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium einmal jährlich mit Stichtag 30. Juni, erstmals zum 30.06.2025, und anlassbezogen zum Stand der Erstellung- und Fortschreibung der KAEP. Der Bericht umfasst auch eine Erhebung des Umsetzungsstandes von § 391 SGB V zur IT-Sicherheit in Krankenhäusern.

## 16 Tabellenteil

### 16.1 Zuordnung der Krankenhäuser zu den Planungsregionen

Planungsregion	Krankenhaus
<b>Nordthüringen</b>	Eichsfeld Klinikum, Standorte Heilbad Heiligenstadt, Niederorschel (Reifenstein)
	Helios Klinik Bleicherode - Fachkrankenhaus für Orthopädie
	Hufeland Klinikum, Standorte Bad Langensalza, Mühlhausen
	KMG Kliniken SE, Standorte Sondershausen, Bad Frankenhausen
	Lungenklinik Neustadt
	Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen
	Fachklinik für Geriatrie St. Elisabeth Lengsfeld unterm Stein
	Südharz Klinikum Nordhausen
	MEDIAN Klinik Bad Tennstedt
<b>Mittelthüringen</b>	Helios Klinik Blankenhain
	Helios Klinikum Erfurt
	Helios Klinikum Gotha
	Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau, Standorte Arnstadt, Ilmenau
	Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt
	KMG Kliniken SE, Standort Sömmerda
	Marienstift Arnstadt – Fachklinik für Orthopädie
	Robert-Koch-Krankenhaus Apolda
	Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar
	SRH Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda
	Zentralklinik Bad Berka
<b>Ostthüringen</b>	Asklepios Fachklinikum Stadtroda
	Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg
	Dr. Ebel Klinik Bergfried Saalfeld - Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
	Gräfliche Kliniken Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz
	Klinik an der Weißenburg – Fachklinik für Rheumatologie Uhlstädt-Kirchhasel
	Klinikum Altenburger Land, Altenburg
	Kreiskrankenhaus Greiz-Ronneburg Greiz
	Kreiskrankenhaus Greiz-Ronneburg - Fachklinik für Geriatrie Ronneburg
	Sternbach-Klinik Schleiz
	SRH Wald-Klinikum Gera
	Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“, Standorte Saalfeld, Pößneck, Rudolstadt
	Universitätsklinikum Jena
	Waldkliniken Eisenberg
<b>Südwestthüringen</b>	Elisabeth Klinikum Schmalkalden
	Dr. Becker Burg-Klinik Dermbach

Planungsregion	Krankenhaus
	Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“ Meiningen
	Helios Fachkliniken Hildburghausen
	Helios Klinikum Meiningen
	Henneberg-Kliniken Hildburghausen
	Klinikum Bad Salzungen
	MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg, Standorte Sonneberg, Neuhaus am Rennweg
	m&i-Fachklinik Bad Liebenstein
	MEDIAN Heinrich-Mann-Klinik Bad Liebenstein
	SRH Zentralklinikum Suhl
	St. Georg Klinikum Eisenach

## 16.2 Jährlicher Ambulantisierungstrend für vollstationäre Fälle nach NRW-Leistungsgruppen

Nr.	Leistungsgruppe	Ambulantisierungstrend p.a.
01.1	Allgemeine Innere Medizin	1,60 %
02.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	1,00 %
03.1	Komplexe Gastroenterologie	1,97 %
04.1	Komplexe Nephrologie	1,94 %
05.1	Komplexe Pneumologie	2,30 %
06.1	Komplexe Rheumatologie	0,07 %
07.1	Stammzelltransplantation	0,00 %
07.2	Leukämie und Lymphome	0,00 %
08.1	EPU / Ablation	0,21 %
08.2	Interventionelle Kardiologie	4,15 %
08.3	Kardiale Devices	1,98 %
08.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	0,00 %
09.1	Allgemeine Chirurgie	2,65 %
10.1	Kinder- und Jugendchirurgie	3,10 %
11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	1,22 %
12.1	Bauchaortenaneurysma	0,00 %
12.2	Carotis operativ/ interventionell	0,77 %
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	0,00 %
13.1	Herzchirurgie	0,00 %
13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	0,00 %
14.0	Allgemeine Orthopädie und Unfallchirurgie	0,00 %
14.1	Endoprothetik Hüfte	0,00 %

Nr.	Leistungsgruppe	Ambulantisierungstrend p.a.
14.2	Endoprothetik Knie	0,00 %
14.3	Revision Hüftendoprothese	0,00 %
14.4	Revision Knieendoprothese	0,00 %
14.5	Wirbelsäuleneingriffe	0,00 %
15.1	Thoraxchirurgie	0,00 %
16.1	Bariatrische Chirurgie	0,00 %
16.2	Lebereingriffe	0,00 %
16.3	Ösophaguseingriffe	0,00 %
16.4	Pankreaseingriffe	0,00 %
16.5	Tiefe Rektumeingriffe	0,00 %
17.1	Augenheilkunde	3,08 %
18.1	Haut- und Geschlechtskrankheiten	1,68 %
19.1	MKG	1,98 %
20.1	Urologie	3,43 %
21.1	Allgemeine Frauenheilkunde	3,86 %
21.2	Ovarial-CA	2,24 %
21.3	Senologie	3,02 %
21.4	Geburten	0,00 %
21.5	Geburtsklinik - Kinder	0,00 %
22.1	Perinataler Schwerpunkt	0,00 %
22.2	Perinatalzentrum Level 1	0,00 %
22.3	Perinatalzentrum Level 2	0,00 %
23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1,96 %
23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	0,00 %
23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	0,20 %
24.1	HNO	3,05 %
24.2	Cochleaimplantate	0,00 %
25.1	Neurochirurgie	1,37 %
25.2	Wirbelsäuleneingriffe	0,00 %
26.1	Allgemeine Neurologie	2,23 %
26.2	Stroke Unit	0,00 %
26.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	0,00 %
27.1	Geriatric	0,00 %
28.1	Intensivmedizin	0,00 %
29.1	Palliativmedizin	0,00 %
30.1	Darmtransplantation	0,00 %
30.2	Herztransplantation	0,00 %

Nr.	Leistungsgruppe	Ambulantisierungstrend p.a.
30.3	Lebertransplantation	0,00 %
30.4	Lungentransplantation	0,00 %
30.5	Nierentransplantation	0,00 %
30.6	Pankreastransplantation	0,00 %
31.1	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	0,00 %
31.2	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär	0,00 %
32.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär	0,00 %
32.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik teilstationär	0,00 %
40.1	Sonstige/ Nicht zuzuordnen	1,21 %

Tabelle übernommen aus „Gutachten zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Thüringen“ hier Anhang Kapitel 3 Tabelle II auf Basis des in Kapitel 3 des Gutachtens beschriebenen Vorgehens zur Ermittlung des jährlichen Ambulantisierungstrends.

## 16.3 Pflichtversorgungsgebiete

### 16.3.1 Psychiatrie und Psychotherapie

Klinik	Landkreise und Städte
<b>PLANUNGSREGION NORDTHÜRINGEN</b>	
<b>Ökumenisches Hainich Klinikum, Mühlhausen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Landkreis Eichsfeld,</li> <li>• Unstrut-Hainich-Kreis,</li> <li>• Kyffhäuserkreis,</li> <li>• vom Wartburgkreis den nördlichen Teil entlang der alten Kreisgrenze zwischen den ehemaligen Kreisen Eisenach und Bad Salzungen</li> <li>• vom Kreis Sömmerda den größten Teil bis auf das südlich einer Linie Gebesee, Kranichborn, Schlossvippach liegende Territorium, wobei die drei genannten Ortschaften zu diesem Territorium gehören</li> <li>• Landkreis Gotha</li> <li>• Nördlicher Ilmkreis</li> </ul>
<b>Südharz-Klinikum, Nordhausen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadt Nordhausen und</li> <li>• Landkreis Nordhausen</li> </ul>

<b>PLANUNGSREGION MITTELTHÜRINGEN</b>	
<b>Helios Klinikum Erfurt</b>	Stadt Erfurt, die Stadtteile mit den Postleitzahlen 99100, 99189, 99092, 99089, 99091, 99086, 99087, 99195, 99085
<b>Kath. KH „St. Johann Nepomuk“ Erfurt</b>	Stadt Erfurt, die Stadtteile mit den Postleitzahlen 99192, 99094, 99084, 99096, 99102, 99097, 99099, 99098, 99198
<b>Sophien- und Hufeland-Klinikum, Weimar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadt Weimar</li> <li>• Kreis Weimarer Land</li> </ul>
<b>PLANUNGSREGION OSTTHÜRINGEN</b>	
<b>Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadt Altenburg und</li> <li>• Landkreis Altenburger Land</li> </ul>
<b>SRH Wald-Klinikum Gera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadt Gera</li> <li>• unten g. Nordostzipfel des Landkreises Greiz mit Ronneburg, aber auch den an der Bundesstraße 175 liegenden Ortschaften wie Zickra, Berga, Seeligenstädt</li> </ul>
<b>Universitätsklinikum Jena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadt Jena</li> </ul>
<b>Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“, Saalfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Landkreis Saalfeld- Rudolstadt</li> </ul>
<b>Asklepios Fachklinikum Stadtroda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saale-Orla-Kreis,</li> <li>• Saale-Holzland-Kreis,</li> <li>• Landkreis Greiz, abzügl. des von den Bundesstraßen 92 bzw. 175 begrenzten Nordostzipfels, wobei Weida im Pflichtversorgungsgebiet von Stadtroda bleibt</li> </ul>
<b>PLANUNGSREGION SÜDWESTTHÜRINGEN</b>	
<b>Klinikum Bad Salzungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wartburgkreis abzügl. des vom Ök. Hainich Klinikum Mühlhausen versorgten nördl. Teils (s.o.)</li> <li>• Landkreis Schmalkalden-Meiningen abzüglich des Gebietes des ehem. Kreises Meiningen</li> </ul>
<b>Helios Fachkliniken Hildburghausen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vom Landkreis Schmalkalden-Meiningen den Teil der dem Gebiet des Altkreises Meiningen entspricht</li> <li>• Landkreis Hildburghausen</li> <li>• Kreisfreie Stadt Suhl</li> <li>• Südlicher Ilmkreis (einschl. Stadtilm): Gebiet südlich einer Linie zwischen Dienststedt, Hettstedt, Reinsfeld, Plaue bis Crawinkel</li> <li>• Landkreis Sonneberg</li> </ul>

Quelle: 2. Thüringer Psychiatrieplan, aktualisiert

### 16.3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Klinik	Landkreise und Städte
<b>PLANUNGSREGION NORDTHÜRINGEN</b>	
<b>Ökumenisches Hainich Klinikum, Mühlhausen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eisenach,</li> <li>• Unstrut-Hainich-Kreis,</li> <li>• Wartburgkreis,</li> <li>• Landkreis Gotha</li> </ul>
<b>Südharz-Klinikum Nordhausen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eichsfeldkreis,</li> <li>• Landkreis Nordhausen</li> <li>• Kyffhäuserkreis,</li> <li>• Landkreis Sömmerda</li> </ul>
<b>PLANUNGSREGION MITTELTHÜRINGEN</b>	
<b>Helios Klinikum Erfurt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfurt,</li> <li>• Ilmkreis</li> </ul>
<b>PLANUNGSREGION OSTTHÜRINGEN</b>	
<b>Universitätsklinikum Jena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weimar,</li> <li>• Jena,</li> <li>• Landkreis Weimarer Land,</li> <li>• im Saale-Holzlandkreis der Altkreis Jena-Land</li> </ul>
<b>Asklepios Fachklinikum Stadtroda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gera,</li> <li>• Altenburger Land,</li> <li>• Landkreis Greiz,</li> <li>• Saale-Orla-Kreis,</li> <li>• Landkreis Saalfeld-Rudolstadt,</li> <li>• Saale-Holzland-Kreis ohne Altkreis Jena-Land</li> </ul>
<b>PLANUNGSREGION SÜDWESTTHÜRINGEN</b>	
<b>Helios Fachkliniken Hildburghausen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhl,</li> <li>• Landkreis Schmalkalden-Meiningen,</li> <li>• Landkreis Hildburghausen,</li> <li>• Landkreis Sonneberg</li> </ul>

Quelle: 2. Thüringer Psychiatrieplan, aktualisiert

## 16.4 Ausbildungsstätten

Standort	Ausbildungsberufe
Krankenpflegeschule am Kath. Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt	Gesundheits- und Krankenpflege
Krankenpflegeschule am Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar	Gesundheits- und Krankenpflege
Krankenpflegeschule am St. Georg Klinikum Eisenach	Gesundheits- und Krankenpflege
Krankenpflegeschule St. Vincenz am Eichsfeld Klinikum	Gesundheits- und Krankenpflege
Krankenpflegeschule am Klinikum Altenburger Land	Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehilfe
Fachschule für Gesundheitsfachberufe am Klinikum Bad Salzungen	Gesundheits- und Krankenpflege
Fachschule für Gesundheitsfachberufe am Zentralklinikum Suhl	Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

## 16.5 Übersicht zur Zuordnung der Versorgungsstufen in der Schlaganfallbehandlung nach den Empfehlungen zur Schlaganfallversorgung

Krankenhaus	Standort	Zuordnung
Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg		KEINE
Klinikum Altenburger Land		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
Robert-Koch-Krankenhaus Apolda		Stufe III: Tele Stroke Unit
Marienstift Arnstadt Fachklinik für Orthopädie		KEINE
Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt Ilmenau	Arnstadt	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Ilmenau	Stufe III: Tele Stroke Unit
Zentralklinik Bad Berka		Stufe II: Regionale Stroke Unit
KMG Kliniken SE	Bad Frankenhausen	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Sondershausen	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Sömmerda	Stufe III: Tele Stroke Unit
Hufeland Klinikum	Bad Langensalza	KEINE
	Mühlhausen	KEINE
Klinikum Bad Salzungen		Stufe II: Regionale Stroke Unit

Krankenhaus	Standort	Zuordnung
Helios Klinik Blankenhain		Stufe III: Tele Stroke Unit
Helios Klinik Bleicherode Fachkrankenhaus für Orthopädie		KEINE
St. Georg Klinikum Eisenach		Stufe II: Regionale Stroke Unit
Waldkliniken Eisenberg		Stufe III: Tele Stroke Unit
Helios Klinikum Erfurt		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt		Stufe III: Tele Stroke Unit
SRH Krankenhaus Waltershausen- Friedrichroda		Stufe III: Tele Stroke Unit
SRH-Wald-Klinikum Gera		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
Helios Klinikum Gotha		Stufe II: Regionale Stroke Unit
Kreiskrankenhaus Greiz-Ronneburg Greiz		Stufe III: Tele Stroke Unit
Helios Fachkliniken Hildburghausen		Stufe II: Regionale Stroke Unit
Henneberg-Kliniken Hildburghausen		KEINE
Universitätsklinikum Jena		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
Eichsfeld Klinikum	Heilbad Heiligenstadt	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Niederorschel (Reifenstein)	KEINE
St. Elisabeth-Fachklinik für Geriatrie Lengenfeld unterm Stein		KEINE
Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“ Meiningen		KEINE
Helios Klinikum Meiningen		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen		Stufe II: Regionale Stroke Unit
Lungenklinik Neustadt		KEINE
Südharz-Klinikum Nordhausen		Stufe II: Regionale Stroke Unit
Kreiskrankenhaus Greiz-Ronneburg – Fachklinik für Geriatrie Ronneburg		KEINE
Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“	Rudolstadt	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Pößneck	KEINE
	Saalfeld	KEINE
Sternbach-Klinik Schleiz		Stufe III: Tele Stroke Unit
Elisabeth-Klinikum Schmalkalden		Stufe III: Tele Stroke Unit
MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg	Neuhaus am Rennweg	KEINE
	Sonneberg	Stufe III: Tele Stroke Unit
Asklepios Fachklinikum Stadtroda		KEINE
SRH Zentralklinikum Suhl		Stufe II: Regionale Stroke Unit

Krankenhaus	Standort	Zuordnung
Klinik an der Weißenburg – Fachklinik für Rheumatologie Uhlstädt-Kirchhasel		KEINE
Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar		Stufe II: Regionale Stroke Unit

## Abkürzungsverzeichnis

Soweit im vorliegenden Dokument von „Gutachten“ die Rede ist, so wird ohne weitere Konkretisierung damit auf das durch das Beratungsunternehmen PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH erstellte Gutachten zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Thüringen (Stand 05.04.2024) Bezug genommen.

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DRG	Diagnosis Related Group
ePA	elektronische Patientenakte
EW	Einwohnerin und Einwohner
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt
HKL	Herzkatheterlabor
ICD	international statistical classification of diseases and related health problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
InEK-Daten	Daten gem. § 21 KHEntgG, aufbereitet vom InEK
InTeliNeT	Interdisziplinäres Teleintensiv-Netzwerk in Thüringen
IMC	Intermediate Care
IT	Informationstechnik
ITS	Intensivtherapiestation
KAEP	Krankenhausalarm- und -einsatzplanung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHTG	Krankenhaustransparenzgesetz – Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
LG	Leistungsgruppe
LKHG	Landeskrankenhausgesellschaft
MANV	Massenanfall von Verletzten
MD	Medizinischer Dienst

Mm-R	Mindestmengenregelungen
nF	neue Fassung
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane Koronarintervention
PD	PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
Psych-Fächer	Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie
rBv	regionale Bevölkerungsvorausberechnung
RKI	Robert Koch-Institut
RTW	Rettungswagen
SATELIT	<b>Schlaganfall Telemedizin in Thüringen</b>
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SOP	Standard Operating Procedures
SÜV	Sektorenübergreifender Versorger
ThürKHG	Thüringer Krankenhausgesetz
ThürRettG	Thüringer Rettungsdienstgesetz
TI	Telematikinfrastruktur
TK	Tagesklinik
TMASGFF	Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
TMIK	Thüringer Ministerium für Inneres und Kommunales
TMIL	Thüringer Ministerium für Infrastruktur und Landwirtschaft
WBO	Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen
WHO	World Health Organization
VO	Rechtsverordnung
VZÄ	Vollzeitäquivalente