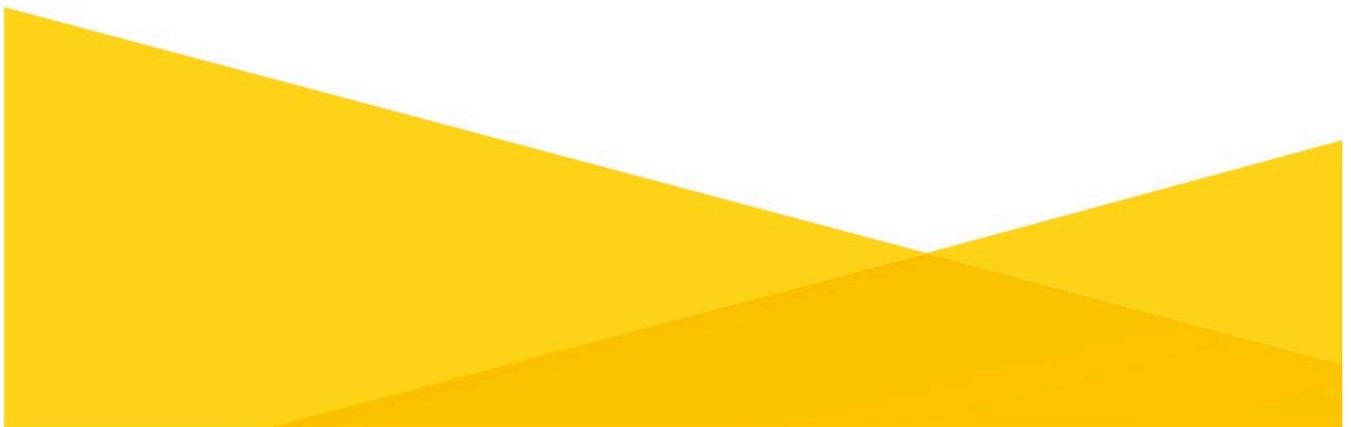




***Gutachten zur Weiterentwicklung der  
Krankenhausplanung in Thüringen –  
Executive Summary***

Berlin, 05.04.2024



# Impressum

**PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH**

Friedrichstr. 149

10117 Berlin

[pd-g.de/](https://pd-g.de/)

# Executive Summary

## Zielsetzung

Mit dem vorliegenden Gutachten werden der Status Quo der Krankenhausversorgung mit vollstationären und teilstationären Leistungen in Thüringen analysiert und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Versorgung im Freistaat abgeleitet. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen die Erstellung des 8. Thüringer Krankenhausplans unterstützen. Im Rahmen des Gutachtens werden keine Empfehlungen für den Aus- oder Umbau individueller Krankenhausstandorte formuliert. Das Ziel ist vielmehr einen Überblick über die Krankenhauslandschaft in Thüringen zu geben sowie notwendige Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung gutachterlich darzustellen und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

## Methodik und Datengrundlage

Die Analysen basieren auf einem aus verschiedenen Datenquellen aufbereiteten Datensatz. Dazu wurden die Daten nach § 21 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) sowie die Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser genutzt. Darüber hinaus wurden mittels Onlinebefragung Informationen direkt von den Krankenhäusern in Thüringen erhoben und Interviews mit weiteren relevanten Akteuren der gesundheitlichen Versorgung in Thüringen geführt. Basierend auf diesen Daten wurden für die Jahre 2018 bis 2022 Analysen und Prognosen für das Jahr 2030 abgeleitet. Bei der Erstellung der Prognosen wurden sowohl der demografische Wandel als auch die Potenziale einer verstärkten ambulanten Leistungserbringung berücksichtigt, um den zukünftigen Bedarf stationärer Kapazitäten abzuschätzen. Da die Auswirkungen der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Einschränkungen weiterhin nicht vollständig vorhersehbar sind, wurden im vorliegenden Gutachten verschiedene Prognoseszenarien erstellt.

Die Analysen wurden entsprechend der Leistungsgruppensystematik strukturiert. Dazu wurden die in Nordrhein-Westfalen (NRW) definierten 64 Leistungsgruppen genutzt. Diese unterteilen sich in 30 Leistungsbereiche mit 60 untergeordneten Leistungsgruppen für die Somatik sowie zwei Leistungsbereiche mit insgesamt vier untergeordneten Leistungsgruppen für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik. Da davon auszugehen ist, dass sich eine zukünftige Krankenhausplanung der Bundesländer an dieser Leistungsgruppensystematik orientiert, wurde für das vorliegende Gutachten diese entsprechende Systematik für die Analysen Bereich der Somatik verwendet.

Bei der vertiefenden Analyse der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wurde hingegen nicht auf die NRW-Systematik der Leistungsgruppen zurückgegriffen. Dies begründet sich damit, dass die Systematik zum einen keine Unterscheidung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Fällen vorsieht. Zum anderen war zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht davon auszugehen, dass im Rahmen der Krankenhausreform zukünftig separate Leistungsgruppen für die psychiatrischen und psychosomatischen Fälle definiert werden sollen. In Absprache mit dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMA SGFF) wurde daher eine separate Analysesystematik für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gewählt.

Die Anwendung von Leistungsbereichen beziehungsweise Leistungsgruppen bei der Krankenhausplanung hat den Vorteil gegenüber der bestehenden Planungssystematik auf Fachabteilungsebene, dass sich Versorgungsleistungen innerhalb eines Fachgebietes differenzierter beplanen und analysieren lassen. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens lagen noch keine definitorischen Spezifikationen der fünf zusätzlichen somatischen Leistungsgruppen vor, die im Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes zusätzlich zu den bestehenden somatischen Leistungsgruppen der NRW-Systematik für die

Krankenhausplanung bundesweit eingeführt werden sollen. Es ist davon auszugehen, dass sich nach erneuter Analyse der Daten mit den finalen Spezifikationen der Leistungsgruppen Fälle zwischen den bestehenden und den neuen Leistungsgruppen verschieben werden. Etwaige Implikationen auf die Krankenhausplanung sollten nach Vorliegen der finalen Spezifikationen überprüft werden.

## Ergebnisse

Die Analysen zur Versorgungssituation im Freistaat Thüringen zeigen, dass die Erreichbarkeit von stationären Krankenhausleistungen insgesamt als gut bis sehr gut bewertet werden kann. Insbesondere entlang der Städtekette zwischen Eisenach und Gera zeichnet sich häufig ein sehr gutes Versorgungsbild über die verschiedenen Leistungsgruppen hinweg ab. Im vorliegenden Gutachten wurde aufgrund der verfügbaren Daten bei der Fahrzeitbestimmung nur thüringische Standorte berücksichtigt. Dies führt insbesondere in den Regionen in direkter Nachbarschaft zu den angrenzenden Bundesländern zu teilweise länger ausgewiesenen Fahrzeiten, die sich verkürzen würden, wenn entsprechende Versorger in den angrenzenden Bundesländern berücksichtigt werden würden. Für eine genauere Analyse der davon betroffenen Regionen sind weitere Daten notwendig, welche beispielsweise im Rahmen einer länderübergreifenden Abstimmung in der Krankenhausplanung genutzt werden könnten (siehe Handlungsempfehlung 8).

Für das Jahr 2022 stellten in Thüringen insgesamt 54 Krankenhausstandorte die Versorgung der Bevölkerung sicher. 22 der Standorte sind in privater (rund 41 %), 20 in öffentlicher (rund 37 %) und 12 in freigemeinnütziger (rund 22 %) Trägerschaft. Auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner kamen durchschnittlich 715 aufgestellte Betten für das Jahr 2022. Im Bundesvergleich hatte Thüringen somit die meisten durchschnittlich aufgestellten Betten. Im Gegensatz dazu betrug die Bettenauslastung in Thüringen im Jahr 2022 rund 65 % und war somit im Bundesvergleich gemeinsam mit Sachsen-Anhalt am niedrigsten. Die Krankenhäuser werden schon aufgrund des Personalmangels kein umfangreiches Personal für nicht ausgelastete Betten vorhalten (können).

Die 54 Krankenhausstandorte in Thüringen versorgten im Jahr 2022 rund 503.000 vollstationäre Fälle. Im Jahr 2018 waren es hingegen noch rund 588.000. Somit ist die Anzahl der vollstationären Fälle in Thüringen in diesem Zeitraum um rund 14 % gesunken. Der stärkste Rückgang von rund 13 % fand dabei zwischen den Jahren 2019 und 2020 statt. Auch zwischen den Jahren 2020 und 2021 war ein weiterer Fallrückgang zu beobachten. Zurückführen lässt sich dies zu großen Teilen auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Auch wenn die Fallzahl von 2021 auf 2022 wieder leicht gestiegen ist, kann auf Basis der vorliegenden Daten noch nicht davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der vollstationären Fälle insgesamt zeitnah wieder das Niveau aus dem Jahr 2019 erreichen wird. Diese Beobachtung deckt sich weitestgehend mit den Entwicklungen in den anderen Bundesländern und wird auch von den befragten Akteuren im Rahmen der durchgeführten Interviews bestätigt. Dennoch empfehlen die Gutachtenden, die aktuellen Fallzahlen für 2023, die ab Sommer 2024 zur Verfügung stehen, im Anschluss an das Gutachten weiter zu analysieren. Ziel ist es, etwaige Veränderungen der Inzidenzen im Vergleich zu den hier angenommenen Parametern zu erkennen und mögliche Veränderungen bei der Entwicklung des Bedarfs an stationären Versorgungskapazitäten frühzeitig zu identifizieren.

Da der verwendete § 21-KHEntgG-Datensatz nur Informationen zu den in thüringischen Krankenhäusern behandelten Fällen enthält, konnten Patientinnen und Patienten, die zwar in Thüringen wohnen, aber in einem anderen Bundesland behandelt wurden, nur beschränkt betrachtet werden. Die mit Hilfe der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes durchgeführte Analyse der Ein- und Auspendler liefert jedoch erste Anhaltspunkte. Insgesamt wurden im Jahr 2022 rund 51.000 vollstationäre Patientinnen und Patienten aus Thüringen durch Krankenhäuser in anderen Bundesländern versorgt, davon der größte Teil

im benachbarten Bundesland Bayern (rund 14.000 Fälle), gefolgt von Sachsen (rund 12.000 Fälle). Im Gegenzug wurden jedoch auch rund 43.000 Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb Thüringens (rund 8,5 % der Fälle) in thüringischen Krankenhäusern versorgt.

Für die Prognose des zukünftigen Bedarfs an vollstationärer Versorgung, basierend auf den NRW-Leistungsgruppen, wurde eine demografiebasierte Schätzung für Thüringen vorgenommen. Diese basiert auf den Krankenhaushäufigkeiten der Jahre 2019 und 2022, differenziert nach Leistungs-, Geschlechts- und Altersgruppen, und wendet diese auf die Bevölkerungszahlen aus der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für das jeweilige Prognosejahr an. Der daraus resultierende Erwartungswert für die Anzahl der Fälle nach Leistungsgruppe und Prognosejahr wurde um das mögliche Ambulantisierungspotenzial ergänzt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist keine valide Festlegung darüber möglich, welche Basisinzidenz die zukünftige Entwicklung in der Nachfolge der COVID-19-Pandemie am treffendsten beschreiben wird. Die Gutachtenden sowie die interviewten Akteure der gesundheitlichen Versorgung in Thüringen gehen überwiegend davon aus, dass sich die zukünftigen Fallzahlen voraussichtlich zwischen den ermittelten Fallzahlen auf Basis der Inzidenz 2019 und 2022 bewegen werden.

Die Analysen zur Prognose ergaben, dass bis zum Jahr 2030 bei Annahme einer zunehmenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen ein Rückgang der Fallzahlen um weitere 1 bis 14 % im Vergleich zu 2022 prognostiziert werden kann. Die hohe Varianz ergibt sich aus den in den Prognoseszenarien unterschiedlich angesetzten Erkrankungsinzidenzen und dem Anteil der Fälle, die vom stationären in den ambulanten Bereich überführt werden können (Hebung des ambulanten Potenzials). Infolgedessen wird die benötigte Anzahl an vollstationären Betten in Thüringen weiter sinken. Auf Basis der im Gutachten dargestellten Entwicklung ergibt sich gegenüber den aktuellen vollstationären Planbetten im Jahr 2022 unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Prognoseszenarien ein Reduzierungspotenzial von etwa 1.280 bis 3.350 vollstationären Krankenhausbetten. Es ist wichtig zu betonen, dass es sich hierbei um den Abbau schon heute nicht genutzter Betten handelt, der zu keiner für die Patienten spürbaren Verringerung an Kapazitäten führt.

Neben den zunächst allgemeinen Betrachtungen schließen sich eine Reihe von Auswertungen zu ausgewählten Themenkomplexen an. So werden in den anschließenden Fokusanalysen die Themen Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, stationäre Notfallversorgung sowie Schlaganfall- und Traumaversorgung, Psychiatrie und Psychosomatik, Geriatrie sowie Mindestmengen näher betrachtet.

Im Bereich der Geburtshilfe wurden im Jahr 2022 rund 12.700 Fälle aus der LG „21.4 – Geburten“ erbracht, dies entspricht im Vergleich zum Jahr 2018 einem deutlichen Rückgang um rund 22 %. Auch die Anzahl der Geburtshilfen in den Krankenhäusern hat sich kontinuierlich reduziert, sodass von den zu Beginn der Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplans erfassten 24 Standorten mit Geburtshilfe im Jahr 2022 nur noch 21 zur Leistungserbringung beigetragen haben. Im Jahr 2022 erbrachten rund ein Drittel der 21 Leistungserbringer etwas mehr als die Hälfte aller Fälle. Insgesamt ist die Versorgungslandschaft im Freistaat von relativ kleinen Einrichtungen der Geburtshilfe geprägt. Grundsätzlich ist die Erreichbarkeit der geburtshilflichen Versorgung in Thüringen jedoch als gut bis sehr gut zu bewerten. Dennoch gibt es auch Regionen in Ost- und Südwestthüringen, von denen aus Schwangere Fahrzeiten zwischen 40 und 90 Minuten benötigen, um eine entsprechende Klinik zu erreichen.

Weiterhin erfolgte eine Analyse für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Hier wurden im Jahr 2022 insgesamt rund 24.600 vollstationäre Fälle in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ an 17 Standorten versorgt. Verglichen mit dem Jahr 2018 entspricht das einem Rückgang von 16 %. In den meisten Regionen Thüringens können Versorger der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin in unter 40 Minuten erreicht werden. Eine Ausnahme stellen die Regionen an den Landesgrenzen zu Bayern und Sachsen

dar, in denen bei ausschließlicher Betrachtung von Versorgern innerhalb Thüringens Fahrzeiten von bis zu 90 Minuten entstehen.

Mit einer vertiefenden Analyse wurde die Notfallversorgung im Freistaat näher betrachtet. Hierzu wurde zunächst die stationäre Notfallversorgung betrachtet. In Thüringen nahmen im Jahr 2021 insgesamt 33 Krankenhäuser an dem gestuften System von Notfallstrukturen nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss teil. Davon waren 17 Krankenhäuser als Standort der Basisnotfallversorgung, acht als Standort der erweiterten Notfallversorgung und weitere acht als Standort der umfassenden Notfallversorgung klassifiziert. Ein Standort, der mindestens eine Basisnotfallversorgung vorhält, ist für den Großteil der Bevölkerung in Thüringen in maximal 30 Minuten erreichbar. In Regionen mit wenigen Notfallversorgern, wie etwa der Planungsregion Nordthüringen, kann der Wegfall einzelner Standorte zur Verlängerung der Anfahrtswege führen. Durch die vier in Thüringen stationierten Hubschrauber ist Thüringen vergleichsweise gut mit Luftrettungsmitteln abgedeckt.

In Thüringen existiert seit 2012 ein, nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zertifiziertes Traumanetzwerk. Im Jahr 2022 umfasst dieses Netzwerk 25 Traumazentren, darunter acht lokale, 13 regionale und drei überregionale Traumazentren. Während entlang der Städtekette Traumazentren aller drei Versorgungsstufen zumeist innerhalb von 15 Minuten erreichbar sind, sind auch in anderen Regionen Traumazentren größtenteils innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit zu erreichen. Der von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie geforderte Zeitrahmen, wonach ein Eintreffen am für die Schwere der Verletzung geeigneten Traumazentrum innerhalb von 30 Minuten nach der Erstversorgung am Unfallort erfolgen soll, kann folglich fast flächendeckend in Thüringen gewährleistet werden.

Eine besondere Art der Notfallversorgung erfordert die Behandlung bei Verdacht auf einen Schlaganfall. Im Gutachten wurde dieser Bereich daher im Rahmen einer gesonderten Analyse untersucht. Die Analyse zeigt, dass im Jahr 2022 thüringenweit rund 11.800 Schlaganfälle versorgt wurden, wobei rund 84 % der Patientinnen und Patienten in einer zertifizierten Stroke Unit behandelt wurden. Weitere 8 % wurden an Standorten mit nicht zertifizierten Stroke Units behandelt. Lediglich 88 der Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall, was einem Anteil von rund 1 % entspricht, wurden an Standorten versorgt, die auf Basis der hier geltenden Definition im Jahr 2022 keine Stroke Unit vorgewiesen haben oder Mitglied im SATELIT-Netzwerk<sup>1</sup> sind. Insgesamt kann die Bevölkerung in den meisten Regionen Thüringens einen Standort mit einer zertifizierten oder nicht zertifizierten Stroke Unit innerhalb von 30 Minuten erreichen. Ausgenommen davon sind bei ausschließlicher Betrachtung der Versorger innerhalb Thüringens jedoch die Landkreise Kyffhäuserkreis und Saale-Orla-Kreis. Hier benötigt die Bevölkerung in der Regel innerhalb Thüringens länger als eine halbe Stunde, in manchen Gebieten sogar bis zu einer Stunde.

Eine weitere Fokusanalyse wurde für den geriatrischen Bereich durchgeführt. Im Jahr 2022 wurden rund 8.200 vollstationäre Fälle der LG „27.1 – Geriatrie“ an 9 Standorten in Thüringen behandelt. Im Vergleich zum Jahr 2018 entspricht das einem Fallzahlrückgang von rund 21 %. Die Erreichbarkeit von Versorgern in der LG „27.1 – Geriatrie“ entlang der Städtekette ist sehr gut und liegt bei unter 15 Minuten. Insbesondere in Landkreisen an den Grenzen zu den Bundesländern Hessen, Bayern und Sachsen, wie zum Beispiel dem Wartburgkreis, dem Landkreis Sonneberg oder dem Saale-Orla-Kreis, ergeben sich jedoch längere Fahrzeiten von 60 Minuten und länger zu einem Versorger in Thüringen.

Im Bereich der psychiatrischen Disziplinen weist Thüringen im Bundesvergleich sowohl eine hohe Betten-dichte als auch eine hohe Fallzahl je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern auf. Gleichwohl sind die

---

<sup>1</sup> Im SATELIT-Netzwerk sind 15 Kliniken in Thüringen zusammengeschlossen, die eine sogenannte Tele Stroke Unit vorhalten. Dem Netzwerk gehören auch weitere Kliniken außerhalb Thüringens an.

vollstationären Versorgungsangebote für die Behandlung psychischer Erkrankungen nicht gleichmäßig über Thüringens Fläche verteilt. Kompensiert wird dies teilweise durch ergänzende teilstationäre Angebote, so dass zumindest im Bereich Psychiatrie in weiten Teilen Thüringens ein voll- und/oder teilstationärer Versorger in unter 30 Minuten durch die Patientinnen und Patienten erreicht werden kann. Eine flächendeckende Versorgung kann daher zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens für diesen Behandlungsbereich als weitestgehend gewährleistet angesehen werden. Der Wegfall eines dieser Versorgungsangebote würde die Fahrzeiten für die Bevölkerung teilweise deutlich erhöhen. Ein insgesamt vergleichbares Bild ergibt sich für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei vor allem im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt bereits jetzt lange Fahrzeiten für Teile der Bevölkerung zu erkennen sind.

In Deutschland werden die Mindestmenvorgaben für bestimmte Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss definiert. Für einige Leistungen werden die Mindestmengen jedoch nicht von allen Standorten in Thüringen, die diese Leistung erbringen, erreicht. Deren Anzahl wird voraussichtlich mit den geplanten und bereits in Kraft getretenen Erhöhungen der Mindestfallzahlen für einige Leistungen steigen. Entsprechend sollten diese Standorte künftig die Leistungen nicht mehr erbringen. Für diese oft planbaren aber auch medizinisch komplexen Behandlungen sind somit tendenziell längere Fahrzeiten notwendig.

## Handlungsempfehlungen

Aufbauend auf den durchgeführten Analysen werden im Folgenden zehn Handlungsempfehlungen für die stationäre Versorgungssituation im Freistaat Thüringen dargestellt:

### **Empfehlung 1: Konzentration von Leistungen unter aktiver Gestaltung des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie**

Die Gesundheitsstrukturen in Thüringen stehen, wie die aktuelle Bestandsaufnahme im vorliegenden Gutachten verdeutlicht hat, vor beispiellosen Herausforderungen. Neben den bekannten Einflussfaktoren, wie dem Fachkräftemangel und dem Bevölkerungsrückgang, sind die Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie noch immer deutlich spürbar. Darüber hinaus zeichnet sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Gutachtens eine potenzielle Neuordnung des Krankenhausplanungs- und Finanzierungssystems in Deutschland im Rahmen der geplanten Krankenhausreform ab. Neben der Neuordnung der Finanzierung zielen die geplanten Maßnahmen auf Bundesebene vor allem darauf ab, komplexe medizinische Leistungen aus ökonomischen und qualitativen Gründen auf weniger Krankenhausstandorte zu konzentrieren. Die Annahme hierbei ist, dass eine stärkere Konzentration von medizinischen Leistungen dazu beitragen wird, die Behandlungsqualität insgesamt zu verbessern. Zudem können die begrenzt vorhandenen Ressourcen, insbesondere Fachkräfte, effizienter genutzt werden.

Entstehende Zentren könnten, beispielsweise in ihren Einzugsgebieten durch eigene ambulante Angebote oder Kooperationen mit ambulanten und stationären Leistungserbringern vor Ort, eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen. Telemedizinische Angebote sollten hier unterstützen um insbesondere auch die Option der Einbeziehung nicht-ärztlich geführter Einrichtungen gewährleisten zu können.

Die im Rahmen des Gutachtens durchgeführte Onlinebefragung der Krankenhäuser Thüringens sowie die Gespräche mit relevanten Akteuren und Interessengruppen aus der Krankenhausversorgung bestätigen diese Einschätzung und fordern eine aktive Mitwirkung des Landes bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen. Insofern konnte der bisherige Werkstattprozess zur Krankenhausplanung einen positiven Mobilisierungseffekt erzeugen. Durch die Einbindung aller beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringer, der Selbstverwaltung und weiterer involvierter Akteure sowie der Bürgerinnen und Bürger sollte das Land als aktiver Wegweiser sektorenübergreifend die Gesundheitsversorgung nachhaltig gestalten.

## **Empfehlung 2: Leistungen steuern mittels Leistungsbereichen und Leistungsgruppen für die Bedarfsplanung und Zuweisung der Versorgungsaufträge**

Zur Analyse der Versorgungssituation, zur Ermittlung des stationären Bedarfs und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung sowie zur Zuweisung von Versorgungsaufträgen empfehlen die Gutachtenden die Anwendung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen.

Das stationäre Versorgungsgeschehen anhand dieser Systematik zu planen, hat einige wesentliche Vorteile. Dazu gehören unter anderem:

1. In Leistungsgruppen sind fachlich verwandte medizinische Leistungen zusammengefasst. Diese Gruppen ermöglichen eine einheitlichere und differenziertere Betrachtung der stationären Versorgung als die bislang eher ungenaue Fachabteilungszuordnung.
2. Dadurch können, spezifischer als es bisher die Planung auf Ebene von Fachabteilungen erlaubt,
  - a. der aktuelle und zukünftige Bedarf bestimmt,
  - b. die Zuweisung von klar abgegrenzten Versorgungsaufträgen erreicht,
  - c. die Erreichbarkeitsziele definiert, sowie
  - d. das Ambulantisierungspotenzial in den Prognosen berücksichtigt werden.
3. Darüber hinaus können spezifische Mindeststrukturvoraussetzungen mit jeder Leistungsgruppe verknüpft und prozessuale Mindestvoraussetzungen einbezogen werden.
4. Ein zusätzlicher Nutzen liegt zudem in der Vereinfachung der länderübergreifenden Planungen, da die Gruppierung der Fälle zumindest im Grundsatz einem einheitlichen und klar definierten Muster folgt. Erste Analysen zeigen deutliche Wanderungsbewegungen zwischen Thüringen und den angrenzenden Bundesländern. Ein Beispiel hierfür sind die knapp 95.000 Pendler und Pendlerinnen, die entweder nach Thüringen für eine stationäre Behandlung einreisen oder von dort aus in ein anderes Bundesland für eine stationäre Behandlung fahren. Eine länderübergreifende Abstimmung in Thüringen könnte sowohl in dünnbesiedelten ländlichen Regionen an den Grenzen zu Nachbarbundesländern als auch bei hochkomplexen und spezialisierten Eingriffen dazu beitragen, begrenzte Ressourcen effektiver zu nutzen und damit insgesamt die flächendeckende Versorgung angemessen zu verbessern.

Im vorliegenden Gutachten wurde die in NRW entwickelte Zuordnungssystematik der Fälle zu den Leistungsgruppen verwendet. Diese Systematik wird ebenso im ersten Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) favorisiert. Neben der Systematik zur Zuordnung der Fälle zu den Leistungsgruppen werden dabei für jede Leistungsgruppe individuelle Qualitätskriterien ausgewiesen. Diese wurden vor dem Hintergrund der Versorgungssituation in NRW entwickelt. Welche Steuerungswirkung diese Qualitätskriterien auf die Versorgungssituation in Thüringen haben werden, kann mit den aktuell vorliegenden Daten noch nicht valide vorhergesagt werden. Grundsätzlich bleibt jedoch festzuhalten, dass sich die Voraussetzungen in Thüringen in vielen Bereichen strukturell von denen in NRW deutlich unterscheiden. Neben der Zahl der Einwohnerinnen- und Einwohner, der Bevölkerungsdichte und Wirtschaftskraft, sind insbesondere die durch den Strukturwandel der 1990er Jahre entstandenen Unterschiede in den stationären Versorgungsstrukturen auffällig.

Um gewährleisten zu können, dass insbesondere in den dünner besiedelten Gebieten noch Krankenhausleistungen angeboten werden können, ist es erforderlich, dass das Land als verantwortliche Instanz für die Krankenhausplanung die erforderliche Flexibilität besitzt, um Ausnahmen von möglichen bundespolitischen Vorgaben im KHVVG dauerhaft und eigenverantwortlich umzusetzen. Vorgaben, die sich am bundesdeutschen Durchschnitt orientieren, lassen sich nicht überall im Freistaat vernünftig umsetzen, sondern können gravierende Versorgungslücken verursachen.

### **Empfehlung 3: Gestufte Versorgung**

Die gestufte Versorgung, wie sie bereits im 7. Thüringer Krankenhausplan festgelegt wurde, soll sicherstellen, dass die Zuweisung von Versorgungsaufträgen eine angemessene medizinische Grundversorgung in den Bereichen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie flächendeckend gewährleistet. Dies bedeutet, dass mindestens 95 % der Bevölkerung einer definierten Region innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit mit einem PKW den entsprechenden Standort erreicht haben sollte. Ebenso sollte angestrebt werden, dass Kinder- und Geburtskliniken innerhalb von 40 Minuten erreichbar sind.

Aus Sicht der Gutachtenden hat sich die gestufte Versorgung bewährt und sollte daher beibehalten werden.

Darüber hinaus sollte als Grundsatz gelten, dass je komplexer und je seltener eine Behandlung ist, diese Leistung an Schwerpunkt- oder Maximalversorgern konzentriert werden sollte. Insbesondere hochspezialisierte Leistungen sollten nur an wenigen Standorten erbracht werden. Dies betrifft nicht nur Leistungen, die mit Mindestmengenregelungen belegt sind, sondern auch andere komplexe Behandlungen, wie beispielsweise Ablationen bei Herzrhythmusstörungen. Hier muss es erklärtes Ziel sein, die Patientinnen und Patienten in die für diese Behandlung optimal geeigneten Krankenhäuser einzuweisen oder – wenn notwendig – zu verlegen. Die dadurch erreichte höhere Behandlungsqualität führt allerdings zu längeren Transportwegen. Grundsätzlich müssen dafür entsprechende Krankentransportkapazitäten vorhanden sein, beziehungsweise aufgebaut werden.

### **Empfehlung 4: Versorgungsrelevante Krankenhäuser stärken**

Die Zuweisung von Versorgungsschwerpunkten an Krankenhäusern basierend auf Leistungsbereichen und -gruppen sollte durch das TMASGFF implementiert werden. Dabei sollten Aspekte wie die Sicherstellung einer wohnortnahen Grundversorgung, die Spezialisierung von Leistungen, regionale Besonderheiten sowie die demografische Entwicklung umfassend berücksichtigt werden. Für die Einhaltung und Sicherstellung der dadurch entstehenden differenzierteren Versorgungsaufträge müssen ausreichend Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden.

Es wird empfohlen, die Systematik der Verteilung der pauschalen Fördermittel zu überprüfen und die Verteilungssystematik an die Leistungsgruppen anzupassen. Zudem ist neben der spezifischen Förderung von Leistungsgruppen auch eine zusätzliche Gewichtung der Verteilungsparameter zu entwickeln, die insbesondere die Erbringung von Leistungsgruppen in versorgungsrelevanten Krankenhäusern fördert.

Da die Bundesländer für die Investitionskostenfinanzierung zuständig sind, müssen die variablen Kosten von den Patientinnen und Patienten oder ihren Versicherungsträgern getragen werden. Aufgrund der substanziellen Fallzahlrückgängen kämpfen viele Krankenhäuser mit finanziellen Problemen und drohen vermehrt in die Insolvenz zu gehen. Das Land sollte auf solche Szenarien vorbereitet sein, gleichwohl konkrete Prognosen schwer zu treffen sind.

### **Empfehlung 5: Koordinierende Rolle der Ankerkrankenhäuser stärken**

Wie bei ihrer zentralen Rolle bei der Aufrechterhaltung der Versorgungssituation während der COVID-19-Pandemie gezeigt sowie den hohen Fallzahlen und ihrer Expertise bei der Behandlung von hochkomplexen Fällen nehmen sowohl das Universitätsklinikum Jena als auch das HELIOS Klinikum Erfurt als Ankerkrankenhäuser eine herausragende Rolle bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Land ein. Im Hinblick auf künftige (zum Beispiel pandemische oder zivilverteidigende) Krisensituationen sollte überlegt werden, diesen Krankenhäusern bestimmte koordinierende Aufgaben für das Land zuzuweisen. Dazu könnte beispielsweise der Aufbau bestimmter Reservekapazitäten im Bereich der medizinischen Versorgung oder auch der Aufbau von unterstützenden Netzwerkstrukturen für das Land gehören.

Explizit angesprochen ist im Referentenentwurf des KHVVG<sup>2</sup>, dass der Übergang in andere Versorgungsbe-  
reiche unter Nutzung einrichtungsübergreifend betriebener informationstechnischer Systeme ermöglicht  
werden soll. Die Koordinierungsfunktion sollte hierbei den Ankerkrankenhäusern zukommen. Bereits aktu-  
ell existieren entsprechende Beispiele, wie das von dem Universitätsklinikum Jena koordinierte Schlagan-  
fallzentrum oder die Unterstützung der Intensivtherapien. Die Gutachtenden empfehlen weitere Themen,  
die für eine übergreifende Koordinierung geeignet sind, zu identifizieren und entsprechende Koordinati-  
onsaufgaben explizit zuzuweisen.

### **Empfehlung 6: Stärkere Nutzung aller Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung und Nut- zung neuer Technologien**

In Zukunft wird es aufgrund der im vorliegenden Gutachten beschriebenen Herausforderungen nicht mög-  
lich sein, sämtliche stationäre Gesundheitsleistungen in ihrem aktuellen Umfang auch weiterhin bereitzu-  
stellen. Die Identifizierung von Effizienzpotenzialen durch eine sektoren- und standortübergreifende Zu-  
sammenarbeit und Koordination zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems scheint  
alternativlos.

Je nach lokalen Gegebenheiten könnte es entsprechend notwendig sein, entweder die ambulante oder die  
vollstationäre beziehungsweise teilstationäre Versorgung zu stärken oder eine Integration beider Bereiche  
anzustreben. Dies kann im Rahmen bereits bestehender oder potenzieller Versorgungsmodelle geschehen,  
die bereits rechtlich umsetzbar sind und bei denen eine langfristige Versorgung gesichert ist. Zusätzlich  
sollten neue Technologien und digitale Möglichkeiten genutzt werden, um bestimmte Versorgungslücken  
zu schließen, wie beispielsweise durch die Implementierung telemedizinischer Strukturen und Behand-  
lungsmethoden.

Aus Sicht der Gutachtenden wäre ein Modell, dass Ärztinnen und Ärzte, die derzeit fest im Krankenhaus in  
der stationären Versorgung angestellt sind, verstärkt auch im ambulanten Bereich, beispielsweise in Medi-  
zinischen Versorgungszentren (MVZ), als Vertragsärzte arbeiten oder in Form eines Rotationssystems (bei-  
spielsweise im Rahmen einer fachärztlichen Ausbildung) für ein Jahr verpflichtend dorthin wechseln. Dar-  
über hinaus könnten ganze Fachabteilungen im Krankenhaus in Zukunft unter bestimmten  
Versorgungssituationen dazu ermächtigt werden, ambulante Behandlungen durchzuführen. Dies wird in  
Deutschland allerdings bisher kaum genutzt. Des Weiteren könnten Krankenhäuser bestehende MVZ-  
Strukturen ausbauen oder insbesondere in ländlichen Regionen (noch weiter) eigene MVZ gründen, um die  
lokale Versorgung vor Ort zu stärken. Begleitend könnten digitale Informationstechnologien genutzt wer-  
den, um Ressourcen einzubinden, die nicht lokal verfügbar sind, beispielsweise indem eine Gemeindeg-  
schwester vor Ort eine ärztliche Konsultation mit einer fachärztlichen Spezialistin oder einem fachärztlichen  
Spezialisten aus einer Klinik einholt. Hierfür sind jedoch noch rechtliche Fragen und Fragen zur Vergütung  
zu klären.

### **Empfehlung 7: Kapazitäten für spezifische Leistungsbereiche ausbauen**

Die Auswertungen in diesem Gutachten haben gezeigt, dass es erforderlich ist, sowohl die allgemeine Bet-  
tenkapazität auf Landesebene zu verringern als auch gleichzeitig den Auf- und Ausbau von Behandlungsmö-  
glichkeiten in bestimmten Versorgungsbereichen voranzutreiben.

Im Bereich Geriatrie ist in einigen Regionen des Freistaates ein Angebotsdefizit insbesondere bei vollstati-  
onären geriatrischen Leistungen festzustellen. Das Fehlen dieses Angebots könnte möglicherweise auf wirt-  
schaftliche Herausforderungen zurückzuführen sein, da die erforderliche Fallzahl für einen effizienten und

---

<sup>2</sup> Stand 13.03.2024.

wirtschaftlich nachhaltigen Betrieb nicht erreicht werden kann. In diesem Zusammenhang könnte das Land Versorgungsangebote mit potenziellen Anbietern erörtern, um eine zeitnahe und sachgerechte Lösung für den – vermutlich – steigenden Bedarf an geriatrischen Versorgungslösungen herbeizuführen.

Die voll- und teilstationären Versorgungsangebote für die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sind nicht gleichmäßig über die Fläche des Freistaates verteilt. Dies gilt insbesondere für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Hier fällt besonders die Region um Saalfeld mit deutlich überdurchschnittlich langen Fahrzeiten auf. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung wäre, das Angebot für Kinder und Jugendliche an den Standorten, die bereits Leistungen für Erwachsene erbringen, auszubauen. Der Fokus könnte dabei zunächst auf der Schaffung von tagesklinischen Versorgungsangeboten liegen.

Des Weiteren könnte die Schlaganfallversorgung in Nordthüringen durch die Etablierung von 24/7 Thrombektomien in Mühlhausen verbessert werden.

Es ist jedoch anzumerken, dass der Implementierungsaufwand der hier vorgeschlagenen Leistungsangebote als eher komplex einzustufen ist und es vermutlich einige Zeit in Anspruch nehmen wird, bis eine Umsetzung in der Fläche erfolgen kann. Neben den organisatorischen Hürden und finanziellen Engpässen stellt vor allem der Fachkräftemangel eine Herausforderung bei der Implementierung und längerfristigen Vorhaltung neuer Leistungsangebote dar.

#### **Empfehlung 8: Länderübergreifende Analysen und Abstimmung für eine zukünftige gemeinsame Planung**

Die Darstellungen der Erreichbarkeiten unterschiedlicher medizinischer Leistungen zusammen mit Informationen über länderübergreifende Pendlerbewegungen verdeutlichen die erheblichen Patientenströme zwischen den Bundesländern, vor allem zwischen angrenzenden Nachbarbundesländern. Die vorliegenden Analysen konzentrierten sich auf Thüringen, bedingt durch die begrenzt verfügbaren Daten. Trotzdem lassen die Untersuchungen in diesem Gutachten darauf schließen, dass eine vertiefte Abstimmung und gemeinsame Planung der Bundesländer bei der stationären Versorgung deutliche Potenziale bietet. Eine länderübergreifende Abstimmung könnte dazu beitragen, sowohl eine wohnortnahe und hochwertige Versorgung der Bevölkerung insbesondere in den Regionen angrenzend zu Nachbarbundesländern sicherzustellen und als auch die begrenzten Ressourcen, insbesondere in Bezug auf Fachkräfte, optimal für die Sicherstellung einer umfassenden Versorgung für die Bevölkerung zu nutzen.

Eine solche Abstimmung zwischen den Ländern sollte speziell die Kapazitäten zwischen angrenzenden Nachbarbundesländern sowie die Bereitstellung von Strukturen für sehr komplexe und seltene Erkrankungen in den beteiligten Bundesländern berücksichtigen. Als Beispiel kann hier die Schlaganfallversorgung im Saale-Orla-Kreis genannt werden. In dieser Region wäre eine grenzübergreifende Planung mit Bayern sinnvoll, da sich keine Stroke Unit in diesem Landkreis befindet. Die nächstgelegene Stroke Unit für die Bevölkerung aus dieser Region befindet sich in Bayern. Daher schlagen die Gutachtenden vor, dass Thüringen gemeinsam mit einem oder mehreren angrenzenden Bundesländern eine Analyse der vorhandenen Kapazitäten und ihrer Zugänglichkeit durchführt, um die Potenziale einer gemeinsamen Planung und Steuerung zu bewerten. Aufbauend darauf können dann weitere Schritte zu einer länderübergreifenden Planung unternommen werden.

#### **Empfehlung 9: Datengrundlagen und Softwareunterstützung für die neue Krankenhausplanung**

Um die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen hinsichtlich ihrer Kapazitäten, des Zugangs und der Qualität der Leistungen regelmäßig zu überwachen, ist es erforderlich, umfassende Daten und Informa-

tionen in einer analysierbaren Form im TMASGFF zu erfassen, vorzuhalten und zu aktualisieren. Dies erfordert die Bereitstellung und Verknüpfung verschiedener Datenquellen, wie stationäre und ambulante Abrechnungsdaten sowie Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung.

Da die für dieses Gutachten aktuell zur Verfügung stehende Daten aus dem Jahr 2022 stammen, sind die Ergebnisse des Gutachtens durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie beeinflusst. Die Gutachtenden empfehlen daher, die Fallzahlen, die dem Ministerium 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 hier angenommenen Parametern zu erkennen sowie mögliche Veränderungen bei der Entwicklung des Bedarfs frühzeitig zu identifizieren.

Eine leistungsgruppenorientierte Krankenhausplanung wird einen neuen Prozess der Planung benötigen. Abhängig von der Ausgestaltung im KHVVG muss dieser durch das TMASGFF entwickelt und implementiert werden. Insbesondere der Umfang und der Zeitpunkt der Einbindung der Krankenhäuser und der Kostenträger bei der Krankenhausplanung müssen definiert werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass aufgrund der Leistungsgruppensystematik mit voraussichtlich 64 plus fünf Leistungsgruppen (NRW plus Bundesvorgabe) sowie der jeweils zugeordneten Qualitätskriterien der Planungsprozess deutlich komplexer und aufwandsreicher für das Ministerium und die Krankenhäuser wird. Deswegen empfehlen die Gutachtenden den gesamten Prozess von Antrag bis zur Zuweisung mit einer Softwarelösung zu unterstützen.

#### **Empfehlung 10: Begleitung des Abbaus von überschüssigen Bettenkapazitäten**

Die Krankenhäuser in Thüringen verzeichnen seit einigen Jahren im deutschlandweiten Vergleich eine geringe Bettenauslastung. Im Jahr 2018 lag diese bei rund 74 %, Im Jahr 2022 nur noch bei rund 65 %. Dies ist ein klares Indiz dafür, dass für den bestehenden Bedarf zu viele Betten vorgehalten werden und dies mindestens bereits seit dem Jahr 2018 der Fall ist. Für fast alle medizinischen Fachbereiche geht der Krankenhausplan von einer Normauslastung von 85 % aus. Geht man davon aus, dass für das Jahr 2022 die Zielauslastung der vollstationären Betten von 85 % erreicht werden würde, bedeutet dies basierend auf den tatsächlich in 2022 belegten Bettenkapazitäten, dass von den vorhandenen 14.610 vollstationären Planbetten rund 2.900 Betten reduziert werden könnten. Diese Bettenreduktion hätte keine signifikante Auswirkung auf die Versorgungssicherheit der Bevölkerung. Abhängig vom gewählten Prognoseszenario ist ein weiterer Rückgang des Bedarfs um 450 Betten bis 2030 für ganz Thüringen zu erwarten. Weitere Untersuchungen müssen eruieren, in welchen Bereichen und Regionen ein Bettenabbau möglich und notwendig ist. Finanzielle Unterstützung für den Umbau beziehungsweise Abbau von Kapazitäten ist möglicherweise durch den geplanten Transformationsfond in Höhe von 50 Milliarden Euro für ganz Deutschland zu erwarten. Falls keine anderen Fördermöglichkeiten vorhanden sind, sollte das Land den Abbau oder Umbau der Krankenhauslandschaft mit angemessenen organisatorischen und finanziellen Mitteln unterstützen.