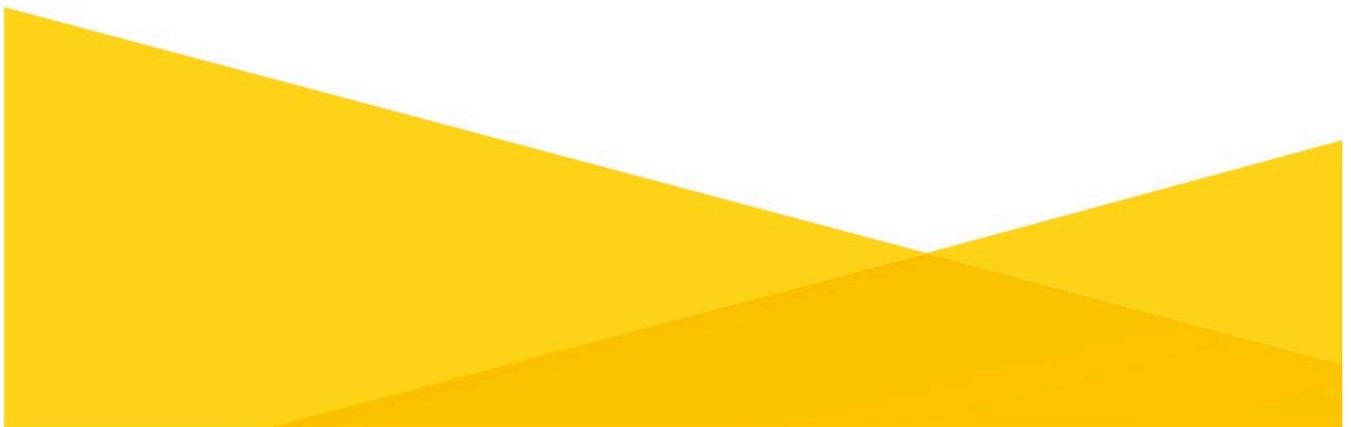




Gutachten zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Thüringen

Berlin, 05.04.2024



Impressum

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

Friedrichstr. 149

10117 Berlin

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-Netzwerk¹ 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

¹ 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 KHVVG², 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 Gemeinde-
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

² 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.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	1
Executive Summary	2
Inhaltsverzeichnis	12
Abbildungsverzeichnis	15
Tabellenverzeichnis	19
Abkürzungsverzeichnis	21
1 Ausgangssituation	23
1.1 Ziele des Gutachtens	23
1.2 Aufbau des Gutachtens	24
1.3 Der Freistaat Thüringen	24
1.3.1 Geografie und Verwaltung	24
1.3.2 Wirtschaft und Wissenschaft	26
1.3.3 Bevölkerungsverteilung	27
1.3.4 Demografische Entwicklung	29
1.4 Krankenhausplanung im Freistaat Thüringen	34
2 Herausforderungen und Trends der stationären Versorgung	38
2.1 Fachkräftemangel	38
2.2 Demografischer Wandel	39
2.3 COVID-19-Pandemie	40
2.4 Vorschläge der Regierungskommission	41
2.5 Ambulantisierung von Krankenhausleistungen	43
2.6 Konzentration von Leistungen	44
2.7 Medizinisch-technischer Fortschritt	45
3 Verwendete Datenquellen und Verarbeitung der Daten	47
4 Status quo der stationären Versorgung in Thüringen	52
4.1 Die Krankenhausversorgung in Thüringen im Bundesvergleich	52
4.2 Die Krankenhausversorgung in Thüringen	54
4.2.1 Strukturen der stationären Versorgung in Thüringen	54
4.2.2 Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle in Thüringen von 2018 bis 2022	56
4.2.3 Analyse der vollstationären Fälle auf Basis der NRW-Leistungsbereiche von 2018 bis 2022	59
4.2.4 Patientenwanderung	65
5 Prognose	66

5.1	Prognose der vollstationären Fälle von in Thüringen wohnenden Patientinnen und Patienten bis 2030	67
5.2	Prognose der vollstationären Fälle von in Thüringen behandelten Patientinnen und Patienten bis 2030	72
5.3	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	75
6	Ausgesuchte Themenkomplexe der stationären Versorgung in Thüringen	78
6.1	Geburtshilfe	78
6.1.1	Versorgungssituation der Geburtshilfe in Thüringen	78
6.1.2	Perinatalzentren	88
6.1.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	91
6.2	Kinder- und Jugendmedizin	93
6.2.1	Versorgungssituation der Kinder- und Jugendmedizin in Thüringen	94
6.2.2	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	104
6.3	Stationäre Notfallversorgung	105
6.3.1	Gestufte Notfallstrukturen in den Krankenhäusern	106
6.3.2	Rettungsdienst und zentrale Leitstellen	114
6.3.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	117
6.4	Traumazentren	119
6.4.1	Standorte und Erreichbarkeitsanalysen	121
6.4.2	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	124
6.5	Schlaganfallversorgung	125
6.5.1	Behandlung von Schlaganfällen in Thüringen	126
6.5.2	Erreichbarkeit von Stroke Units in Thüringen	133
6.5.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	138
6.6	Psychiatrische und psychosomatische Versorgung	140
6.6.1	Versorgungsstruktur psychiatrischer und psychosomatischer Fächer im Bundesvergleich	140
6.6.2	Versorgungsstruktur in Thüringen	143
6.6.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	161
6.7	Geriatrische Versorgung	162
6.7.1	Versorgungssituation der vollstationären geriatrischen Behandlung in Thüringen	163
6.7.2	Versorgungssituation der teilstationären geriatrischen Behandlung in Thüringen	171
6.7.3	Zusammenfassung und Empfehlung	173
6.8	Mindestmengen	173

6.8.1	Versorgungsanalyse der Kniegelenk-Totalendoprothesen	176
6.8.2	Versorgungsanalyse der komplexen Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	179
6.8.3	Versorgungsanalyse der komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	182
6.8.4	Zusammenfassung und Empfehlung	185
7	Handlungsempfehlungen	188

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verwaltungsgliederung des Freistaates Thüringen im Jahr 2023	26
Abbildung 2: Bevölkerungsdichte im Freistaat Thüringen im Jahr 2022	29
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in Thüringen in den Jahren 1970 bis 2040	30
Abbildung 4: Regionale Bevölkerungsentwicklung in Thüringen in den Jahren 2022 bis 2030	31
Abbildung 5: Bevölkerungsentwicklung in Thüringen in den Jahren 2022 bis 2030 nach Altersgruppen	33
Abbildung 6: Vollstationäre Fälle je 1.000 EW in den Jahren 2018 und 2022 im Bundesvergleich	52
Abbildung 7: Durchschnittlich aufgestellte Betten je 100.000 EW in den Jahren 2018 und 2022 im Bundesvergleich	53
Abbildung 8: Bettenauslastung in den Jahren 2018 und 2022 im Bundesvergleich	54
Abbildung 9: Aufgestellte Betten gemäß den strukturierten Qualitätsberichten je Krankenhausstandort nach Trägerschaft für das Jahr 2021	55
Abbildung 10: Entwicklung der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Thüringen von 2018 bis 2022	56
Abbildung 11: Entwicklung der teilstationären DRG- und PEPP-Fälle in Thüringen von 2018 bis 2022	57
Abbildung 12: Entwicklung der vollstationären Fälle in Thüringen differenziert nach Aufnahmearbeit von 2018 bis 2022	58
Abbildung 13: Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Thüringen von 2018 bis 2022	59
Abbildung 14: Anzahl der ein- und auspendelnden vollstationären Patientinnen und Patienten im Jahr 2022	65
Abbildung 15: Prognose für vollstationäre Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Thüringen bis zum Jahr 2030	71
Abbildung 16: Prognose der vollstationären Fälle und belegten Betten von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Thüringen bis 2030 ohne Ambulantisierung	73
Abbildung 17: Prognose der vollstationären Fälle und belegten Betten von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Thüringen bis 2030 mit Ambulantisierung	74
Abbildung 18: Vollstationäre Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ in den Jahren 2018 bis 2022	78
Abbildung 19: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ in den Jahren 2018 bis 2022	79
Abbildung 20: Ist-Wert und Erwartungswerte in der LG „21.4 – Geburtshilfe“ nach Behandlungsort Thüringen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019 und 2022)	80
Abbildung 21: Erwartungswerte in der LG „21.4 – Geburtshilfe“ nach Wohnort Thüringen auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019)	81
Abbildung 22: Erwartungswerte in der LG „21.4 – Geburtshilfe“ nach Wohnort Thüringen auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2022)	81

Abbildung 23: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „21.4 – Geburten“ sowie Zuordnung zu Versorgungsstufe im Jahr 2022	84
Abbildung 24: Erreichbarkeit eines Versorgers der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2022	85
Abbildung 25: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2022	87
Abbildung 26: Erreichbarkeit von Perinatalzentren des Levels 1 im Jahr 2022	90
Abbildung 27: Erreichbarkeit von Perinatalzentren des Levels 1 und 2 im Jahr 2022	91
Abbildung 28: Vollstationäre Fälle in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ in den Jahren 2018 bis 2022	95
Abbildung 29: Vollstationäre Fälle in der LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ in den Jahren 2018 bis 2022	95
Abbildung 30: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in den LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ und LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ in den Jahren 2018 bis 2022	96
Abbildung 31: Ist-Wert und Erwartungswerte in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial nach Behandlungsort Thüringen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019 und 2022)	97
Abbildung 32: Erwartungswerte in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ nach Wohnort Thüringen, mit und ohne Ambulantisierungspotenzial sowie auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019)	98
Abbildung 33: Erwartungswerte in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ nach Wohnort Thüringen, mit und ohne Ambulantisierungspotenzial sowie auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2022)	99
Abbildung 34: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter Versorgungsanteil innerhalb der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2022	100
Abbildung 35: Erreichbarkeit eines Versorgers der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2022	101
Abbildung 36: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2022	102
Abbildung 37: Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens einer Basisnotfallversorgung im Jahr 2021	109
Abbildung 38: Erreichbarkeit eines alternativen Standortes mit mindestens einer Basisnotfallversorgung im Jahr 2021	110
Abbildung 39: Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens einer erweiterten Notfallversorgung im Jahr 2021	111
Abbildung 40: Erreichbarkeit eines alternativen Standortes mit mindestens einer erweiterten Notfallversorgung im Jahr 2021	112
Abbildung 41: Erreichbarkeit eines Standortes mit einer umfassenden Notfallversorgung im Jahr 2021	113

Abbildung 42: Erreichbarkeit eines alternativen Standortes mit einer umfassenden Notfallversorgung im Jahr 2021	114
Abbildung 43: Gesamteinsätze des bodengebundenen Rettungsdienstes, inklusive Fehleinsätzen in Thüringen von 2018 bis 2022	115
Abbildung 44: Einsatzstandorte und Erreichbarkeit der Luftrettung nach Eigenangaben	117
Abbildung 45: Erreichbarkeit eines Traumazentrums nach Versorgungsstufen im Jahr 2022	122
Abbildung 46: Erreichbarkeit eines alternativen Traumazentrums nach Versorgungsstufen im Jahr 2022	123
Abbildung 47: Erreichbarkeit eines überregionalen Traumazentrums im Jahr 2022	124
Abbildung 48: Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) je Krankenhausstandort im Jahr 2022	127
Abbildung 49: Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) je Krankenhausstandort mit und ohne Stroke Unit im Jahr 2022	131
Abbildung 50: Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) und Komplex-OPS je Krankenhausstandort im Jahr 2022	133
Abbildung 51: Erreichbarkeit von zertifizierten Stroke Units in Thüringen	134
Abbildung 52: Erreichbarkeit der zertifizierten und nicht zertifizierten Stroke Units in Thüringen	135
Abbildung 53: Erreichbarkeit einer alternativen Stroke Unit in Thüringen	136
Abbildung 54: Erreichbarkeit von Stroke Units in Thüringen mit Möglichkeit zur Durchführung einer kontinuierlichen Thrombektomie	138
Abbildung 55: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle in den Jahren 2018 bis 2022	145
Abbildung 56: Vollstationäre PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2018 bis 2022	146
Abbildung 57: Teilstationäre PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2018 bis 2022	147
Abbildung 58: Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2018 bis 2022	148
Abbildung 59: Durchschnittliche Verweildauer der teilstationären PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2018 bis 2022	149
Abbildung 60: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle je Standort in der Psychiatrie im Jahr 2022	150
Abbildung 61: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle je Standort in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2022	151
Abbildung 62: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle je Versorger in der Psychosomatik im Jahr 2022	152
Abbildung 63: Erreichbarkeit eines Versorgers der Psychiatrie im Jahr 2022	153
Abbildung 64: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der Psychiatrie im Jahr 2022	154
Abbildung 65: Erreichbarkeit eines Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2022	155
Abbildung 66: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2022	156
Abbildung 67: Erreichbarkeit eines Versorgers der Psychosomatik im Jahr 2022	157
Abbildung 68: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der Psychosomatik im Jahr 2022	158

Abbildung 69: Vollstationäre Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ in den Jahren 2018 bis 2022	163
Abbildung 70: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ in den Jahren 2018 bis 2022	164
Abbildung 71: Ist-Wert und Erwartungswerte in der LG „27.1 – Geriatrie“ nach Behandlungsort für Thüringen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019 und 2022)	165
Abbildung 72: Erwartungswerte in der LG „27.1 – Geriatrie“ nach Wohnort Thüringen auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019)	166
Abbildung 73: Erwartungswerte in der LG „27.1 – Geriatrie“ nach Wohnort Thüringen auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2022)	166
Abbildung 74: Vollstationäre Fälle je Versorger im Jahr 2022 und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „27.1 – Geriatrie“	167
Abbildung 75: Erreichbarkeit eines Versorgers der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2022	168
Abbildung 76: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2022	169
Abbildung 77: Teilstationäre Fälle der Geriatrie, bei denen die DRGs A90A und A90B kodiert wurden, in den Jahren 2018 bis 2022	171
Abbildung 78: Erreichbarkeit eines Versorgers der Geriatrie (teilstationär) im Jahr 2022/	172
Abbildung 79: Erbrachte Fallmenge für Knie-TEP je Standort in den Jahren 2019 und 2021	177
Abbildung 80: Erreichbarkeit eines Standortes für Knie-TEP im Jahr 2021	178
Abbildung 81: Erreichbarkeit eines Standortes für Knie-TEP im Jahr 2021	179
Abbildung 82: Erbrachte Fallmenge für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene in den Jahren 2019 und 2021	180
Abbildung 83: Erreichbarkeit eines Standortes für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene im Jahr 2021	181
Abbildung 84: Erreichbarkeit eines Standortes für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene im Jahr 2021	182
Abbildung 85: Erbrachte Fallmenge für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene in den Jahren 2019 und 2021	183
Abbildung 86: Erreichbarkeit eines Standortes für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene im Jahr 2021	184
Abbildung 87: Erreichbarkeit eines Standortes für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene im Jahr 2021	185

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsbereichen von 2018 bis 2022	60
Tabelle 2:	Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsbereichen von 2018 bis 2022	62
Tabelle 3:	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort nach NRW-Leistungsbereichen im Jahr 2022	64
Tabelle 4:	Prognose der prozentualen Entwicklung der Leistungsbereiche zwischen den Fallzahlerwartungswerten 2022 und 2030 (Wohnort der behandelten Patientinnen und Patienten: Thüringen) nach NRW-Leistungsbereichen	69
Tabelle 5:	Prognose der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2030 (Wohnort Thüringen) nach NRW-Leistungsbereichen	72
Tabelle 6:	Prognose der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2030 (Behandlungsort Thüringen) nach NRW-Leistungsbereichen	75
Tabelle 7:	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2022	88
Tabelle 8:	Leistungsbereich- und Leistungsgruppenzuordnung pädiatrischer Leistungen entsprechend der nordrhein-westfälischen Leistungsgruppendefinition	94
Tabelle 9:	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2022	103
Tabelle 10:	Anforderungen an die Stufen des gestuften Systems der Notfallstrukturen gemäß G-BA-Notfallstrukturen, basierend auf der Darstellung des G-BA	107
Tabelle 11:	Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) im Jahr 2022	130
Tabelle 12:	Aufnahmearlässe von Fällen der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64)	132
Tabelle 13:	Vollstationäre PEPP-Fälle in Deutschland nach Behandlungsort (Bundesland) der Patientinnen und Patienten in den Jahren 2018 und 2022	141
Tabelle 14:	Aufgestellte Betten (vollstationär) der Fachabteilungen Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik/Psychotherapie nach Bundesländern im Jahr 2022	142
Tabelle 15:	PEPP-Strukturkategorien	144
Tabelle 16:	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeiten in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in den Behandlungsbereichen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2022	160
Tabelle 17:	Leistungsbereich- und Leistungsgruppenzuordnung vollstationärer geriatrischer Leistungen entsprechend der nordrhein-westfälischen Leistungsgruppendefinition	162

Tabelle 18:	Zuordnung und Definition der teilstationären geriatrischen Behandlung entsprechend dem DRG-System	163
Tabelle 19:	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2022	170
Tabelle 20:	Leistungen mit Mindestmengen gemäß Mindestmengenregelungen des G-BA im Jahr 2024	174

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
COVID-19-Krankenhaus-entlastungsgesetz	Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DRG	Diagnosis Related Groups
EW	Einwohnerin und Einwohner
EW/km ²	Einwohnerinnen/Einwohner je Quadratkilometer
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HMU	Health and Medical University
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IMC-Betten	Intermediate Care-Betten
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Knie-TEP	Kniegelenk-Totalendoprothesen
KVT	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
LÄKT	Landesärztekammer im Land Thüringen
LB	Leistungsbereich
LG	Leistungsgruppe
MediRett	Mobilelektronische Einsatzdokumentation im Rettungsdienst
Mm-R	Mindestmengenregelungen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PLZ5	Postleitzahlbereich Fünf
PLZ8	Postleitzahlbereich Acht
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
ThürKHG	Thüringer Krankenhausgesetz
ThürKRG	Thüringer Krebsregistergesetz
TMASGFF	Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
ZNA	Zentrale Notaufnahme

1 Ausgangssituation

1.1 Ziele des Gutachtens

Nach § 1 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) sind die Bundesländer zur Aufstellung von Krankenhausplänen verpflichtet. Das Ziel der Krankenhausplanung ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Gewährleistung einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten, qualitativ hochwertigen Krankenhäusern. Um diesen Anforderungen nachzukommen, werden durch die Länder Krankenhauspläne aufgestellt.

Das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF) erstellt in einem Sechs-Jahres-Rhythmus Krankenhauspläne mit dem Ziel, die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen patientengerechten vollstationären und teilstationären medizinischen Leistungsangeboten in gesicherter Qualität zu gewährleisten.

Nach dem Inkrafttreten des 7. Thüringer Krankenhausplans im Jahr 2017 steht das TMASGFF vor der Aufgabe, den 8. Thüringer Krankenhausplan aufzustellen. Dazu wurde zunächst ein dialogisch und partizipativ orientierter Werkstattprozess durchgeführt, der es den Akteuren der Thüringer Krankenhauslandschaft ermöglicht hat, Themenschwerpunkte und Fragestellungen für die Beauftragung eines Gutachtens für den 8. Thüringer Krankenhausplan zu formulieren. Mit der Erstellung dieses Gutachtens wurde die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH beauftragt.^{3/4}

Das Ziel des vorliegenden Gutachtens ist es, den Ist-Stand der Versorgung mit stationären Leistungen zu analysieren und daraus Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der stationären Versorgung abzuleiten. Das Gutachten soll im Anschluss in den 8. Thüringer Krankenhausplan bis zum Jahr 2030 einfließen.

Die Analysen wurden im Bereich der Somatik entsprechend der Leistungsgruppensystematik strukturiert. Dazu wurden die in Nordrhein-Westfalen (NRW) definierten 64 Leistungsgruppen (LG) benutzt. Sie unterteilen sich in 30 Leistungsbereiche (LB) mit 60 untergeordneten Leistungsgruppen für die Somatik sowie zwei Leistungsbereiche mit insgesamt vier untergeordneten Leistungsgruppen für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik. Die Strukturierung wurde gewählt, da die Krankenhausplanung zukünftig auf Leistungsgruppen basieren soll. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens liegt jedoch keine abschließende Definition der künftig zu verwendenden Leistungsgruppen vor, weshalb im vorliegenden Gutachten die aktuell in NRW genutzte Leistungsgruppensystematik für die Analysen im somatischen Bereich verwendet wird.

Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wurde 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

³ Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2024): Krankenhaus, <https://www.tmasgff.de/gesundheit/krankenhaus>, zuletzt abgerufen am 06.03.2024.

⁴ Werkstatt ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030: Krankenhausplanung, <https://zukunft-gesundheit.thueringen.de/themen/krankenhausplanung/>, zuletzt abgerufen am 06.03.2024.

sollen. In Absprache mit dem TMASGFF wurde daher eine separate Analysesystematik für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gewählt.

Es ist nicht beabsichtigt, im Rahmen des Gutachtens Empfehlungen für den Aus- oder Umbau individueller Krankenhausstandorte zu geben, sondern vielmehr einen Überblick über die Krankenhauslandschaft und die notwendigen Bedarfe.

1.2 Aufbau des Gutachtens

Das Gutachten unterteilt sich in sieben Kapitel. Im ersten Kapitel wird die Ausgangssituation des Gutachtens beschrieben. Neben dem Aufbau und den Zielen des Gutachtens werden die geografischen, demografischen sowie wirtschaftlichen Strukturen im Freistaat Thüringen kurz erläutert und die bisherige Krankenhausplanung in Thüringen skizziert.

Das zweite Kapitel befasst sich mit den Herausforderungen und Trends der stationären medizinischen Versorgung.

Daran schließt sich das dritte Kapitel an, das die verwendeten Datenquellen und die Verarbeitung der Daten im Gutachten beschreibt.

Aufbauend darauf wird im vierten Kapitel der Status quo der stationären medizinischen Versorgung in Thüringen dargestellt. Dabei wird die Krankenhauslandschaft in Thüringen allgemein sowie im Vergleich zu den weiteren Bundesländern betrachtet.

Anschließend wird im fünften Kapitel der prognostizierte zukünftige Versorgungsbedarf für Thüringen im Jahr 2030 thematisiert.

An die zunächst allgemeinen Betrachtungen zur stationären Versorgung in Thüringen schließen sich im sechsten Kapitel Auswertungen zu ausgewählten Themenkomplexen an. Im Rahmen dessen werden die Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, stationäre Notfallversorgung allgemein und im speziellen die Schlaganfall- und Traumaversorgung, Psychiatrie und Psychosomatik, Geriatrie sowie Mindestmengen betrachtet.

Im abschließenden siebten Kapitel werden die in den vorangegangenen Kapiteln identifizierten Schlussfolgerungen in Handlungsempfehlungen aufgegriffen und ausgeführt. Ergänzt werden die Ausführungen der genannten Kapitel durch weitere Analysen im Anhang.

1.3 Der Freistaat Thüringen

1.3.1 Geografie und Verwaltung

Der Freistaat Thüringen mit der Hauptstadt Erfurt liegt als Flächenland zentral in Mitteldeutschland und grenzt an die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Sachsen, Bayern, Hessen und Niedersachsen. Mit rund 16.202 km² deckt das Land knapp 4,5 % der Bodenfläche Deutschlands ab und gehört gemeinsam mit dem Saarland und Schleswig-Holstein zu den kleineren Flächenländern.⁵

⁵ Eigene Darstellung auf Basis des Statistischen Bundesamtes (2022): Bodenfläche nach Nutzungsarten und Bundesländern, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Landwirtschaft-Forstwirtschaft-Fischerei/Flaechennutzung/Tabellen/bodenflaeche-laender.html>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

Der Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche beträgt 11,8 %. Rund ein Drittel der Landesfläche (33,4 %) ist Waldgebiet.⁶

Die beiden wichtigsten Verkehrsadern des Landes sind die Bundesautobahn 4, die von Westen nach Osten verläuft, und die Bundesautobahn 71, die von Norden nach Süden durch Thüringen führt.

Die Verwaltungsorganisation ist dreistufig gegliedert: Die Landesregierung als oberste Landesbehörde, das Thüringer Landesverwaltungsamt als obere Landesbehörde auf der mittleren Verwaltungsebene sowie die unteren Behörden auf der kommunalen Ebene (Landkreise und kreisfreie Städte). Das Thüringer Landesverwaltungsamt übt dabei eine Bindeglied-Funktion zwischen der obersten Landesbehörde und den unteren Behörden aus.⁷

Regierungsbezirke, wie zum Beispiel in Bayern oder Nordrhein-Westfalen, existieren in Thüringen nicht. Im Jahr 2023 bestand das Land Thüringen aus folgenden administrativen Gebietseinheiten: 17 Landkreise⁸, fünf kreisfreie Städte⁹, 624 Gemeinden, 43 Verwaltungsgemeinschaften und 39 erfüllende Gemeinden.¹⁰

Daneben bestehen als nicht-administrative Gebietseinheit zusätzlich vier Planungsregionen (Nord-, Mittel-, Ost- und Südwestthüringen) in Form einer regionalen Planungsgemeinschaft.¹¹

Abbildung 1 zeigt eine Übersicht über die Landkreise, die kreisfreien Städte und die Planungsregionen des Freistaates Thüringen.

⁶ Eigene Darstellung auf Basis vom Thüringer Landesamt für Statistik (2022): Flächen nach Art der tatsächlichen Nutzung nach Kreisen ab 2015 in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000554%7C%7C>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁷ Vergleiche für weiterführende Informationen: Thüringer Landesverwaltungsamt (2024): Das Thüringer Landesverwaltungsamt, <https://landesverwaltungsamt.thueringen.de/tlvwa>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024. Als Vollzugs-, Aufsichts- und Widerspruchsbehörde nimmt das Thüringer Landesverwaltungsamt Aufgaben aus den unterschiedlichsten Fachgebieten aller Ministerien für Thüringen wahr.

⁸ Die Landkreise sind: Altenburger Land, Eichsfeld, Gotha, Greiz, Hildburghausen, Ilm-Kreis, Kyffhäuserkreis, Nordhausen, Saale-Holzland-Kreis, Saale-Orla-Kreis, Saalfeld-Rudolstadt, Schmalkalden-Meinigen, Sömmerda, Sonneberg, Unstrut-Hainich-Kreis, Wartburgkreis und Weimarer Land.

⁹ Die kreisfreien Städte sind: Erfurt, Gera, Jena, Suhl und Weimar.

¹⁰ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Verwaltungsgliederung der Gemeinden nach Kreisen in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000110>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

¹¹ Vergleiche für weiterführende Informationen: Freistaat Thüringen, Regionale Planungsgemeinschaft (2024): Regionale Planungsgemeinschaften, <https://regionalplanung.thueringen.de/>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024. Die Regionalen Planungsgemeinschaften bestehen aus einem Zusammenschluss der Landkreise, kreisfreien Städte und kreisangehörigen Gemeinden. Die Planungsgemeinschaften sind Träger der Regionalplanung. Zentrale Aufgaben der Planungsgemeinschaften sind die Aufstellung und die Änderung des Regionalplans.

Verwaltungsgliederung Thüringen

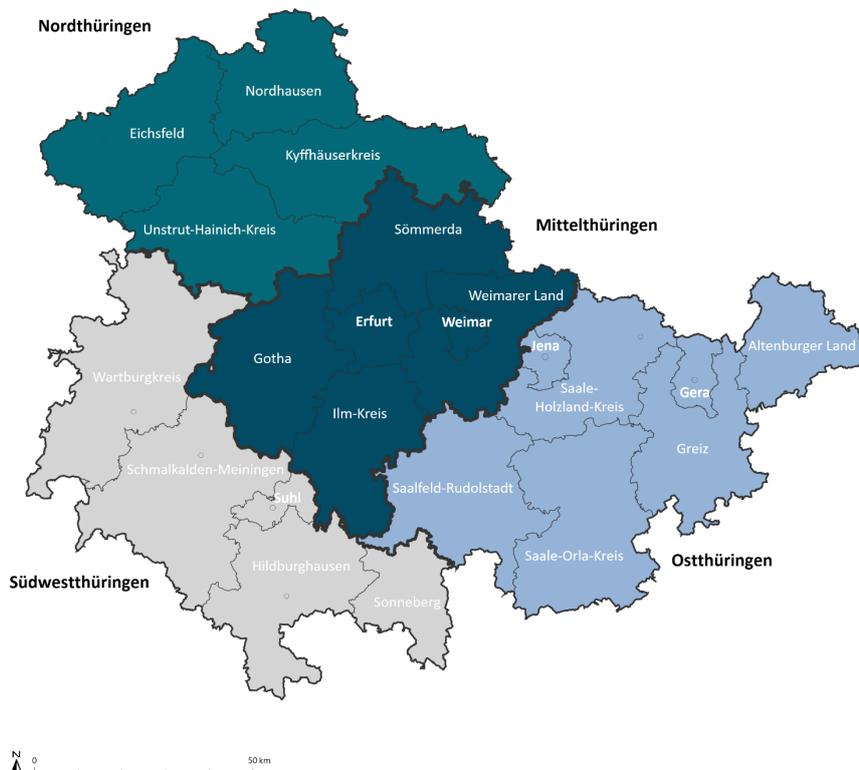


Abbildung 1: Verwaltungsgliederung des Freistaates Thüringen im Jahr 2023¹²

1.3.2 Wirtschaft und Wissenschaft

Als Wirtschaftszentren im Freistaat Thüringen gelten die Städte Eisenach, mit einem Schwerpunkt insbesondere in der Autoindustrie; Erfurt, mit einem Schwerpunkt unter anderem in den Bereichen Maschinen- und Anlagenbau sowie Medien- und Kreativwirtschaft und Jena, mit einem Schwerpunkt beispielsweise in den Bereichen Feinmechanik, Optik und Elektronik.^{13/14/15/16}

¹² Eigene Darstellung auf Basis vom Thüringer Landesamt für Statistik (2024): Land Thüringen. Verwaltungsgliederung der Gemeinden nach Kreisen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/landblatt.asp>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

¹³ LEG Thüringen. Invest in Thüringen (2024): Vorteile des Standorts Thüringen, <https://www.invest-in-thuringia.de/standort-thueringen/>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

¹⁴ Eisenach. Die Wartburgstadt (2024): Wirtschaftsstandort Eisenach und die Wartburgregion, <https://www.eisenach.de/wirtschaft/wirtschaftsstandort/#:~:text=Nicht%20nur%20f%C3%BCr%20die%20j%C3%A4hrlich,Freistaates%20kommt%20aus%20der%20Wartburgregion>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

¹⁵ Erfurt.de – das offizielle Stadtportal der Landeshauptstadt Thüringens (2024): Wirtschaftsstandort Erfurt, <https://www.erfurt.de/ef/de/wirtschaft/wirtschaftsstandort/index.html#:~:text=Wirtschaftliche%20Schwerpunkte,-Branchenvielfalt%20und%20das&text=Der%20Fokus%20liegt%20dabei%20auf,IT%20und%20auf%20der%20Logistik>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

¹⁶ Wirtschaftsförderungsgesellschaft Jena mbH (2024): Standortprofil. Hightech-Standort und Stadt der Wissenschaft, <https://www.jenawirtschaft.de/standort/standortprofil/>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) Thüringens betrug im Jahr 2022 rund 71,4 Milliarden Euro. Im bundesweiten Gesamtvergleich lag Thüringen damit auf dem viertletzten Platz.¹⁷ Dabei ist das BIP von 2018 bis 2022 um rund 15 % gestiegen.¹⁸ Das BIP je Einwohnerin und Einwohner (EW) betrug im Jahr 2022 33.656 Euro.¹⁹ Im deutschlandweiten Vergleich beim BIP je EW lag Thüringen damit an vorletzter Stelle.²⁰ Die Arbeitslosenquote betrug im Jahr 2022 5,3 % und lag damit im bundesweiten Durchschnitt von ebenso 5,3 %.²¹

In Thüringen gibt es vier Universitäten, an den Standorten Erfurt, Ilmenau, Jena und Weimar. Ein Universitätsklinikum befindet sich am Standort Jena (Universitätsklinikum Jena). Das Universitätsklinikum Jena ist verantwortlich für die medizinische Wissenschaft in Forschung und Lehre.

Zusätzlich verfügt das Land über eine Hochschule für Musik, vier (Fach-)Hochschulen, eine Duale Hochschule, drei staatlich anerkannte Hochschulen in freier Trägerschaft (unter anderem die SRH Hochschule für Gesundheit und die Health and Medical University (HMU)) sowie die Fachhochschule für öffentliche Verwaltung.²²

Im Wintersemester 2022/2023 waren insgesamt rund 136.000 Studierende an den Thüringer Hochschulen eingeschrieben. Damit liegt Thüringen im deutschlandweiten Vergleich auf dem siebten Platz hinsichtlich der eingeschriebenen Studierendenzahl, hinter Niedersachsen (rund 197.000 Studierende) und vor Hamburg (rund 119.000 Studierende).²³

1.3.3 Bevölkerungverteilung

Im Jahr 2022 lebten in Thüringen rund 2,1 Millionen Menschen, bei einer durchschnittlichen Bevölkerungsdichte von 131 Einwohnerinnen/Einwohnern je Quadratkilometer (EW/km²).²⁴ Die Bevölkerungsdichte in

¹⁷ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Gemeinsames Statistikportal) (2023): Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung, <https://www.statistikportal.de/de/vgrdl/ergebnisse-laenderebene/bruttoinlandsprodukt-bruttowertschoepfung/bip#9517>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024. Im Vergleich zu den anderen Flächenländern weisen nur Mecklenburg-Vorpommern und Saarland ein noch niedrigeres BIP auf.

¹⁸ Eigene Berechnung auf Basis der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Gemeinsames Statistikportal) (2023): Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung, <https://www.statistikportal.de/de/vgrdl/ergebnisse-laenderebene/bruttoinlandsprodukt-bruttowertschoepfung/bip#9517>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

¹⁹ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen - Bruttoinlandsprodukt und Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen in jeweiligen Preisen in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/Portrait-Zeitreihe.asp?tabelle=Zr002031%7C%7C>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²⁰ Eigene Berechnung auf Basis der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Gemeinsames Statistikportal) (2023): Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung, <https://www.statistikportal.de/de/vgrdl/ergebnisse-laenderebene/bruttoinlandsprodukt-bruttowertschoepfung/bip#9517> und Statistisches Bundesamt (2023): Bevölkerung nach Nationalität und Bundesländern, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-nichtdeutsch-laender.html>, beide zuletzt abgerufen am 20.03.2024.

²¹ Bundesagentur für Arbeit: Arbeitslosenquote im Jahr 2022. Länder und Kreise, https://www.arbeitsagentur.de/datei/arbeitslosenquote-2022_ba042719.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²² Freistaat Thüringen, Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft (2024): Wissenschaft und Hochschulen, <https://wirtschaft.thueringen.de/wissenschaft#:~:text=Th%C3%BCringen%20verf%C3%BCgt%20mit%20vier%20Universit%C3%A4ten,Hochschule%20%C3%BCber%20eine%20Leistungsf%C3%A4hige%20Hochschullandschaft>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²³ Statistisches Bundesamt (2023): Studierende nach Bundesländern, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/studierende-ingesamt-bundeslaender.html>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²⁴ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Bevölkerung und Einwohner je km² am 31.12. in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/portrait-zeitreihe.asp?tabelle=Zr000101>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

Thüringen lag damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 236 EW/km².²⁵ Im bundesweiten Vergleich belegte das Land den vierten Platz der am dünnsten besiedelten Bundesländer nach Mecklenburg-Vorpommern (70 EW/km²), Brandenburg (87 EW/km²) und Sachsen-Anhalt (107 EW/km²).²⁶

Innerhalb von Thüringen war die Verteilung der Bevölkerung im Jahr 2022 sehr heterogen (Abbildung 2). Insbesondere der Norden und der Süden des Landes wiesen im Vergleich zu den weiteren Landesteilen eine deutlich geringere Bevölkerungsdichte als der Landesdurchschnitt auf. Die Landkreise Hildburghausen (66 EW/km²), Saale-Orla-Kreis (69 EW/km²) und Kyffhäuserkreis (71 EW/km²) waren dabei die am dünnsten besiedelten Gebiete in Thüringen.²⁷

In den kreisfreien Städten lag die Bevölkerungsdichte hingegen deutlich höher, wobei die Städte Weimar mit 777 EW/km², Erfurt mit 796 EW/km² und Jena mit 969 EW/km² die höchste Bevölkerungsdichte in Thüringen aufwiesen.^{28/29}

²⁵ Demografieportal (2024): Regionale Bevölkerungsdichte, <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerungsdichte.html>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²⁶ Eigene Berechnung auf Basis der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Gemeinsames Statistikportal) (2024): Fläche und Bevölkerung nach Ländern, <https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/flaeche-und-bevoelkerung> und Statistisches Bundesamt (2023): Bodenfläche nach Nutzungsarten und Bundesländern, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Landwirtschaft-Forstwirtschaft-Fischerei/Flaechennutzung/Tabellen/bodenflaeche-laender.html>, beide zuletzt abgerufen am 20.03.2024.

²⁷ Thüringer Landesamt für Statistik (2022): Gebietsstand nach Kreisen in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000101%7C%7C>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²⁸ Eine geringere Bevölkerungsdichte wiesen die Städte Suhl (261 EW/km²) und Gera (615 EW/km²) auf.

²⁹ Thüringer Landesamt für Statistik (2022): Gebietsstand nach Kreisen in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000101%7C%7C>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

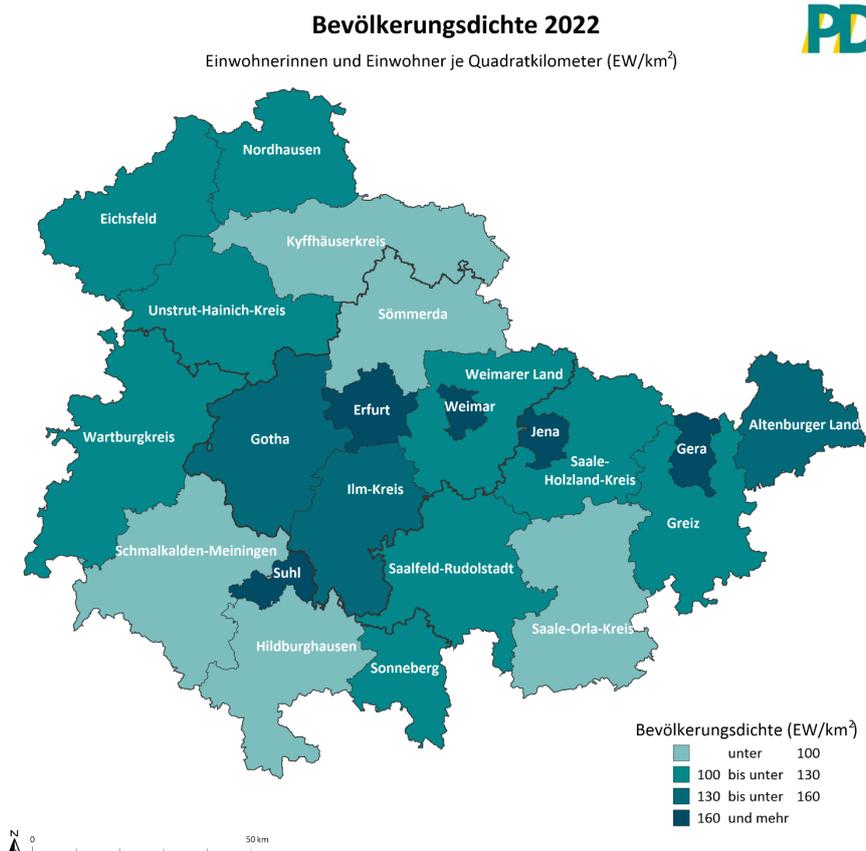


Abbildung 2: Bevölkerungsdichte im Freistaat Thüringen im Jahr 2022³⁰

1.3.4 Demografische Entwicklung

Der Freistaat Thüringen verzeichnete seit den 1970er-Jahren einen stetigen Rückgang der Bevölkerungszahlen, wobei insbesondere nach der Wiedervereinigung und seit den 1990er-Jahren eine stärkere Dynamik beim Bevölkerungsrückgang zu beobachten ist (Abbildung 3). Insgesamt hat sich die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner Thüringens in den letzten 50 Jahren um mehr als eine halbe Millionen Menschen (rund 23 %) verringert.³¹ Der Rückgang wird sich dabei voraussichtlich auch in den nächsten Jahren fortsetzen.³²

Der zu verzeichnende leichte Anstieg der Bevölkerung im Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2020 ist auf einen migrations- und fluchtbedingten Zuzug zurückzuführen.³³ Für das Jahr 2030 wird ein Bevölkerungsstand von etwa 2,05 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern prognostiziert, was ein weiterer Rückgang der

³⁰ Eigene Darstellung auf Basis des Thüringer Landesamtes für Statistik (2022): Gebietsstand nach Kreisen in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000101%7C%7C>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

³¹ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Bevölkerung und Einwohner je km² am 31.12. in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/portrait-zeitreihe.asp?tabelle=zr000101>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

³² Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Bevölkerungsentwicklung 2021 bis 2042 nach Geschlecht in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=lz300123>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

³³ Mitteldeutscher Rundfunk (MDR): Einwohnerzahl in Thüringen im Jahr 2022 um 18.000 gestiegen, <https://www.mdr.de/nachrichten/thueringen/einwohner-zuwanderung-100.html>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

Einwohnerzahl um rund 3,7 % im Vergleich zum Jahr 2022 bedeuten würde.³⁴ Jedoch ist eine mögliche Anpassung der Bevölkerungsprognose in den nächsten Jahren aufgrund steigender migrations- und fluchtbedingter Zuwanderungen möglich.³⁵

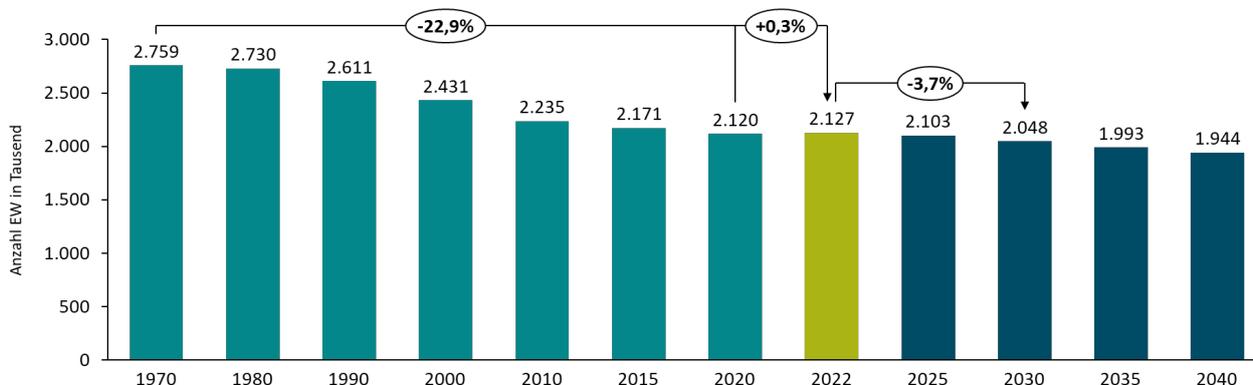


Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in Thüringen in den Jahren 1970 bis 2040³⁶

Die Bevölkerungsentwicklung ist dabei innerhalb von Thüringen sehr heterogen und regional unterschiedlich. Für die meisten Landkreise und Städte wird bis zum Jahr 2030 im Vergleich zum Jahr 2022 ein Rückgang der Bevölkerung von teilweise über 5 % erwartet. Für den Landkreis Saalfeld-Rudolstadt gehen die Prognosen sogar von einem Rückgang der Bevölkerung um bis zu 8 % und für die Stadt Suhl um bis zu 13 % aus.^{37/38}

Für die Städte Erfurt (+0,1 %) und Weimar (+1,8 %) sowie den Landkreis Weimarer Land (+0,6 %) wird hingegen bis zum Jahr 2030 mit einem leichten Zuwachs der Einwohnerzahl gerechnet (Abbildung 4 und Anhang Tabelle I).³⁹

Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte in Thüringen wird sich bis zum Jahr 2030 voraussichtlich auf rund 126 EW/km² verringern.⁴⁰

³⁴ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Bevölkerungsentwicklung 2021 bis 2042 nach Geschlecht in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=lz300123>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

³⁵ Mitteldeutscher Rundfunk: Einwohnerzahl in Thüringen im Jahr 2022 um 18.000 gestiegen, <https://www.mdr.de/nachrichten/thueringen/einwohner-zuwanderung-100.html>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

³⁶ Eigene Darstellung auf Basis von Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Bevölkerung und Einwohner je km² am 31.12. in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/portrait-zeitreihe.asp?tabelle=zs000101> und Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Bevölkerungsentwicklung 2021 bis 2042 nach Geschlecht in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=lz300123>, beide zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

³⁷ Für das Jahr 2040 wird für die meisten Landkreise und Städte ein deutlich höherer Rückgang von teilweise über 10 % erwartet (für den Landkreis Saalfeld-Rudolstadt sogar um bis zu 18 % und für die Stadt Suhl um bis zu 26 %).

³⁸ Eigene Berechnung auf Basis von Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 2022 bis 2042 nach Kreisen. Bevölkerungsvorausberechnung, https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2022/01113_2022_51.pdf und Thüringer Landesamt für Statistik: Bevölkerung, darunter Ausländer, nach Geschlecht und Kreisen in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000102>, beide zuletzt abgerufen am 20.03.2024.

³⁹ Eigene Berechnung auf Basis von Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 2022 bis 2042 nach Kreisen. Bevölkerungsvorausberechnung, https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2022/01113_2022_51.pdf und Thüringer Landesamt für Statistik: Bevölkerung, darunter Ausländer, nach Geschlecht und Kreisen in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000102>, beide zuletzt abgerufen am 20.03.2024.

⁴⁰ Eigene Berechnung auf Basis von Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Bevölkerungsentwicklung 2021 bis 2042 nach Geschlecht in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=lz300123> und Thüringer Landesamt für Statistik (2022): Gebietsstand nach Kreisen in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000101%7C%7C>, beide zuletzt abgerufen am 13.03.2024 (Gebietsstand im Jahr 2022).

Bevölkerungsentwicklung 2022 bis 2030

Veränderungen in Prozent (%)

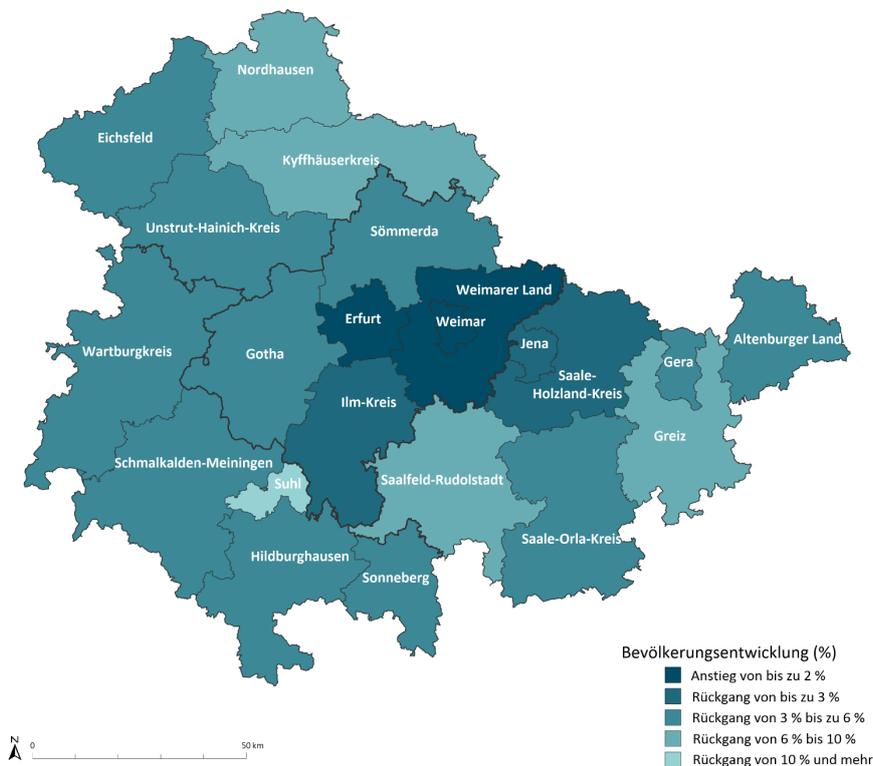


Abbildung 4: Regionale Bevölkerungsentwicklung in Thüringen in den Jahren 2022 bis 2030⁴¹

⁴¹ Eigene Darstellung auf Basis von Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 2022 bis 2042 nach Kreisen. Bevölkerungsvorausberechnung, https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2022/01113_2022_51.pdf und Thüringer Landesamt für Statistik: Bevölkerung, darunter Ausländer, nach Geschlecht und Kreisen in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000102>, beide zuletzt abgerufen am 20.03.2024.

Als wesentliche Gründe für den zu beobachtenden Bevölkerungsrückgang gelten neben der Bevölkerungsabwanderung in Abhängigkeit von wirtschaftlichen Entwicklungen insbesondere der deutliche Einbruch der Geburten nach der deutschen Wiedervereinigung und die konstant niedrige Geburtenrate in den 1990er-Jahren in Thüringen.^{42/43} Während die Geburtenrate im Jahr 1991 in Thüringen noch durchschnittlich bei 0,97 Kindern je Frau in der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre lag (Bundesdurchschnitt: 1,33 Kinder je Frau), sank diese im Jahr 1994 in derselben Altersgruppe auf 0,77 (Bundesdurchschnitt: 1,24 Kinder je Frau).^{44/45}

Von 2004 bis 2016 stieg die Geburtenrate hingegen von 1,24 auf 1,63 Kinder je Frau in der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre an.⁴⁶ Seit dem Jahr 2018 ist die Geburtenrate allerdings erneut gesunken und lag im Jahr 2022 bei 1,42 Kindern je Frau (Bundesdurchschnitt: 1,45 Kinder je Frau).^{47/48}

Zusätzlich wird sich die Altersstruktur Thüringens infolge des prognostizierten Bevölkerungsrückgangs und der niedrigen Geburtenrate gepaart mit einer steigenden Lebenserwartung in den nächsten Jahren verändern. Während das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Thüringen im Jahr 1991 mit 38,3 Jahren unter dem bundesweiten Durchschnitt von 39,4 Jahre lag, stieg es im Jahr 2022 auf 47,5 Jahre an und lag damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 44,6 Jahren.^{49/50/51} Demnach lebte im Jahr 2022 in Thüringen bundesweit die durchschnittlich zweitälteste Bevölkerung.⁵²

⁴² Angaben als zusammengefasste Geburtenziffer („durchschnittliche Kinderzahl je Frau im Alter zwischen 15. und 45. Lebensjahr“). Vergleiche für weiterführende Informationen: Statistisches Bundesamt (2024): Geburtenziffer, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Glossar/geburtenziffer.html>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁴³ Statistisches Bundesamt (2024): 12612-0104: Zusammengefasste Geburtenziffern (je Frau): Bundesländer, Jahre, Altersgruppen, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12612-0104&bypass=true&levelindex=0&levelid=1707135230268#breadcrumb>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁴⁴ Statistisches Bundesamt (2024): 12612-0104: Zusammengefasste Geburtenziffern (je Frau): Bundesländer, Jahre, Altersgruppen, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12612-0104&bypass=true&levelindex=0&levelid=1707135230268#breadcrumb>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁴⁵ Statistisches Bundesamt (2024): 12612-0009: Zusammengefasste Geburtenziffern (je Frau): Deutschland, Jahre, Altersgruppen, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=0&levelid=1710947650869&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0009&auswahltext=&werte-abruf=Werteabruf#breadcrumb>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁴⁶ Statistisches Bundesamt (2024): 12612-0104: Zusammengefasste Geburtenziffern (je Frau): Bundesländer, Jahre, Altersgruppen, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12612-0104&bypass=true&levelindex=0&levelid=1707135230268#breadcrumb>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁴⁷ Statistisches Bundesamt (2024): 12612-0104: Zusammengefasste Geburtenziffern (je Frau): Bundesländer, Jahre, Altersgruppen, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12612-0104&bypass=true&levelindex=0&levelid=1707135230268#breadcrumb>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁴⁸ Statistisches Bundesamt (2024): 12612-0009: Zusammengefasste Geburtenziffern (je Frau): Deutschland, Jahre, Altersgruppen, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=0&levelid=1710947650869&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0009&auswahltext=&werte-abruf=Werteabruf#breadcrumb>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁴⁹ Statistisches Bundesamt (2023): Bevölkerung nach dem Gebietsstand, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerungsstand-gebietsstand-werte.html>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁵⁰ Thüringer Landesamt für Statistik (2010): Der „Durchschnitts-Thüringer“ war Ende 2009 genau 45,6 Jahre alt, https://statistik.thueringen.de/presse/2010/pr_289_10.htm#:~:text=Deutlich%20sp%C3%BCbare%20Ver%C3%A4nderungen%20in%20der,auf%20den%2020, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁵¹ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Durchschnittsalter der Bevölkerung 2021 bis 2024 nach Geschlecht in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?table=Iz30012611>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁵² Statista (2024): Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland nach Bundesländer im Jahr 2022, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1093993/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

Für die kommenden Jahren zeigt sich eine deutliche Verschiebung innerhalb der Altersgruppen in Thüringen (Abbildung 5). Für die Bevölkerung in der Altersgruppe der unter 20-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner wird von 2022 bis 2030 ein Rückgang von 4,9 % prognostiziert. Für die Altersgruppe der 20- bis 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner wird sogar von einem Rückgang von 9,2 % ausgegangen.⁵³

Demgegenüber steigt die Bevölkerung in der Altersgruppe ab 65 Jahre um 8,3 % und damit auch deren Anteil an der Gesamtbevölkerung Thüringens von rund 27 % im Jahr 2022 auf rund 30 % im Jahr 2030.⁵⁴

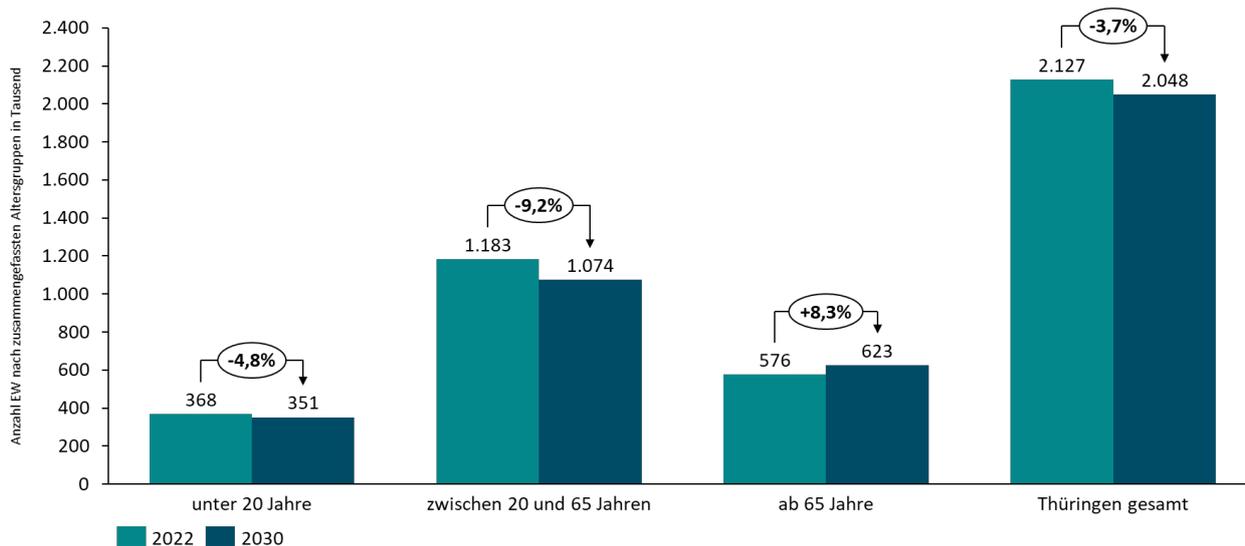


Abbildung 5: Bevölkerungsentwicklung in Thüringen in den Jahren 2022 bis 2030 nach Altersgruppen⁵⁵

Auswirkungen hat diese demografische Entwicklung auch auf einen steigenden Altenquotienten in Thüringen. Der Altenquotient bildet ab, wie viele Menschen im Rentenalter, die zum Beispiel 65 Jahre und älter sind, 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (zum Beispiel von 20 bis unter 65 Jahren) gegenüberstehen.⁵⁶

⁵³ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 2022 bis 2042 nach Kreisen. Bevölkerungsvorausberechnung, https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2022/01113_2022_51.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁵⁴ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 2022 bis 2042 nach Kreisen. Bevölkerungsvorausberechnung, https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2022/01113_2022_51.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁵⁵ Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis des Thüringer Landesamtes für Statistik (2023): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 2022 bis 2042 nach Kreisen. Bevölkerungsvorausberechnung, https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2022/01113_2022_51.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Angaben in der Darstellung gerundet. Hierdurch können sich in den Summierungen rundungsbedingte Differenzen ergeben.

⁵⁶ Statistisches Bundesamt (2024): Altenquotient, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Glossar/altenquotient.html?view=getColorboxEntry>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

Während im Jahr 2022 in Thüringen rund 49 Personen im Rentenalter ab 65 Jahren 100 Personen im Erwerbsalter gegenüberstanden, wird erwartet, dass im Jahr 2030 bereits 58 Personen im Rentenalter 100 Personen im Erwerbsalter gegenüberstehen.^{57/58/59/60}

1.4 Krankenhausplanung im Freistaat Thüringen

Das KHG verpflichtet die Bundesländer zur Aufstellung von Krankenhausplänen, die zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser beitragen sollen.⁶¹ Das Ziel der Krankenhausplanung ist die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern.⁶²

Im Freistaat Thüringen wird das zuständige Ministerium⁶³ durch § 4 Absatz 1 des Thüringer Krankenhausgesetzes (ThürKHG) verpflichtet, einen Krankenhausplan im Sinne des KHG für das Landesgebiet aufzustellen. Der Krankenhausplan wird dabei jeweils in angemessenen Zeiträumen, spätestens jedoch nach sechs Jahren fortgeschrieben.⁶⁴ Gemäß § 4 Absatz 7 ThürKHG werden die Festlegungen aus dem Krankenhausplan alle zwei Jahre überprüft.

Im Rahmen des Thüringer Krankenhausplans erfolgt gemäß § 4 Absatz 2 ThürKHG eine Benennung der Krankenhäuser, die für eine umfassende patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, differenziert nach Standort und Versorgungsaufgabe sowie allgemeinen Planungsgrundsätzen und Planungskriterien.

Zudem soll der Krankenhausplan auch Qualitätsvorgaben für die stationäre Versorgung festlegen.⁶⁵ Das übergeordnete Ziel der Krankenhausplanung ist die „Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit den notwendigen stationären und teilstationären medizinischen Leistungsangeboten in gesicherter Qualität“.⁶⁶

⁵⁷ Eigene Berechnung auf Basis des Thüringer Landesamtes für Statistik (2023): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 2022 bis 2042 nach Kreisen. Bevölkerungsvorausberechnung, https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2022/01113_2022_51.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁵⁸ Statistisches Bundesamt (2024): Bevölkerung im Erwerbsalter sowie Seniorinnen und Senioren, [https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-altenquotient.html#:~:text=Anteilm%C3%A4%C3%9Ffig%20lebten%20in%202022%20die,%20und%20Brandenburg%20\(45\)](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-altenquotient.html#:~:text=Anteilm%C3%A4%C3%9Ffig%20lebten%20in%202022%20die,%20und%20Brandenburg%20(45)), zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁵⁹ Deutschlandweit betrug der Altenquotient für das Jahr 2022 rund 37 Personen. Vergleiche für weiterführende Informationen Statistisches Bundesamt (2024): Bevölkerung im Erwerbsalter sowie Seniorinnen und Senioren, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-altenquotient.html>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁶⁰ Für das Jahr 2030 wird ein Altenquotient von rund 45 Jahren für Deutschland prognostiziert. Vergleiche für weiterführende Informationen Sozialpolitik-aktuell.de (2023): Demografische Quotienten: Alten-, Jugend- und Gesamtquotient 1960 – 2070, <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVII99.pdf>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

⁶¹ § 1 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 1 KHG.

⁶² § 1 Absatz 1 KHG.

⁶³ Aktuell das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF).

⁶⁴ § 4 Absatz 2 Satz 8 ThürKHG.

⁶⁵ § 4 Absatz 2 Satz 4 ThürKHG.

⁶⁶ Freistaat Thüringen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familien (2020): 7. Thüringer Krankenhausplan, https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/thueringer_krankenhausplan_stand_januar2020.pdf, zuletzt abgerufen am 13.02.2024.

Der zuletzt veröffentlichte 7. Thüringer Krankenhausplan stammt aus dem Jahr 2017 und hat einen Planungshorizont bis 2022. Die sich infolge von Nachplanungen ergebenden Änderungen werden fortlaufend eingepflegt und regelmäßig veröffentlicht. Eine überarbeitete Fassung wurde im Jahr 2020 vorgelegt.⁶⁷ Der 7. Thüringer Krankenhausplan weist mit Stand 2020 insgesamt 43 Plankrankenhäuser und rund 14.500 Planbetten aus. Zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung berücksichtigt der Krankenhausplan dabei insbesondere den ländlichen Raum und unterstützt verstärkt sektorenübergreifende Versorgungsansätze in den Bereichen Versorgungsstrukturen und Telemedizin.

Im Rahmen der Planungsgrundsätze werden im 7. Thüringer Krankenhausplan als allgemeine Planungsgrundsätze die Aufrechterhaltung der patientenfreundlichen und bürgernahen stationären Versorgung im Land festgesetzt. Als Planungsregionen bleiben weiterhin Nord-, Mittel-, Ost und Südwestthüringen bestehen.

Auch die bisherigen Pflichtversorgungsgebiete in der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie haben weiter Bestand. Die Fächerzuweisung im Krankenhausplan orientiert sich dabei an der geltenden Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen. Eine getrennte Ausweisung erfolgt zwischen den Fächern Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie.

Im Vergleich zum 6. Thüringer Krankenhausplan erfolgt erstmals die eigenständige Ausweisung des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Darüber hinaus werden aus dem Bereich Zusatzweiterbildung die Gebiete Geriatrie und Intensivmedizin ausgewiesen. Die Krankenhausgliederung, einschließlich der jeweiligen Fächerzuordnung, erfolgt im Krankenhausplan nach einem dreistufigen System, wobei differenziert wird nach regionaler, regional intermediärer und überregionaler Versorgung. Die Krankenzuweisung wird dabei sowohl auf der Ebene der planungsrelevanten Gebiete als auch auf der Ebene der Krankenhäuser vorgenommen.

Zur Ermittlung der für die Versorgung erforderlichen Kapazitäten wird zudem ein fachgebietsbezogener Soll-Auslastungsgrad vorgegeben. Die Soll-Nutzung wird wie in den bisherigen Krankenhausplänen fortgeschrieben. Es wird eine Kapazitätsberechnung gemäß der modifizierten Hill-Burton-Formel zugrunde gelegt. Bei der Bedarfsprognose wurde eine Normauslastung in Höhe von 85 % berücksichtigt. Ausnahmen gelten für die Kinderchirurgie sowie die Kinder- und Jugendmedizin mit 75 %, für die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 90 % und für die Intensivtherapie mit 80 %.

Zudem enthält der 7. Thüringer Krankenhausplan als Strukturvorgaben das erste Mal Qualitätskriterien, die unmittelbar Einfluss auf die Zuerkennung beziehungsweise Beibehaltung von Versorgungsaufträgen haben. Die Vorgaben sind in der Rechtsverordnung gemäß § 4 Absatz 3 ThürKHG definiert.

Darüber hinaus definiert der 7. Thüringer Krankenhausplan für verschiedene Fachgebiete, bei denen nicht lediglich eine Fortschreibung der bereits im 6. Thüringer Krankenhausplan ausgewiesenen Versorgungsaufträge erfolgt, fächerbezogene Ausführungen und Qualitätsvorgaben.

Für den Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst der Versorgungsauftrag grundsätzlich das Betreiben einer geburtshilflichen Station. Die Versorger mit einer geburtshilflichen Station werden entsprechend den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vier Versorgungsstufen zugewiesen. Weitere Qualitätsvorgaben werden nicht entwickelt.

⁶⁷ Freistaat Thüringen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familien (2020): 7. Thüringer Krankenhausplan, https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/thueringer_krankenhausplan_stand_januar2020.pdf, zuletzt abgerufen am 13.02.2024.

Die Geriatrie wird weiterhin als eigenständiges Fachgebiet beplant. Eine weitere Gestaltung der geriatrischen Versorgung in Form eines Geriatrieplans ist für den Gültigkeitszeitraum des 7. Thüringer Krankenhausplans nicht erfolgt. Hierzu konnte kein Konsens im Krankenhausplanungsausschuss erreicht werden.

Die intensivmedizinischen Planbetten werden dem Fach Intensivmedizin zugeordnet. Eine separate Ausweisung sogenannter Intermediate-Care-Betten (IMC-Betten) erfolgt nicht.

Im Bereich Kinderchirurgie werden die Planbetten dem Fach fest zugeordnet. Die Versorgung erfolgt bisher an drei Standorten.

Auch im Bereich Kinder- und Jugendmedizin werden die Planbetten dem Fach fest zugeordnet. Der Versorgungsauftrag umfasst zudem die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen. Es erfolgt keine eigenständige Ausweisung von Fachabteilungen für die Kinder- und Jugendpsychosomatik. Die Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgt an insgesamt sieben Standorten und in allen Planungsregionen (voll- und teilstationär). Eine Ausweitung der Versorgung wurde als nicht notwendig erachtet.

Die Versorgung der Neurochirurgie erfolgt an fünf Standorten. Die Prognose geht für die Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplans von einem unveränderten Bedarf aus.

Die Versorgung der Neurologie erfolgt an 14 Standorten. Eine Ausweitung der Versorgung wird für nicht notwendig erachtet.

Zusätzlich werden zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Schlaganfallpatientinnen und -patienten Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung formuliert. Bezüglich der Strukturqualität bei der Schlaganfallversorgung und den Qualitätsindikatoren für die Behandlung wird unter anderem empfohlen, dass Schlaganfälle leitliniengerecht in einer Neurologischen Klinik auf einer Stroke Unit oder in einer internistischen Klinik mit zertifizierter Stroke Unit behandelt werden.

Im Hinblick auf die Strukturempfehlung erfolgt eine Orientierung an der existierenden Regelung aus dem Katalog der Diagnosebezogenen Fallgruppen (englisch: Diagnosis Related Groups – DRG) beziehungsweise aus den Zertifizierungs-Richtlinien für Schlaganfalleinheiten. Demnach erfolgt die Schlaganfallbehandlung dreistufig, gegliedert nach Einrichtungen der Stufe I (Überregionale Stroke Unit), Stufe II (Regionale Stroke Unit) und Stufe III (Tele-Stroke Unit).

Für die Bereiche Psychiatrie und Psychotherapie ist die Planungsbehörde seit einem Urteil des Verwaltungsgerichts Weimar⁶⁸ verpflichtet, die Bereiche Psychotherapie und Psychiatrie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie getrennt zu beplanen. Aufgrund der bisherigen gemeinsamen Planung lagen keine differenzierten Leistungsdaten vor.

Zur Ausweisung der Betten für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie wurden anhand der Leistungsdaten des Jahres 2015 die Gesamtkapazitäten ermittelt. Aufgrund der bisherigen gemeinsamen Beplanung lagen auch für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine differenzierten Leistungsdaten zur Bedarfsermittlung und Bedarfsdeckung vor. Daher wurde das Fachgebiet zunächst aufgrund einer Inzidenzannahme beplant. Hierzu wurde entsprechend einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. ein Schlüssel von einem Planbett pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner zugrunde gelegt. Daraus ergab sich eine Bettenkapazität von 217 Planbetten.

⁶⁸ Verwaltungsgericht Weimar – 09.11.2015 – AZ: VG 8 K 453/12 WE.

Die Versorgung dementer Patientinnen und Patienten ohne eine akut interventionsbedürftige somatische Erkrankung als spezielle Versorgungsaufgabe wird überwiegend von der Gerontopsychiatrie übernommen und entsprechend bei der Ermittlung der für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung notwendigen Kapazitäten berücksichtigt.

Urologische Leistungen werden in jeder Planungsregion Thüringens erbracht. Eine Ausweitung der Versorgung wurde als nicht notwendig erachtet.

Zusätzlich zu den fächerbezogenen Ausführungen und Qualitätsvorgaben werden vom 7. Thüringer Krankenhausplan spezielle Versorgungsaufgaben festgesetzt.

Zur Sicherstellung besonderer Leistungen oder Behandlungsmethoden werden Zentren ausgewiesen. Hierzu zählen das Transplantationszentrum am Universitätsklinikum Jena sowie das Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder am HELIOS Klinikum Erfurt.

Auch für die Erbringung von Leistungen der Neurologischen Frührehabilitation nach der Phase B als spezielle Versorgungsaufgabe ist die Zuweisung eines Versorgungsauftrages im Thüringer Krankenhausplan erforderlich. Insgesamt werden zwölf Kliniken im 7. Thüringer Krankenhausplan mit einem entsprechenden Versorgungsauftrag ausgestattet.

Die palliativmedizinische Versorgung von Sterbenden oder Patientinnen und Patienten mit begrenzter Lebenserwartung als spezielle Versorgungsaufgabe erfolgt auf Palliativstationen und durch Palliativdienste. Palliativdienste können von jedem Krankenhaus angeboten werden. Palliativstationen werden ausschließlich nachrichtlich ausgewiesen. Eine separate Bedarfsermittlung findet nicht statt. Palliativplanbetten werden als Davon-Betten der Inneren Medizin ausgewiesen.

Zudem werden als spezielle Versorgungsaufgaben Tumorzentren im Sinne des § 1 Absatz 1 Satz 2 des Thüringer Krebsregistergesetzes (ThürKRG) ausgewiesen. Diese sind die Krankenhäuser Südharz-Klinikum Nordhausen, das HELIOS Klinikum Erfurt, das SRH Wald-Klinikum Gera, das Universitätsklinikum Jena und das SRH Zentralklinikum Suhl.

2 Herausforderungen und Trends der stationären Versorgung

Das zweite Kapitel des vorliegenden Gutachtens widmet sich den aktuellen Herausforderungen und den relevanten Trends in der stationären medizinischen Versorgung. Neben dem zurzeit wohl am intensivsten diskutierten Thema – der geplanten Krankenhausfinanzierungsreform des Bundes – beeinflussen auch der Fachkräftemangel, der demografische Wandel, die COVID-19-Pandemie, die Ambulantisierung, die Konzentration von Leistungen sowie der medizinisch-technische Fortschritt die Versorgungslandschaft maßgeblich. Um ein Verständnis für die Auswirkungen dieser Herausforderungen und Trends auf die stationäre Versorgung in Thüringen zu erhalten, werden nachfolgend die genannten Aspekte näher beleuchtet.

2.1 Fachkräftemangel

Eine immer größer werdende Herausforderung, die die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im 21. Jahrhundert betrifft, ist die Verfügbarkeit personeller Ressourcen. Während die geburtenstarken Jahrgänge immer älter und zeitnah in den Ruhestand gehen werden, bleiben freigewordene Stellen unbesetzt, da weniger Fachkräfte als zuvor in den Arbeitsmarkt eintreten. Schichtarbeit sowie eine hohe körperliche und seelische Belastung tragen nicht zur Attraktivität einer Anstellung im Gesundheitswesen bei, sodass die Branche um den knappen Nachwuchs zu kämpfen hat.⁶⁹

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 mitunter in Thüringen, wo im Jahr 2022 146 offene Stellen auf eine Million Einwohnerinnen und Einwohner kamen.^{70/71/72}

Die Onlinebefragung der Krankenhäuser in Thüringen, die im Rahmen der Erstellung des Gutachtens durchgeführt wurde, ergab, dass der Fachkräftemangel in Krankenhäusern in Thüringen am deutlichsten im Bereich des Pflegedienstes ausgeprägt ist. Auch der ärztliche Dienst ist laut den befragten Krankenhäusern stark vom Fachkräftemangel betroffen.

⁶⁹ Kolodziej, Dr. I.; Pilny, Dr. A. (2023): Personal und Fachkräftemangel, erschienen in: Krankenhaus-Report 2023.

⁷⁰ Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2023): Arbeitsmarkt nach Berufen (Monatszahlen), Deutschland, West/Ost und Länder, Dezember 2022, zitiert nach: Krankenhaus-Report 2023.

⁷¹ Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2023): Sonderauswertungen für die Institute for Health Care Business (hcb) GmbH und das RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Auftragsnummern 335976, 336964 und 340346, zitiert nach: Krankenhaus-Report 2023.

⁷² Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2023): Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (DRG-Statistik, Eckdaten). Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht, https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=21250566&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=121&p_ansnr=53508980&p_version=2&D.000=1&D.100=2&D.003=3, zuletzt abgerufen am 12.03.2024, zitiert nach: Krankenhaus-Report 2023.

Einerseits führt der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu einer hohen Arbeitsbelastung der derzeit 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 zeigten allesamt, dass eine geringere Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft zu einem besseren Ergebnis führt, wie beispielsweise einer verkürzten Verweildauer oder einer geringeren Mortalität.^{73/74/75}

2.2 Demografischer Wandel

Bereits im Kapitel 1.3 wurde die Bevölkerungsentwicklung in Thüringen beleuchtet und es wurde hervorgehoben, dass diese rückläufig sein wird. Die Bevölkerung ist in den vergangenen 50 Jahren um rund 23 % geschrumpft, wobei der Rückgang seit der Wiedervereinigung besonders ausgeprägt ist.⁷⁶

Zudem leben im Vergleich zu den Bundesländern in Westdeutschland anteilig mehr ältere Menschen in den Bundesländern in Ostdeutschland.⁷⁷ Etwa 27 % der Thüringer waren im Jahr 2022 65 Jahre oder älter, im angrenzenden Bundesland Hessen waren es vergleichsweise nur rund 21 %.^{78/79}

Insgesamt ist das Durchschnittsalter sowohl in Deutschland als auch Thüringen in den vergangenen Jahren angestiegen. Während es im Jahr 1990 in Thüringen noch bei 37,9 Jahren lag, lag es im Jahr 2021 bei 47,5 Jahren.^{80/81/82}

Dass die Bevölkerung immer älter wird, führt auch dazu, dass die Anzahl der potenziell erwerbstätigen Personen sinkt, während die Anzahl der potenziell nicht mehr erwerbstätigen Personen kontinuierlich steigt. Diese Entwicklung bedingt den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Fachkräftemangel.

⁷³ Kane, R. L. et al. (2007): The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis, erschienen in: Medical care, 45(12), S. 1195-1204.

⁷⁴ Shekelle, P. G. (2013): Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review, erschienen in: Annals of internal medicine, 158(5_Part_2), S. 404-409.

⁷⁵ Griffiths, P. et al. (2014): The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements, Project Report, University of Southampton, Faculty of Health Sciences.

⁷⁶ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Bevölkerungsentwicklung 2021 bis 2042 nach Geschlecht in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=lz300123>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁷⁷ Statistisches Bundesamt: 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern, <https://service.destatis.de/laenderpyramiden/index.html>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁷⁸ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Bevölkerung nach Altersgruppen und Kreisen in Prozent in Thüringen, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000113>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁷⁹ Hessisches Statistisches Landesamt (2023): Die Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise Hessens am 31. Dezember 2022 nach Alter und Geschlecht, https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/2023-06/Al6-j_22.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁸⁰ Thüringer Landesamt für Statistik (2007): Durchschnittsalter der Thüringer 1990 und 2006 im Vergleich, https://statistik.thueringen.de/presse/2007/pr_311_07.htm, zuletzt abgerufen am 15.03.2024.

⁸¹ Demografie Portal: Altersstruktur der Bevölkerung in Thüringen, <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur-thueringen.html>, zuletzt abgerufen am 15.03.2024.

⁸² Statistisches Bundesamt (2023): Bevölkerung nach dem Gebietsstand, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerungsstand-gebietsstand-werte.html>, zuletzt abgerufen am 05.02.2024.

Zudem geht „die Medikalisierungsthese davon aus, dass mit der Alterung der Bevölkerung die Zahl der chronisch Kranken und Multimorbiden zunimmt“, was wiederum mit einem erhöhten Versorgungsbedarf einhergeht, der dann von den verbleibenden Erwerbstätigen gedeckt werden muss.^{83/84/85}

2.3 COVID-19-Pandemie

Über die angespannte Lage in den deutschen Krankenhäusern wird seit vielen Jahren berichtet. Mit dem Auftreten der COVID-19-Pandemie wurden die bestehenden Defizite sowie strukturellen Probleme jedoch offensichtlich.^{86/87}

Mit COVID-19 infizierte Personen, die stationär behandelt werden mussten, benötigten ein Isolationszimmer. Auch der Aufwand der Versorgung der häufig intensivmedizinisch zu betreuenden Patientinnen und Patienten mit COVID-19 Infektionen war umfangreicher als bei regulären, nichtinfizierten intensivmedizinischen Patientinnen und Patienten. Zudem mussten die Krankenhäuser ihr Personal 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 zu Erlösausfällen und einer zusätzlichen wirtschaftlichen Belastung der Krankenhäuser.

Des Weiteren führten unter anderem die Unsicherheit und Sorge der Bevölkerung vor einer Überlastung des Gesundheitssystems oder einer COVID-19-Infektion generell zu weniger ärztlichen Konsultationen im gesamten Leistungsspektrum der Krankenhäuser. Die Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle in Thüringen von 2018 bis 2022 werden im Kapitel 4.1 des Gutachtens beschrieben.^{88/89}

Um den Fallzahlrückgang und die damit verbundenen Erlösausfälle auszugleichen, trat im März 2020 das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz) in Kraft. Das Gesetz ermöglichte es, Er-

⁸³ Allgemeine Ortskrankenkasse: Medikalisierungsthese, <https://www.aok.de/pp/lexikon/medikalisierungsthese/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁸⁴ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass dem die Kompressionsthese gegenübersteht, „wonach die Phase ausgeprägter Multimorbidität in ein höheres Alter verlegt wird und die früher bei älteren Menschen typischen Belastungen durch Krankheit und Behinderung abnehmen“. Aufgrund verschiedener Indikatoren sprechen sich die Gutachtenden zum jetzigen Zeitpunkt für die Medikalisierungsthese aus. Quelle: Allgemeine Ortskrankenkasse: Medikalisierungsthese, <https://www.aok.de/pp/lexikon/medikalisierungsthese/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024. Siehe auch: Fries, J. F. (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity, erschienen in: The New England Journal of Medicine, 303, S. 130-136.

⁸⁵ Gruenberg, E. M. (1977): The Failures of Success, erschienen in: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 55(1), 3–24.

⁸⁶ Mostert, C. (2021): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020, erschienen in Krankenhaus-Report 2021, S. 277-306.

⁸⁷ Schreyögg, J. (2020): Corona-Krise trifft auf Strukturprobleme im Gesundheitswesen, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/221964/1/10-1007-s10273-020-2617-3.pdf>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁸⁸ Mostert, C. (2021): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020, erschienen in Krankenhaus-Report 2021, S. 277-306.

⁸⁹ Hentschker, C. et al. (2022): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie im Krankenhaus: Fallzahlentwicklung und Charakteristika der Covid-19-Patienten, erschienen in Krankenhaus-Report 2023, S. 305-323.

lösungen 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.^{90/91}

Die in diesem Gutachten folgenden Analysen werden den zuvor charakterisierten Fallzahlrückgang verdeutlichen. Zum aktuellen Zeitpunkt ist noch nicht absehbar, ob die Fallzahlen das Prä-COVID-19-Niveau erreichen werden, da die Entwicklung zum einen von politischen Entscheidungen hinsichtlich des Vergütungssystems sowie der Nutzung des Ambulantisierungspotenzials abhängt. Zum anderen können die Entwicklungen je nach Indikation unterschiedlich ausfallen, auch in Abhängigkeit von den Ursachen, die für den Fallzahlrückgang verantwortlich waren.⁹² Die Komplexität einer möglichen Prognose der Fallzahlen wird im Kapitel 5 des vorliegenden Gutachtens verdeutlicht. Die Ergebnisse der Onlinebefragung der Krankenhäuser Thüringens hingegen 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.

2.4 Vorschläge der Regierungskommission

Die im Mai 2022 eingerichtete „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ hat die Aufgabe, notwendige Reformen im Krankensektor vorzubereiten. Dazu veröffentlichte die Kommission bis zur Erstellung des Gutachtens neun Stellungnahmen, die in der Presse und von Fachvertreterinnen und Fachvertretern umfassend diskutiert wurden.⁹³

Zentral ist die dritte Stellungnahme der Regierungskommission vom 6. Dezember 2022, welche sich mit einer Reform der Krankenhausvergütung befasst und Empfehlungen für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung formuliert. Die Regierungskommission schlägt dazu drei wesentliche Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung vor:^{94/95}

- Erstens soll eine Vorhaltevergütung die bisherige Vergütung auf Basis von Fallpauschalen zu Teilen ergänzen. Ein bestimmter Anteil der Vergütung der Krankenhäuser soll künftig unabhängig von der tatsächlich erbrachten Fallzahl ausgekehrt werden, womit neben dem neuen Vorhaltebudget und dem ebenfalls leistungsunabhängigen Pflegebudget nur ein kleinerer Teil der Betriebskostenfinanzierung künftig leistungsbezogen und damit variabel wäre. Die Regierungskommission reagiert damit unter anderem auf den Vorwurf, die aktuelle Vergütung auf Basis von DRGs würde einen Anreiz dafür schaffen,

⁹⁰ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 14, ausgegeben am 27.03.2020, Seite 580: Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz).

⁹¹ Augurzyk, B. et al. (2022): Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise, erschienen in: Krankenhaus-Report 2022, S. 35-61.

⁹² Hentscher, C. et al. (2022): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie im Krankenhaus: Fallzahlentwicklung und Charakteristika der Covid-19-Patienten, erschienen in Krankenhaus-Report 2023, S. 305-323.

⁹³ Bundesministerium für Gesundheit (2023): Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁹⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2023): Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁹⁵ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission - Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf, zuletzt abgerufen am 15.03.2024.

möglichst viele Behandlungen durchzuführen. Zudem soll der ökonomische Druck in der medizinischen Behandlung gemindert werden.

- Zweitens hat die Regierungskommission die Einführung von 128 nicht näher definierten Leistungsgruppen vorgeschlagen, die mit Mindeststrukturvorgaben für Personal und Technik verknüpft werden sollen. Die Leistungsgruppen werden den einzelnen Krankenhausstandorten von den Planungsbehörden der Länder zugewiesen. Die Leistungen gemäß den Gruppen müssen dann durch das Krankenhaus vorgehalten und erbracht werden, um dem zugewiesenen Versorgungsauftrag zu entsprechen. Die oben angesprochene Vorhaltevergütung soll leistungsgruppenbezogen ermittelt werden.
- Drittens hat die Regierungskommission eine Einteilung der Krankenhäuser in drei Level vorgeschlagen, wobei die Level I und III noch einmal unterteilt sind, sodass sich folgende Einteilung ergibt:
 - Level I: Grundversorgung; unterteilt in i (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) und n (mit Notfallstufe I)
 - Level II: Regel- und Schwerpunktversorgung
 - Level III: Maximalversorgung (mit Level IIIU = Universitätsmedizin)

Für jedes Level sollen feste Mindestvoraussetzungen im Sinne einer mindestens erforderlichen Strukturqualität gelten, die durch die Krankenhäuser erfüllt werden müssen. Die Krankenhäuser im Level II sollen näher an der ambulanten Versorgung sein und als integrierte ambulant-stationäre Krankenhäuser fungieren.

Auf Grundlage der Vorschläge der Regierungskommission in dieser dritten Empfehlung haben Bund, Länder und die Fraktionen der Ampel-Koalition konkrete Vorschläge erarbeitet, woraufhin am 10. Juli 2023 ein Eckpunktepapier zur Krankenhausreform veröffentlicht wurde.⁹⁶ Die zunächst angedachten 128 Leistungsgruppen wurden reduziert, sodass aktuell 60 plus fünf Leistungsgruppen als Zielwert festgelegt wurden. Diese werden sich aus den bekannten 60 somatischen Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen sowie 5 ergänzenden Leistungsgruppen zusammensetzen.^{97/98/99}

Zudem wurde festgelegt, dass es keine Planung anhand der Versorgungsstufen geben wird.¹⁰⁰ Die Daten hinsichtlich des Leistungsangebots und der Qualitätsaspekte sollen jedoch weiterhin erhoben und im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes in einem Transparenzverzeichnis veröffentlicht werden.^{101/102}

Die konkrete Ausgestaltung der geplanten Krankenhausreform ist mit der Finalisierung des Gutachtens weiterhin unklar, sodass künftige Entwicklungen derzeit schwer abzuschätzen sind. Ein erster Gesetzentwurf

⁹⁶ Bundesministerium für Gesundheit (2013): Eckpunktepapier: Krankenhausreform, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁹⁷ Kurz, C. (2024): Krankenhausreform: Ausdauer benötigt, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt 121(3), S. A146.

⁹⁸ Bundesministerium für Gesundheit (2023): Eckpunktepapier Krankenhausreform, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

⁹⁹ Im vorliegenden Gutachten werden allein die nordrhein-westfälischen Leistungsgruppen als Analysegrundlage genutzt, da die ergänzenden Leistungsgruppen bislang nicht definiert sind.

¹⁰⁰ Kurz, C. (2023): Krankenhausreform: Level sind vom Tisch, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt 120(23), S. A1001.

¹⁰¹ Kurz, C. (2024): Krankenhausreform: Ausdauer benötigt, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt 121(3), S. A146.

¹⁰² Bundestag (2024): Bundestag stimmt für ein Krankenhaus-Transparenzverzeichnis, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw42-de-krankenhaus-transparenzgesetz-971424>, zuletzt abgerufen am 18.03.2024.

soll noch im ersten Halbjahr 2024 vorliegen, jedoch wird in Fachkreisen nicht davon ausgegangen, dass die Reform vor dem Jahr 2025 starten wird.¹⁰³

2.5 Ambulantisierung von Krankenhausleistungen

Der medizinische Fortschritt hat neue Behandlungsmethoden ermöglicht, die häufig schonender, minimal-invasiv oder auch ambulant durchführbar sind. Ambulant erbrachte Leistungen sind dabei oftmals mit geringeren Kosten verbunden.^{104/105}

Viele Länder haben das Potenzial einer stärkeren Ambulantisierung erkannt und arbeiten stetig an der Erhöhung der Anzahl an ambulant zu erbringenden Leistungen.¹⁰⁶ 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.¹⁰⁷

Der Abbau der Bettenkapazität schreitet in Deutschland langsam voran. Seit dem Jahr 2000 ist die Kapazität nur um 13 % reduziert worden, wohingegen andere EU-Länder etwa 40 % der Kapazitäten reduziert haben.¹⁰⁸

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 stationärer ersetzende Eingriffe vorzunehmen.

In Deutschland wurden in den Krankenhäusern im Jahr 2022 etwa 1,9 Millionen ambulante Operationen gemäß § 115 b SGB V erbracht.¹⁰⁹ Im Jahr 2002 hingegen waren es nur knapp 600.000 ambulante Operationen, was einen deutlichen Zuwachs bedeutet.¹¹⁰

¹⁰³ Bundestag (2024): Bundestag stimmt für ein Krankenhaus-Transparenzverzeichnis, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw42-de-krankenhaus-transparenzgesetz-971424>, zuletzt abgerufen am 18.03.2024.

¹⁰⁴ SVR (2014:) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁰⁵ OECD (2023): Health at a Glance 2023, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7a7afb35-en.pdf?expires=1707993231&id=id&accname=guest&checksum=3B871760DFA058B847A7781C2083C6B5>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁰⁶ Struckmann, V. et al. (2021): Versorgungsprozesse und das Zusammenspiel der Sektoren im internationalen Vergleich, erschienen in: Krankenhaus-Report 2021, S. 3-24.

¹⁰⁷ 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=guest&checksum=C6180D9AF376748854E80E571AA748B5>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁰⁸ 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=guest&checksum=C6180D9AF376748854E80E571AA748B5>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁰⁹ 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, zuletzt abgerufen am 20.03.2024.

¹¹⁰ 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, zuletzt abgerufen am 20.02.2024.

Im direkten Vergleich liegt Deutschland jedoch weiterhin zurück. 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.¹¹¹

Die im Jahr 2024 eingeführten Hybrid-DRG sollen einen weiteren Anreiz für eine verstärkte Ambulantisierung in Deutschland setzen, denn sie ermöglichen es, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Krankenhäusern bei ausgewählten Leistungen dieselbe Vergütung zuzuweisen, unabhängig davon, ob der Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wurde.¹¹²

Fachkreise sehen in Deutschland, wie auch in Thüringen, ein ungenutztes ambulantes Behandlungspotenzial (Anhang Kapitel 3 – Tabelle II). So berichtet eine Krankenkasse, dass im Jahr 2022 in Thüringen jede(-r) fünfte Patientin beziehungsweise Patient auch ambulant hätte versorgt werden können.¹¹³ Das ambulante Potenzial kann jedoch nur dann gehoben werden, wenn ambulante Behandlungskapazitäten an den Krankenhäusern geschaffen werden (zum Beispiel durch ambulante Operationssäle). Auch hierzu sind entsprechende Investitionen notwendig. Tieferegehende Analysen hinsichtlich des Ambulantisierungspotenzials finden sich im Kapitel 5.

2.6 Konzentration von Leistungen

Studien haben erwiesen, dass die Konzentration von Fallzahlen zu einer Qualitätssteigerung bestimmter Behandlungsergebnisse führen kann. Die Konzentration von Leistungen bedeutet in diesem Kontext, dass die Fallzahlen für bestimmte Leistungen an ausgewählten Standorten konzentriert werden, was zu einer Fallzahlerhöhung führt, während die Behandlungsmöglichkeiten an den übrigen Krankenhäusern abgebaut werden. Insbesondere für komplexe Eingriffe konnte eine positive Volume-Outcome-Beziehung gezeigt werden, was impliziert, dass die Qualität der Behandlung an den Standorten höher ist, an denen Leistungen häufiger erbracht werden. Dementsprechend werden durch den G-BA für bestimmte planbare Leistungen im Krankenhaus Mindestmengen festgelegt.¹¹⁴ Neben den Qualitätsaspekten spielen zudem wirtschaftliche Aspekte eine Rolle, wie zum Beispiel eine gesteigerte Kapazitätsauslastung oder Einkaufsvorteile. Auch die geplante Krankenhausreform sieht durch die Zuordnung von Leistungsgruppen zu bestimmten Versorgern gewissermaßen eine Konzentration von Leistungen vor.^{115/116}

¹¹¹ OECD (2023): Health at a Glance 2023, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7a7afb35-en.pdf?expires=1707993231&id=id&accname=gest&checksum=3B871760DFA058B847A7781C2083C6B5>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹¹² Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): Gassen: „Da sind Ärger und Frust vorprogrammiert“ – Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar in Kraft, https://www.kbv.de/html/1150_67125.php, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹¹³ KMA (2023): Barmer spricht sich für vermehrt ambulante Behandlung aus, <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/barmer-spricht-sich-fuer-vermehrt-ambulante-behandlung-aus-50742>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹¹⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Mindestmengenregelungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹¹⁵ Eine Bestandaufnahme zur Studienlage kann im Ergebnisbericht des IGES Instituts nachvollzogen werden. Quelle: IGES Institut GmbH (2021): Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung, https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/politik/veranstaltungen/zukunftsforum/2021/IGES_Gutachten_2021.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹¹⁶ Augurzky, B. et al. (2020): BARMER Krankenhausreport 2020, <https://www.barmer.de/re-source/blob/1027098/d009a0b47ce8eb11cb8211411989e344/barmer-krankenhausreport-2020-band-25-bifg-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 04.04.2024.

Den Vorteilen einer Leistungskonzentration gegenüber steht jedoch auch der Aspekt der Erreichbarkeit. Wenn durch die Konzentration bestimmte Leistungen nur noch an ausgewählten Standorten erbracht würden, würden sich die Fahrzeiten zum nächsten Leistungsanbieter für die Bevölkerung zwangsläufig erhöhen.

Eine Umfrage aus dem Jahr 2023 ergab jedoch, dass Patientinnen und Patienten generell bereit sind, für planbare Leistungen längere Anfahrtszeiten in Kauf zu nehmen. 76 % der Befragten ist die Spezialisierung wichtiger als die Nähe zum Krankenhaus.¹¹⁷

Aufgrund medizinischer Gründe kommen jedoch nicht für jeden Leistungsbereich erhöhte Anfahrtszeiten infrage (zum Beispiel im Falle eines zeitkritischen Notfalls). Entscheidend ist hierbei, inwieweit eine im Bedarfsfall verzögerte Inanspruchnahme von Leistungen negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten hat. Regionale Unterschiede in der Versorgung sind dabei nur dann zu rechtfertigen, wenn sie keine bedeutenden gesundheitlichen Disparitäten verursachen.¹¹⁸

Neben der Notfallversorgung zeitkritischer Notfälle gibt es sachlogische Argumente, die dafürsprechen, ein möglichst wohnortnahes Versorgungsangebot für weitere Leistungsbereiche, wie etwa der Geburtshilfe oder der Kinder- und Jugendmedizin, vorzuhalten. Der G-BA definiert sowohl die Kinder- und Jugendmedizin als auch die Geburtshilfe als „basisversorgungsrelevant“ und zeigt auf, ab wann die flächendeckende Versorgung als gefährdet anzusehen ist.¹¹⁹

Insgesamt ist es ein schmaler Grat zwischen akzeptabler Distanz und notwendiger Konzentration, der bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden muss, um ein für alle Patientinnen und Patienten qualitativ hochwertiges Leistungsangebot mit akzeptabler Erreichbarkeit zu gewährleisten.

2.7 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. Vor dem Hintergrund der in den vorangegangenen Abschnitten thematisierten Herausforderungen, insbesondere dem demografisch bedingten Fachkräftemangel, stellt der medizinisch-technische Fortschritt eine echte Chance dar, um diese in Teilen zu kompensieren.

Durch eine verbesserte Diagnostik und Früherkennung von Krankheiten kann die Lebenserwartung und -qualität insgesamt gesteigert werden. Digitale Anwendungen erleichtern darüber hinaus Arbeitsabläufe und können die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen vernetzen. Telemedizinische Angebote gestatten eine ortsunabhängige Versorgung in verschiedenen Lebenslagen.

Eine 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.

¹¹⁷ Allgemeine Ortskrankenkasse (2023): Umfrage zur Krankenhausversorgung: Menschen wünschen sich Spezialisierung, Qualität und Transparenz, <https://www.aok.de/pp/bv/pm/civey-umfrage-klinikreform/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹¹⁸ Ried, W. (2016): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Ziele und Indikatoren, erschienen in: Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum, S. 1-23.

¹¹⁹ Gemeinsamen Bundesausschuss (2020): Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL_2020-10-01_iK_2020-12-09.pdf, zuletzt abgerufen am 20.03.2024.

In Thüringen wurden bereits einige innovative Ansätze angestoßen, die bislang jedoch noch nicht in konkreter Anwendung sind. Dazu zählen unter anderem das telemedizinische Netzwerk „InTeliNeT“ – Interdisziplinäres Teleintensiv-Netzwerk in Thüringen, oder die im Rettungsdienstgesetz festgeschriebenen Telenotärzte.^{120/121/122} Auch das Bündnis Wecare hat es sich zur Aufgabe gemacht, innovative Ansätze insbesondere in den strukturschwachen Regionen Thüringens zu erproben, um sich den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung stellen zu können.¹²³

Um innovative Ansätze zu entwickeln und umzusetzen, bedarf es finanzieller Mittel, die im Gesundheitswesen oft knapp sind. Zudem scheitern Vorhaben häufig an gesetzlichen Vorgaben oder an den Grenzen der Sektoren.

¹²⁰ Deutsches Ärzteblatt (2024): Teleintensivmedizinnetzwerk in Thüringen wird ausgeweitet, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/148856/Teleintensivmedizinnetzwerk-in-Thueringen-wird-ausgeweitet>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹²¹ Deutschlandfunk (2023): Thüringen beschließt landesweite Einführung von Telenotärzten, <https://www.deutschlandfunk.de/thueringen-beschliesst-landesweite-einfuehrung-von-telenotaerzten-102.html#:~:text=In%20Th%C3%BCrungen%20ist%20die%20landesweite%20Einf%C3%BChrung%20von%20Telenot%C3%A4rzten%20beschlossen%20worden.&text=Der%20Landtag%20in%20Erfurt%20%C3%A4nderte,Personal%20an%20einem%20Einsatzort%20einfindet>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹²² § 7 Absatz 1 Thüringer Rettungsdienstgesetz.

¹²³ Wecare Agentur (2023): <https://www.wecare-agentur.de/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024. Das wecare-Bündnis wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des „Wandel durch Innovation in der Region“-Förderprogramms gefördert.

3 Verwendete Datenquellen und Verarbeitung der Daten

Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurden verschiedenste Datenquellen genutzt, die nachstehend näher erläutert¹²⁴ werden:

§ 21 – Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) – Daten von 2018 bis 2022 aller Plankrankenhäuser aus Thüringen

Nach § 21 KHEntgG müssen deutsche Krankenhäuser jährlich Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) senden. Der Hauptzweck dieser Datenübermittlung besteht darin, die Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems und des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) zu unterstützen.

Gemäß § 21 Absatz 2 KHEntgG umfasst der übermittelte Datensatz sowohl Strukturdaten, die das betreffende Krankenhaus beschreiben, als auch Leistungsdaten, die sich auf die einzelnen Behandlungsfälle beziehen. Die nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten der Thüringer Krankenhäuser wurden vor der Verarbeitung anonymisiert an die Gutachtenden übermittelt und ausgewertet.¹²⁵

Die Analysen des vorliegenden Gutachtens, die auf dem gemäß § 21 Absatz 2 KHEntgG übermittelten Datensatz (§ 21-KHEntgG-Datensatz) beruhen, enthalten folglich alle Fälle, die an thüringischen Krankenhäusern – unabhängig vom Wohnort der Patientinnen und Patienten – behandelt wurden.

Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2017 bis 2021

Seit 2013 müssen alle gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht auf der Standortebene erstellen und veröffentlichen. Dies stellt eine wesentliche Veränderung zu den vorherigen Vorgaben dar. Bis 2013 mussten die Berichte nur alle zwei Jahre und ohne ein einheitliches Format angefertigt werden. Die Gestaltung, der Umfang und das Datenformat der seitdem erforderlichen strukturierten Qualitätsberichte sind in § 136b SGB V festgelegt und werden vom G-BA standardisiert. Ziel dieser Qualitätsberichte ist es, die Leistungsfähigkeit und Qualitätsstandards der Krankenhäuser transparent zu machen.

Die Qualitätsberichte gliedern sich in drei Teile:

1. Teil A über die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
2. Teil B über die Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten beziehungsweise Fachabteilungen
3. Teil C über die Qualitätssicherung

Im Rahmen des Gutachtens wurden die Qualitätsberichte für die Jahre 2018 bis 2021 verwendet.

Onlinebefragung der Krankenhausträger

Um die Perspektive der Krankenhausträger zu berücksichtigen, wurde im Oktober 2023 eine Onlinebefragung durchgeführt. Diese zielte darauf ab, die Potenziale für die Weiterentwicklung und Planung der Krankenhausversorgung aus der Sicht der stationären Leistungserbringer zu identifizieren.

¹²⁴ Es werden nur die wesentlichsten Datenquellen sowie die zur Anwendung gekommenen Methoden in diesem Kapitel erläutert.

¹²⁵ Für die Analyse und Datenaufbereitung wurde trinovis VISION durch die Gutachtenden verwendet.

Der Fragebogen umfasste 73 Fragen, die in die folgenden zehn Fragegruppen unterteilt wurden:

1. Allgemeine Fragen
2. Zukünftige Entwicklung
3. Fachkräfte
4. Stationäres und ambulantes Leistungsspektrum
5. Kooperationen
6. Jahresergebnis
7. Investitionsmittel
8. COVID-19-Pandemie
9. Krankenhausplanung
10. Anmerkungen und Hinweise

Dieser Fragebogen wurde 46 Krankenhäusern¹²⁶ zur Verfügung gestellt. Bis zum Ablauf des Bearbeitungszeitraumes sendeten 42 Krankenhäuser, das heißt 91 %, ihre Ergebnisse der Onlinebefragung über das Online-Portal zurück. Die Rückmeldungen der Krankenhausträger sind in anonymisierter und aggregierter Form in die Beantwortung der Gutachtenfragen eingeflossen.

Interviews mit den Schlüsselakteuren in Thüringen

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen, die allgemeinen Entwicklungen sowie die Notwendigkeit, die Grenzen zwischen den einzelnen Sektoren in der medizinischen Betreuung zu durchbrechen, fanden im Zuge der Erstellung des Gutachtens semistrukturierte Gespräche mit relevanten Akteuren aus dem Bereich Krankenhausversorgung statt. Das Hauptziel dieser Interviews war es, aus der Perspektive der Schlüsselakteure in Thüringen Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und Wege zur Gewährleistung einer flächendeckenden und zukunftsorientierten medizinischen Versorgung aufzuzeigen.

Zu den Schlüsselakteuren zählten:

1. Vertreterinnen und Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände
2. Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhausgesellschaft Thüringen e. V
3. Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT)
4. Vertreterinnen und Vertreter der Landesärztekammer im Land Thüringen (LÄKT)
5. Vertreterinnen und Vertreter des Universitätsklinikums Jena
6. Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums für Inneres und Kommunales und des Finanzministeriums
7. Vertreterinnen und Vertreter des Thüringischen Landkreistages

Den an den Interviews teilnehmenden Vertreterinnen und Vertretern wurde vorab der Interviewleitfaden übermittelt. Die Interviews wurden überwiegend in digitaler Form im Oktober und November 2023 durchgeführt.

¹²⁶ Die Anzahl der Krankenhäuser wird hier nach teilnehmenden Krankenhäusern mit unterschiedlichen Institutskennzeichen gezählt.

Bevölkerungs- beziehungsweise Fallzahlprognose

Für die Fallzahlprognose wurde die 3. regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung¹²⁷ für Thüringen als Grundlage herangezogen. Die Bevölkerungsvorausberechnung basiert auf der zum 31.12.2021 fortgeschriebenen Bevölkerungszahl auf Basis des Zensus 2011 und differenziert dabei nach Altersjahren und Geschlecht. Der Bevölkerungsvorausberechnung reicht von 2022 bis zum Jahr 2042.

Für die Prognose des zukünftigen Bedarfs an vollstationärer Versorgung, basierend auf den NRW-Leistungsgruppen¹²⁸, wurde eine demografiebasierte Schätzung für Thüringen vorgenommen. Diese nutzt die 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. Daraus resultierte ein Erwartungswert für die Anzahl der Fälle nach Leistungsgruppe und Prognosejahr.

Um die vollstationären Fallzahlen der Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Thüringen für die Jahre 2019 und 2022 zu analysieren, wurden zunächst die entsprechenden Daten gemäß § 21 KHEntgG herangezogen und mit den Gesamtfallzahlen aus der Krankenhausstatistik für Thüringen verglichen. Auf dieser Basis wurden für jedes Jahr Faktoren ermittelt, mit denen die Fallzahlen gemäß § 21-KHEntgG-Daten multipliziert werden mussten, um mit den Fallzahlen aus der Krankenhausstatistik¹²⁹ übereinzustimmen.

Aus den ermittelten Faktoren ergibt sich, dass der Auspendleranteil über alle Leistungsgruppen hinweg bei rechnerisch etwa 10 % liegt. Für die Prognose wird dieser Anteil pauschal auf alle Leistungsgruppen übertragen, was mit Unschärfen verbunden ist, da der Auspendleranteil damit bei einigen Leistungsgruppen über- und bei anderen unterschätzt wird. Die tatsächlichen Leistungsgruppen der Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten, die in Thüringen wohnen, jedoch zur Behandlung in ein anderes Bundesland fahren, sind nicht bekannt.

In einem weiteren Schritt wurden die so berechneten Fallzahlen den Einwohnerzahlen je Jahr, Altersgruppe und Geschlecht in Thüringen gegenübergestellt. Auf dieser Grundlage wurden Inzidenzen berechnet, die die Erkrankungshäufigkeiten je Leistungsgruppe im Kontext des jeweiligen Alters-Clusters und dem Geschlecht abbilden. Die ermittelten Inzidenzen für die Jahre 2019 und 2022 wurden dann in einem Folgeschritt auf die Bevölkerungsprognosedaten aus der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für Thüringen auf das jeweilige Betrachtungsjahr angewendet, um damit die Fallzahlerwartungswerte zu bestimmen.

Dieser prognostizierte Erwartungswert wurde um das mögliche Ambulantisierungspotenzial korrigiert, so dass für jedes Jahr eine aggregierte Schätzung des zukünftigen Fallaufkommens für das Bundesland sowie – bei Bedarf – differenzierte Schätzungen für einzelne Regionen und Altersgruppen möglich sind.

¹²⁷ Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 2022 bis 2042 nach Kreisen, https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2022/01113_2022_51.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹²⁸ Eine detaillierte Übersicht zu allen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen ist auf der Internetseite zum Krankenhausplan 2022 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) zu finden. Siehe MAGS (2022): Neuer Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen, <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹²⁹ In der Krankenhausstatistik werden die gesunden Neugeborenen nicht berücksichtigt, diese sind jedoch in den analysierten § 21 KHEntgG-Daten enthalten. Aus diesem Grund kommt es durch die beschriebene Methodik zu einer geringfügigen Unterschätzung der Fälle von vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Thüringen.

Abhängig von der regionalen Aggregationsebene (Ort, Landkreis oder Bundesland) ist mit Unschärfen im Vergleich zu den tatsächlich beobachteten Fallzahlen auf der Ebene der Leistungsgruppen zu rechnen, wobei die Unschärfe auf höheren Aggregationsebenen abnimmt.

Für die Bestimmung der Ambulantisierungsfaktoren der einzelnen Leistungsgruppen wurde gemäß dem „Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V“¹³⁰ des IGES-Instituts der ambulantisierbare Anteil der Fälle im Jahr 2022 berechnet und konservativ angenommen, dass dieser Anteil bis 2032 vollständig realisiert werden kann¹³¹. Bei Leistungsgruppen, für die keine Daten in Thüringen vorlagen, wurden nachrichtlich Ambulantisierungsfaktoren¹³² ausgewiesen. Der so bestimmte Ambulantisierungsfaktor je Leistungsgruppe (Anhang Kapitel 3 – Tabelle II) wurde auf den Fallzahl-Erwartungswert angewendet und je Prognosejahr ausgegeben.

Ermittlung der Fahrzeiten

Für die Bestimmung der Fahrzeiten der Bevölkerung zu den Krankenhausstandorten¹³³ wurde je nach Analyse entweder die Berechnung basierend auf der fünfstelligen Postleitzahl (PLZ5) oder der granulareren achtstelligen Postleitzahl (PLZ8) durchgeführt. Die PLZ8-Bereiche bieten eine feinere Unterteilung des Bundesgebietes als die PLZ5-Bereiche. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte je PLZ8-Bereich liegt unter 1.000 EW, im Gegensatz zu den PLZ5-Bereichen, die durchschnittlich fast 10.000 EW umfassen.

Die Einteilung Deutschlands in Raumsegmente erfolgt auf der PLZ5-Ebene in etwa 8.170 Bereiche, während auf der PLZ8-Ebene mit rund 84.000 Raumsegmenten eine deutlich feinere geografische Differenzierung stattfindet. Ziel dieser granulareren Segmentierung ist eine ausgeglichene Verteilung der Einwohnerinnen und Einwohner, die sowohl die administrativen als auch die postalischen Grenzen berücksichtigt. Darüber hinaus umfassen PLZ8-Bereiche definitionsgemäß deutlich kleinere Flächen und sind dadurch auch genauer für der Fahrzeitberechnung.

In ländlichen Gegenden, wo Raumsegmente auch vermehrt unbewohnte Areale umfassen können, ist es essenziell, die Fahrzeitermittlung von einem zentral gelegenen und dicht besiedelten Punkt aus zu beginnen. Für diesen Zweck wurden die am dichtesten besiedelten Punkte innerhalb einer Postleitzahl als Ausgangspunkte ausgewählt, sodass die errechnete Fahrzeit diejenige darstellt, die für den größten Teil der Bevölkerung innerhalb dieser Postleitzahl relevant ist. Fehlte eine klare Besiedlungskonzentration, diente der geografische Mittelpunkt als Ausgangspunkt für die Berechnungen.

Die Fahrzeiten von diesen definierten Mittelpunkten zu den Krankenhäusern wurden mittels eines Offline-Berechnungsverfahrens bestimmt, das unabhängig von der tatsächlichen Verkehrssituation durchgeführt

¹³⁰ 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_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

¹³¹ Für komplexere beziehungsweise stark operativ geprägte Leistungsgruppen wurde vereinzelt der sich rechnerisch ergebende Ambulantisierungsfaktor durch die Gutachtenden auf 0,00 % gesetzt, da die spezifischen Fallkonstellationen eine Ambulantisierung als nicht wahrscheinlich erscheinen ließen.

¹³² Für die nachrichtlich ausgewiesenen Ambulantisierungsfaktoren wurde auf den Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 sowie das im Jahr 2023 veröffentlichte Gutachten der PD zur Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt zurückgegriffen, <https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheit/gesundheitswesen/medizinische-versorgung/krankenhausversorgung/krankenhausgutachten> und <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, zuletzt abgerufen am 22.03.2024.

¹³³ Gemäß der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG ist ein Krankenhausstandort ein Krankenhaus selbst oder Teil eines Krankenhauses mit mindestens einer fachlichen Organisationseinheit. An diesem Standort findet die unmittelbare medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten statt. Die Versorgung kann vor- und nachstationär, voll- und teilstationär sowie ambulant erbracht werden. Ein Standort ist dabei ein räumlich eindeutig beschreibbarer Ort, der über eine Geokoordinate beschrieben wird.

wurde. Die resultierende Fahrzeit gilt als durchschnittliche Zeit, die mit einem Pkw (ohne Sonder- und We-gerechte) auf der schnellstmöglichen Strecke zurückgelegt wird.

In diesem Gutachten werden vorrangig die Fahrzeiten zu Krankenhausstandorten innerhalb von Thüringen berücksichtigt. Obwohl es in Grenzgebieten für Einwohnerinnen und Einwohner schneller sein kann, ein Krankenhaus im angrenzenden Bundesland aufzusuchen, wurden solche Standorte aufgrund der verfügbaren Daten in den Erreichbarkeitsanalysen nur vereinzelt mit einbezogen.

Definition von Versorgern mit medizinischen Leistungen im Gutachten

Im vorliegenden Gutachten werden Krankenhausstandorte, die mindestens 1 % der betrachteten Fälle in dem jeweiligen Leistungsbereich beziehungsweise in der jeweiligen Leistungsgruppe in Thüringen erbringen, als Versorger bezeichnet.

4 Status quo der stationären Versorgung in Thüringen

4.1 Die Krankenhausversorgung in Thüringen im Bundesvergleich

Um einen Überblick darüber zu erhalten, wie sich die Situation der stationären Versorgung in Thüringen im Vergleich zu den anderen Bundesländern Deutschlands einordnen lässt, wird in diesem Abschnitt ein bundesländerübergreifender Vergleich vorgenommen. Betrachtet werden dabei folgende Kennzahlen: vollstationäre Fälle je 1.000 EW, durchschnittlich aufgestellte Betten je 100.000 EW sowie Auslastung der aufgestellten Betten in Prozent. Grundlagen bilden die öffentlich zugänglichen Daten des Statistischen Bundesamtes.^{134/135}

Wie anhand von Abbildung 6 sichtbar ist, wurden – bezogen auf das gesamte Bundesgebiet – im Jahr 2022 201 vollstationäre Fälle je 1.000 EW behandelt. Mit 234 Fällen liegt Thüringen deutlich über diesem Wert und wies nach Bremen (249 Fälle je 1.000 EW) und dem Saarland (246 Fälle je 1.000 EW) bundesweit die meisten Fälle je 1.000 EW auf.

Deutlich wird anhand von Abbildung 6 auch, dass die Werte der einzelnen Bundesländer sehr heterogen sind. Beispielsweise wurden in baden-württembergischen Krankenhäusern nur 166 Fälle je 1.000 EW versorgt und somit fast 30 % weniger als in Thüringen.

Abbildung 6 ist zudem zu entnehmen, dass die Fallzahlen zwischen den Jahren 2018 und 2022 in allen Bundesländern gesunken sind. Bundesweit sowie auch in Thüringen betrug der Fallzahlrückgang rund 14 %. Den stärksten prozentualen Rückgang hatte mit rund 23 % Bremen zu verzeichnen.

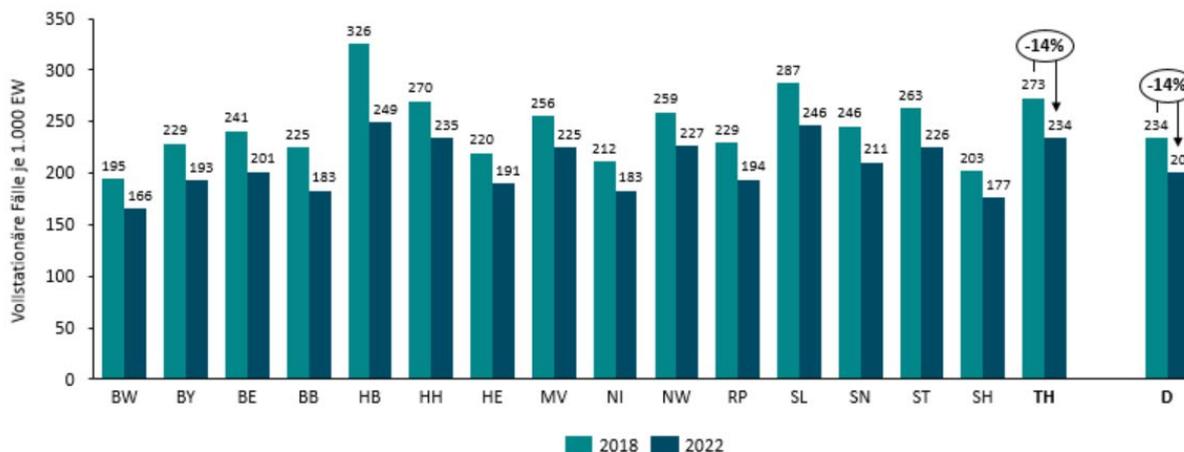


Abbildung 6: Vollstationäre Fälle je 1.000 EW in den Jahren 2018 und 2022 im Bundesvergleich¹³⁶

¹³⁴ Statistisches Bundesamt (2020): Grunddaten der Krankenhäuser 2018 - Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

¹³⁵ Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

¹³⁶ Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

In Abbildung 7 sind die durchschnittlich aufgestellten Betten¹³⁷ je 100.000 EW dargestellt. Im Bundesvergleich hatte Thüringen im Jahr 2022 die meisten durchschnittlich aufgestellten Betten je 100.000 EW. Nur Bremen wies annähernd so viele Betten im Verhältnis zur Bezugsgröße auf (708 Betten je 100.000 EW). Den niedrigsten Wert hatte auch hier Baden-Württemberg. Hier kamen auf 100.000 EW 478 Betten.

Insgesamt zeigt sich, dass die Anzahl der aufgestellten Betten im Betrachtungszeitraum in allen Bundesländern leicht gesunken ist. Den höchsten prozentualen Rückgang verzeichnete Rheinland-Pfalz mit rund 7 %, den niedrigsten das Saarland mit rund 0,4 %. Bundesweit betrug der Rückgang rund 5 %. Thüringen lag dabei mit rund 4 % leicht unter diesem Wert.

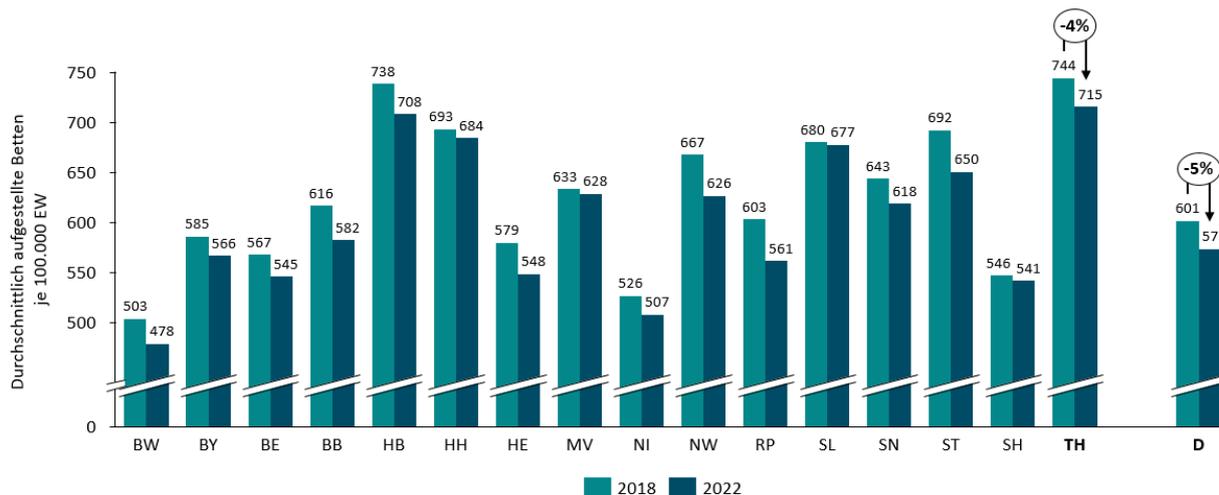


Abbildung 7: Durchschnittlich aufgestellte Betten je 100.000 EW in den Jahren 2018 und 2022 im Bundesvergleich¹³⁸

Da die Anzahl der Fälle zwischen den Jahren 2018 und 2022 stärker gesunken ist als die Anzahl der aufgestellten Betten und die durchschnittliche Verweildauer¹³⁹ gleichzeitig relativ konstant geblieben ist, ist folglich auch die Auslastung¹⁴⁰ der aufgestellten Betten bundesweit gesunken. Wie Abbildung 8 zu entnehmen ist, betrug der durchschnittliche Rückgang rund 11 %. Während die Auslastung im Jahr 2018 noch 77 % betrug, waren im Jahr 2022 hingegen durchschnittlich nur noch rund 69 % der aufgestellten Betten belegt.

In Thüringen ist die Bettenauslastung im betrachteten Zeitraum um rund 12 % gesunken und somit überdurchschnittlich stark. Zudem lag die Bettenauslastung sowohl im Jahr 2018 als auch im Jahr 2022 unter dem Bundesdurchschnitt.

Trotz der verhältnismäßig hohen Fallzahl bezogen auf 1.000 EW (Abbildung 6), hatte Thüringen im Bundesvergleich zusammen mit Sachsen-Anhalt im Jahr 2022 die niedrigste Bettenauslastung. In beiden Bundesländern betrug sie nur rund 65 %, was im Umkehrschluss bedeutet, dass durchschnittlich über ein Drittel

¹³⁷ Aufgestellte Betten nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes sind alle betriebsbereit aufgestellten Betten des Krankenhauses, die zur vollstationären Behandlung von Patienten und Patientinnen bestimmt sind. Die Zahl der aufgestellten Betten wird als Jahresdurchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Bettenzahl ermittelt. Die Zählung der Betten erfolgt unabhängig von deren Förderung. Betten zur teilstationären oder ambulanten Unterbringung, Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene werden nicht einbezogen. Die Anzahl der Betten kann von den in den jeweiligen Krankenhausplänen der Länder ausgewiesenen Betten abweichen.

¹³⁸ Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

¹³⁹ Sowohl im Jahr 2018 als auch im Jahr 2022 lag die durchschnittliche Verweildauer bei 7,2 Tagen.

¹⁴⁰ Die Bettenauslastung (auch: Nutzungsgrad der Betten) gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in Prozent an. Hierzu wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt.

der aufgestellten Betten im Jahr 2022 nicht belegt war. Zu beachten ist, dass in vielen Krankenhausplänen der Bundesländer, wie auch in Thüringen, eine Bettenauslastung von 85 % als Maßstab für eine bedarfsge- rechte Versorgung gilt und angestrebt wird.



Abbildung 8: Bettenauslastung in den Jahren 2018 und 2022 im Bundesvergleich¹⁴¹

4.2 Die Krankenhausversorgung in Thüringen

Nachdem im Abschnitt 4.1 bereits ein bundesländerübergreifender Vergleich hinsichtlich stationären Versorgungskennzahlen vorgenommen wurde, widmet sich dieser Abschnitt einer eingehenderen Analyse der Versorgungskapazitäten und des Fallaufkommens in Thüringen. Betrachtet werden neben der Anzahl der Krankenhausstandorte und deren aufgestellten Betten (Abschnitt 4.2.1) die Entwicklungen der voll- und teilstationären Fälle, der Anteil der Notfälle am Gesamtleistungsvolumen sowie die Entwicklung der Verweildauern auf der Bundeslandebene (Abschnitt 4.2.2). Im Abschnitt 4.2.3 erfolgt dann eine detaillierte Darstellung der Entwicklungen auf der Ebene der einzelnen Leistungsbereiche. Zuletzt wird im Abschnitt 4.2.4 auf die Patientenströme von und nach Thüringen eingegangen. Betrachtungszeitraum sind jeweils die Jahre 2018 bis 2022.

4.2.1 Strukturen der stationären Versorgung in Thüringen

Im Abschnitt 1.4 wurde dargestellt, dass im 7. Krankenhausplan von Thüringen 43 Krankenhäuser ausgewiesen sind. Da ein Krankenhaus mehrere Standorte oder Einrichtungen¹⁴² umfassen kann, betrug die An-

¹⁴¹ Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

¹⁴² Gemäß der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG ist ein Krankenhausstandort ein Krankenhaus selbst oder Teil eines Krankenhauses mit mindestens einer fachlichen Organisationseinheit. An diesem Standort findet die unmittelbare medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten statt. Die Versorgung kann vor- und nachstationär, voll- und teilstationär sowie ambulant erbracht werden. Ein Standort ist dabei ein räumlich eindeutig beschreibbarer Ort, der über eine Geokoordinate beschrieben wird.

zahl der Krankenhausstandorte in Thüringen im selben Jahr 73. An 19 dieser Standorte wurden ausschließlich teilstationäre Fälle erbracht.¹⁴³ An den restlichen 54 wurden vollstationäre oder voll- und teilstationäre Fälle versorgt. Auf diese 54 Standorte wird im Folgenden näher eingegangen.

In Abbildung 9 ist zum einen dargestellt, wie viele Betten die einzelnen Standorte laut den Angaben der strukturierten Qualitätsberichte im Jahr 2021 ausgewiesen haben, und zum anderen angegeben, ob sie sich zu diesem Zeitpunkt in freigemeinnütziger, öffentlicher oder privater Trägerschaft¹⁴⁴ befanden.

Es wird deutlich, dass die Anzahl der Betten zwischen den Standorten deutlich variiert. Gemessen an der Anzahl an Betten wies der kleinste Standort lediglich 30 Betten auf, wohingegen der größte Standort über 1.261 Betten verfügte.¹⁴⁵ Insgesamt wurden in den strukturierten Qualitätsberichten 15.331 Betten¹⁴⁶ ausgewiesen. Diese Anzahl weicht von der Anzahl der sogenannten Planbetten (14.610 vollstationäre und 778 teilstationäre), die im 7. Krankenhausplan von Thüringen ausgewiesen wurden, ab (Abschnitt 1.4). Dies liegt daran, dass es sich bei der Anzahl der in den strukturierten Qualitätsberichten ausgewiesenen Betten um die betriebsbereit aufgestellten Betten des Krankenhausstandorts handelt.

Anhand von Abbildung 9 ist zudem ersichtlich, dass sich unter den fünf Standorten mit den meisten Betten drei in privater und zwei in öffentlicher Trägerschaft befinden. Insgesamt sind 22 Standorte in privater (rund 41 %), 20 in öffentlicher (rund 37 %) und 12 in freigemeinnütziger (rund 22 %) Trägerschaft.

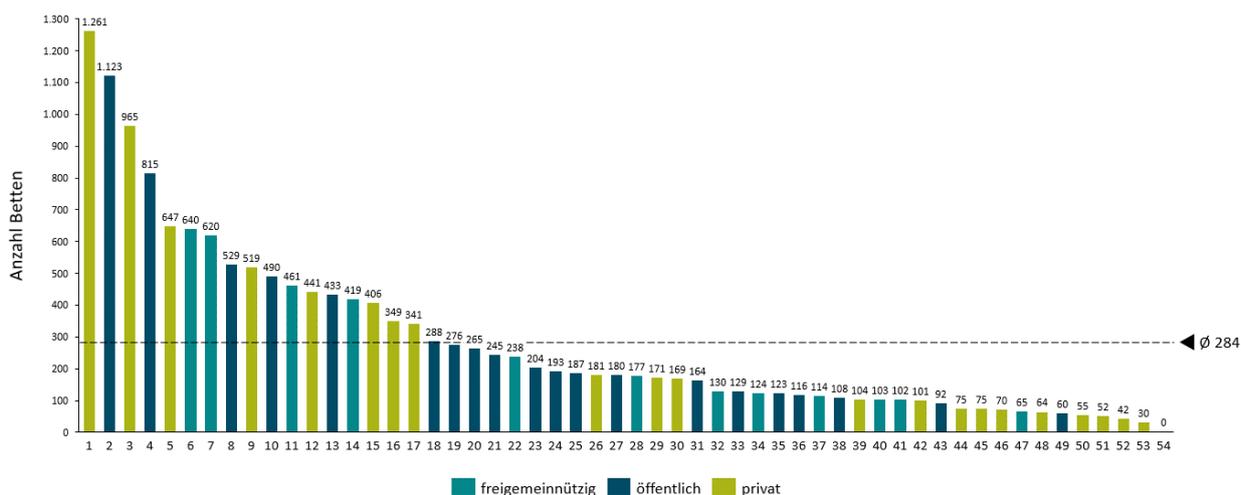


Abbildung 9: Aufgestellte Betten gemäß den strukturierten Qualitätsberichten je Krankenhausstandort¹⁴⁷ nach Trägerschaft für das Jahr 2021¹⁴⁸

¹⁴³ Hierbei handelt es sich größtenteils um Einrichtungen, die psychiatrische und/oder psychosomatische sowie geriatrische Patientinnen und Patienten teilstationär versorgen (Tageskliniken).

¹⁴⁴ Hinter dem Betrieb eines Krankenhauses steht der Krankenträger. Im Sinne des Gesetzgebers ist ein Träger eine natürliche oder juristische Person, die für den Betrieb oder die Bewirtschaftung eines Krankenhauses zuständig ist.

¹⁴⁵ Für einen Standort liegen keine Betten gemäß der strukturierten Qualitätsberichte 2021 vor.

¹⁴⁶ In den Qualitätsberichten werden häufig sowohl voll- als auch teilstationäre Betten/Plätze gemeinsam ausgewiesen.

¹⁴⁷ Alle Standorte mit vollstationären DRG- und PEPP-Fällen im Jahr 2022.

¹⁴⁸ Eigene Darstellung auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Jahr 2021.

4.2.2 Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle in Thüringen von 2018 bis 2022

An den im Abschnitt 4.2.1 genannten 54 Krankenhausstandorten in Thüringen wurden im Jahr 2022 rund eine halbe Million beziehungsweise 503.232 vollstationäre Fälle behandelt. Im Jahr 2018 waren es noch 588.069. Somit ist die Anzahl der vollstationären Fälle in Thüringen in diesem Zeitraum um rund 14 % gesunken (Abbildung 10).

Der stärkste Rückgang fand dabei zwischen den Jahren 2019 und 2020 statt (-13 %). Aber auch von 2020 auf 2021 ist die Fallzahl weiter gesunken. Zurückführen lässt sich dies zu großen Teilen auf die COVID-19-Pandemie. Um Behandlungskapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten und die Ausbreitung des Virus einzudämmen, wurden insbesondere zu Beginn der COVID-19-Pandemie Maßnahmen ergriffen, die sich reduzierend auf die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen ausgewirkt haben.

Zudem verzeichneten die Krankenhäuser zeitweise einen hohen Krankenstand beim Personal, was sich zusätzlich negativ auf die Fallzahlentwicklung ausgewirkt hat. Deutschlandweit betrug der Fallzahlrückgang zwischen 2019 und 2020 rund 14 %.¹⁴⁹ Somit lässt sich feststellen, dass die Fälle in Thüringen etwas weniger stark rückläufig waren.

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 von vor der COVID-19-Pandemie erreichen wird. Wie im Abschnitt 4.2.3 gezeigt wird, gab es bei den Fallzahlrückgängen für die einzelnen Leistungsbereiche allerdings teils deutliche Unterschiede. In einigen Leistungsbereichen wurde im Jahr 2022 das Fallzahlniveau von 2018 bereits wieder erreicht beziehungsweise sogar übertroffen (Anhang Kapitel 4 – Tabelle III).

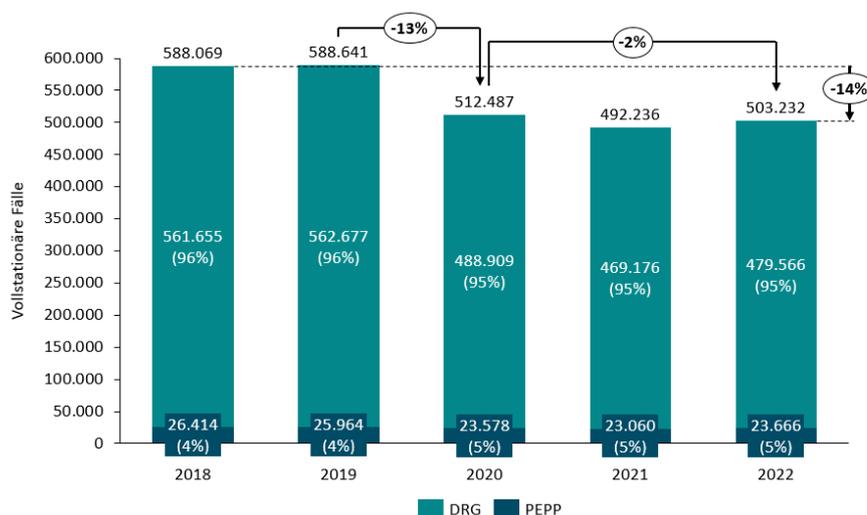


Abbildung 10: Entwicklung der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Thüringen von 2018 bis 2022¹⁵⁰

¹⁴⁹ Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

¹⁵⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Bei Betrachtung der teilstationären Fallzahlen der Jahre 2018 bis 2022, die in Abbildung 11 dargestellt sind, fällt auf, dass der Fallzahlrückgang prozentual deutlich höher ausfiel. Insgesamt betrug er im Betrachtungszeitraum rund 28 %.

Anders als bei den vollstationären Fällen ist die Fallzahl von 2021 auf 2022 nicht wieder angestiegen, sondern um weitere 3 % gesunken. Allerdings gilt dies nur bei gemeinsamer Betrachtung der DRG- und PEPP-Fälle. Bei ausschließlicher Betrachtung der PEPP-Fälle wird deutlich, dass diese wieder angestiegen sind und im Jahr 2022 fast wieder das Prä-COVID-19-Niveau erreicht haben.

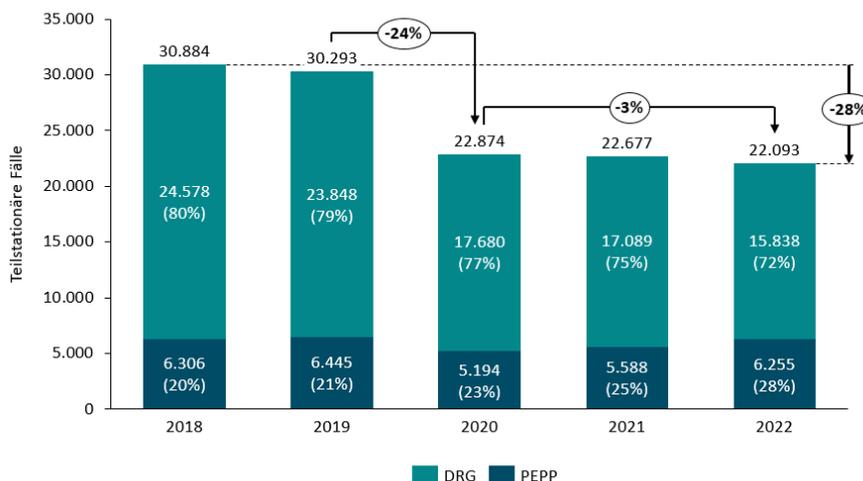


Abbildung 11: Entwicklung der teilstationären DRG- und PEPP-Fälle in Thüringen von 2018 bis 2022¹⁵¹

Da die teilstationären Fälle nur einen geringen Anteil am gesamten Fallzahlvolumen ausmachen, liegt der Fokus der folgenden Analysen auf dem vollstationären Bereich. Nur in einzelnen Abschnitten (Abschnitt 6.6 und Abschnitt 6.7) des Gutachtens wird genauer auf die teilstationären Fälle eingegangen.

In Abbildung 12 ist die Entwicklung der vollstationären Fälle zwischen den Jahren 2018 und 2022 differenziert nach den Aufnahmeanlässen „Notfall“ und „Einweisung durch einen Arzt“ (hier: Elektivfälle) beziehungsweise weitere Aufnahmeanlässe¹⁵² (hier: weitere Fälle) gemäß § 21-KHEntgG-Datensatz dargestellt.

Erwartungsgemäß ist die Anzahl der Notfälle im Zuge der COVID-19-Pandemie weniger stark rückläufig gewesen als die Anzahl der Elektiv- und weiteren Fälle. So sind die Notfälle zwischen 2019 und 2020 um 10 % gesunken und die Elektiv- und weiteren Fälle um 15 %. Nachdem die Fallzahlen in beiden Bereichen bis 2021 weiter gesunken sind, hat im folgenden Jahr ein leichter Anstieg stattgefunden. Dennoch lagen die Fallzahlen im Jahr 2022 bei den Elektiv- und weiteren Fällen weiterhin unter dem Niveau von 2020. Die Anzahl der Notfälle hat das Niveau hingegen leicht übertroffen. Jedoch lagen die Fallzahlen damit immer noch unter dem Niveau von 2018.

Zudem wird anhand von Abbildung 12 deutlich, dass es im Jahr 2018 noch mehr Elektiv- und weitere Fälle (53 %) als Notfälle (47 %) gab. Seit 2020 haben sich die Fallzahlen der zwei Bereiche jedoch immer mehr angeglichen, sodass die Notfälle im Jahr 2020 schließlich etwas mehr als die Hälfte des gesamten Fallaufkommens ausmachten.

¹⁵¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

¹⁵² Zu den weiteren Aufnahmeanlässen zählen gemäß § 21-KHEntgG-Datensatz: Geburt, Verlegung und Verlegung mit Behandlungsdauer kleiner 24 Stunden.

Die Analyse der Aufnahmeanlassmerkmale aus den § 21-KHEntgG-Daten ist jedoch nur eingeschränkt belastbar. Abhängig von den Einweiser- und Aufnahmestrukturen der einzelnen Krankenhäuser kann es für ähnliche Fallkonstellationen sowohl die Bewertung als Elektiv- als auch Notfall geben.

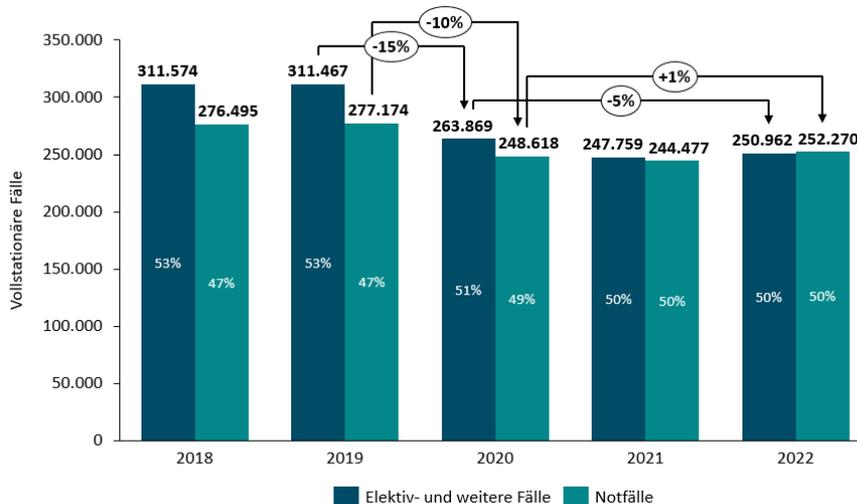


Abbildung 12: Entwicklung der vollstationären Fälle in Thüringen differenziert nach Aufnahmeanlass von 2018 bis 2022¹⁵³

Neben der reinen Anzahl der Fälle ist die Verweildauer ein wichtiger Parameter zur Bestimmung der Auslastung der aufgestellten Betten. Abbildung 13 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle für die Jahre 2018 bis 2022. In beiden Bereichen hat sich die durchschnittliche Verweildauer auf einem relativ konstanten Niveau eingependelt. Bei den DRG-Fällen lag sie im Jahr 2022 bei rund 6,2 Tagen und bei den PEPP-Fällen bei rund 27,0 Tagen. Somit hatte die COVID-19-Pandemie auf der aggregierten Auswertungsebene keinen erkennbaren Einfluss auf die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle.

Bei gemeinsamer Betrachtung der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle würde sich eine durchschnittliche Verweildauer von rund 7,2 Tagen ergeben. Dieser Wert entspricht auch dem bundesweiten Durchschnitt.¹⁵⁴

¹⁵³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

¹⁵⁴ Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

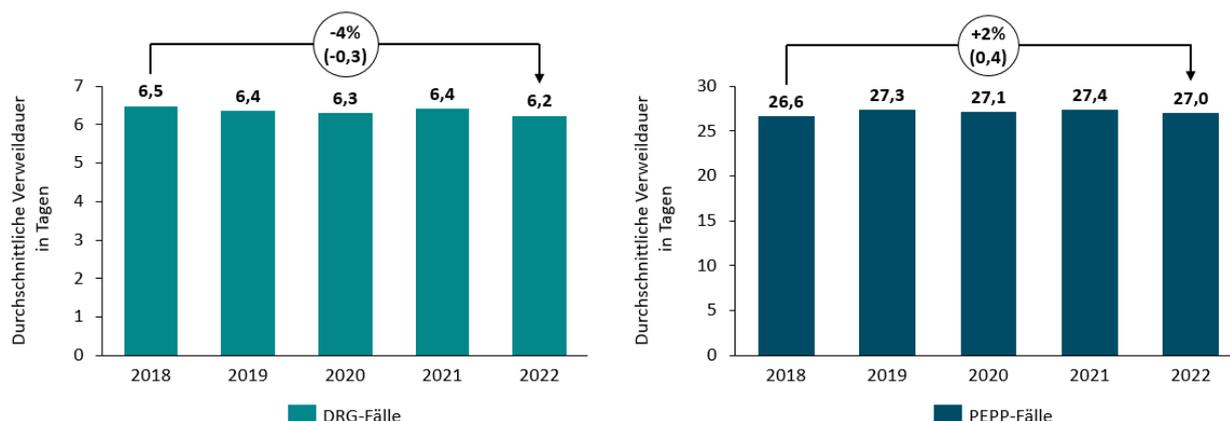


Abbildung 13: Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Thüringen von 2018 bis 2022¹⁵⁵

Da die Verweildauer im Zeitraum von 2018 bis 2022 auf einem relativ konstanten Niveau geblieben, die Fallzahl jedoch signifikant gesunken ist (Abbildung 10), kann davon ausgegangen werden, dass die Auslastung der zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten rückläufig war.¹⁵⁶

4.2.3 Analyse der vollstationären Fälle auf Basis der NRW-Leistungsbereiche von 2018 bis 2022

Im Abschnitt 4.2.2 wurde das Fallaufkommen der Jahre 2018 bis 2022 in Thüringen gesamthaft betrachtet. In diesem Abschnitt wird nun ein detaillierterer Blick auf die Entwicklungen der vollstationären Fälle in den einzelnen Leistungsbereichen geworfen.^{157/158} 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 definitiven Spezifikationen der fünf somatischen Leistungsgruppen vor, die im Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) zusätzlich zu den bestehenden somatischen Leistungsgruppen aus NRW 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. Etwaige Implikationen auf die Krankenhausplanung sollten nach Vorliegen der finalen Spezifikationen überprüft werden.

Insgesamt sind im Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2018 rund 14 % weniger vollstationäre Fälle in thüringischen Krankenhäusern aufgetreten, was einem Rückgang von etwa 85.400 Fällen entspricht. Allerdings gibt es in den einzelnen Leistungsbereichen teils deutliche Unterschiede, wie Tabelle 1 verdeutlicht.

¹⁵⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

¹⁵⁶ Wie im Abschnitt 4.1 dargestellt wurde, ist die Anzahl der aufgestellten Betten zwischen 2018 und 2022 nur um 4 % gesunken.

¹⁵⁷ Die Analyseergebnisse für die teilstationären Fälle sowie für die Ebene der Leistungsgruppen befinden sich in tabellarischer Form im Anhang.

¹⁵⁸ Die definitorische Zuordnung der einzelnen Gruppen im vorliegenden Gutachten folgt der im Krankenhausplan veröffentlichten Leistungsgruppendefinition des Landes Nordrhein-Westfalen. Eine detaillierte Übersicht zu allen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen ist auf der Internetseite zum neuen Krankenhausplan 2022 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) zu finden. Siehe MAGS (2022): Neuer Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen, <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

Den stärksten prozentualen Rückgang mit rund 31 % gab es im LB „18 - Haut- und Geschlechtskrankheiten“. Auffällig ist, dass die Fallzahlen auch in einigen chirurgischen Leistungsbereichen um rund ein Viertel zurückgegangen sind („10 - Kinder- und Jugendchirurgie“, „13 – Herzchirurgie“ und „15 – Thoraxchirurgie“).

Der höchste nominelle Fallzahlrückgang in Höhe von etwa 35.250 Fällen entfiel auf den fallzahlstärksten LB „01 - Inneren Medizin“, gefolgt vom LB „09 – Allgemeinen Chirurgie“. Hier betrug der Rückgang rund 19.200 Fälle im Betrachtungszeitraum.

Fast eine Verdopplung der Fallzahl hat im LB „07 - Hämatologie und Onkologie“ stattgefunden und auch in den LB „03 – Gastroenterologie“ und „04 – Nephrologie“ gab es einen deutlichen prozentualen Anstieg bei der Anzahl der Fälle. Da das Fallzahlvolumen insbesondere im LB „07 – Hämatologie und Onkologie“ jedoch verhältnismäßig gering ist, fällt der absolute Anstieg insgesamt kaum ins Gewicht. Eine Diskussion über die Ursachen hierfür erfolgt in Kapitel 5.

Tabelle 1: Entwicklung der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsbereichen von 2018 bis 2022¹⁵⁹

Leistungsbereich	Vollstationäre Fälle					Veränderung 2018 vs. 2022	
	2018	2019	2020	2021	2022	Nominal	Prozent
01 Allgemeine Innere Medizin	168.039	166.918	139.232	132.436	132.793	-35.246	-21%
02 Endokrinologie und Diabetologie	0	0	1	0	0	0	-
03 Gastroenterologie	6.874	6.179	7.452	9.242	9.068	2.194	32%
04 Nephrologie	3.526	3.624	4.100	4.155	4.031	505	14%
05 Pneumologie	0	366	3.174	3.938	4.540	4.540	-
06 Rheumatologie	0	0	0	676	853	853	-
07 Hämatologie und Onkologie	1.028	915	953	885	1.978	950	92%
08 Kardiologie	26.270	27.416	25.084	24.705	25.580	-690	-3%
09 Allgemeine Chirurgie	112.968	111.525	96.288	90.229	93.752	-19.216	-17%
10 Kinder- und Jugendchirurgie	3.249	3.088	2.645	2.487	2.445	-804	-25%
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	-	-	-	-	-	-	-
12 Gefäßchirurgie	3.327	3.319	2.963	2.859	3.084	-243	-7%
13 Herzchirurgie	1.589	1.621	1.379	1.145	1.194	-395	-25%
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	19.427	20.268	18.497	17.693	19.141	-286	-1%
15 Thoraxchirurgie	571	590	548	396	436	-135	-24%
16 Viszeralchirurgie	1.640	1.812	1.614	1.562	1.562	-78	-5%
17 Augenheilkunde	11.797	12.443	10.281	9.388	10.235	-1.562	-13%
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	8.983	9.373	7.636	6.783	6.243	-2.740	-31%
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	4.078	4.098	3.525	3.176	3.372	-706	-17%
20 Urologie	26.940	28.246	26.007	25.082	25.824	-1.116	-4%
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	54.134	54.449	48.163	45.163	42.679	-11.455	-21%
22 Neonatologie	456	428	413	366	358	-98	-21%
23 Kinder- und Jugendmedizin	29.486	29.312	21.855	22.192	24.775	-4.711	-16%
24 HNO	17.702	17.870	14.126	11.759	13.109	-4.593	-26%
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	4.241	4.197	3.924	3.791	3.767	-474	-11%
26 Neurologie	31.847	31.571	27.680	27.573	28.320	-3.527	-11%
27 Geriatrie	10.377	10.282	8.484	8.076	8.211	-2.166	-21%
29 Palliativmedizin	2.001	1.900	1.859	1.753	2.097	96	5%
30 Transplantation solider Organe	138	132	123	128	114	-24	-17%
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	24.115	23.722	21.430	20.893	21.411	-2.704	-11%
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	2.298	2.237	2.100	2.117	2.186	-112	-5%
40 Rest/Sonstige	10.968	10.740	10.951	11.588	10.074	-894	-8%
Gesamtergebnis	588.069	588.641	512.487	492.236	503.232	-84.837	-14%

¹⁵⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

In Tabelle 2 ist die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer je Leistungsbereich dargestellt. Wie bereits im Abschnitt 4.2.2 erwähnt, betrug die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2022 über alle Leistungsbereiche in Thüringen 7,2 Tage. Im Jahr 2018 waren es noch 0,2 Tage mehr. Bei Betrachtung der einzelnen Leistungsbereiche zeigt sich, wie auch bei der Fallzahlentwicklung, ein heterogenes Bild.

Der stärkste prozentuale und nominale Rückgang fand im LB „30 - Transplantation solider Organe“ statt. Im Betrachtungszeitraum ist die durchschnittliche Verweildauer um 10,1 Tage beziehungsweise um rund ein Fünftel gesunken. Allerdings handelt es sich hierbei um einen Leistungsbereich mit nur wenigen Fällen pro Jahr, sodass einzelne Ausreißer einen großen Einfluss auf den Durchschnittswert haben. Gleiches gilt etwa für die LB „07 - Hämatologie und Onkologie“ und „13 - Herzchirurgie“.

Im - auf die Fallzahl bezogen - größten LB „01 - Allgemeine Innere Medizin“ ist die durchschnittliche Verweildauer um rund 1,5 % gesunken, was nominal lediglich rund 0,1 Tagen entspricht.

Tabelle 2: Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsbereichen von 2018 bis 2022¹⁶⁰

Leistungsbereich	Durchschnittliche Verweildauer					Veränderung 2018 vs. 2022	
	2018	2019	2020	2021	2022	Nominal	Prozent
01 Allgemeine Innere Medizin	6,1	6,1	6,0	6,3	6,1	-0,1	-1,5 %
02 Endokrinologie und Diabetologie	-	-	5,0	-	-	-	-
03 Gastroenterologie	5,9	6,2	5,9	6,4	6,1	0,1	2,4 %
04 Nephrologie	8,5	7,9	7,6	7,5	7,0	-1,5	-17,2 %
05 Pneumologie	-	6,8	6,3	6,4	6,1	-	-
06 Rheumatologie	-	-	-	13,6	13,7	-	-
07 Hämatologie und Onkologie	14,4	16,3	15,0	16,0	11,6	-2,9	-19,8 %
08 Kardiologie	6,3	6,3	6,0	5,9	5,7	-0,6	-9,3 %
09 Allgemeine Chirurgie	6,0	5,9	5,8	5,9	5,7	-0,3	-5,3 %
10 Kinder- und Jugendchirurgie	3,5	3,5	3,2	3,2	3,2	-0,2	-6,5 %
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	-	-	-	-	-	-	-
12 Gefäßchirurgie	14,2	14,0	13,3	12,9	13,0	-1,2	-8,6 %
13 Herzchirurgie	19,4	19,3	17,2	16,1	15,6	-3,8	-19,7 %
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	10,5	10,2	9,5	9,4	9,1	-1,4	-13,3 %
15 Thoraxchirurgie	17,4	16,7	17,4	15,6	15,1	-2,3	-13,3 %
16 Viszeralchirurgie	19,7	16,9	17,2	17,5	17,7	-2,1	-10,5 %
17 Augenheilkunde	2,8	2,7	2,6	2,5	2,5	-0,4	-12,7 %
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	7,8	7,7	7,7	7,8	8,2	0,5	5,9 %
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	6,1	5,9	5,5	5,6	5,1	-1,0	-17,1 %
20 Urologie	5,2	5,1	4,9	4,7	4,7	-0,5	-10,1 %
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3,8	3,8	3,6	3,6	3,6	-0,3	-6,7 %
22 Neonatologie	34,3	34,9	34,4	39,8	35,6	1,4	4,0 %
23 Kinder- und Jugendmedizin	3,6	3,5	3,7	3,7	3,6	-0,1	-1,7 %
24 HNO	4,3	4,3	4,2	4,3	4,0	-0,2	-5,7 %
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	8,3	7,6	7,6	7,7	7,4	-0,9	-10,6 %
26 Neurologie	8,7	8,5	8,7	8,6	8,7	-0,1	-0,8 %
27 Geriatrie	21,0	20,9	20,7	20,8	20,1	-0,9	-4,3 %
29 Palliativmedizin	16,2	17,3	16,7	16,4	15,3	-0,9	-5,7 %
30 Transplantation solider Organe	48,8	41,1	32,9	36,5	38,7	-10,1	-20,7 %
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	25,2	26,0	25,6	25,9	25,8	0,5	2,1 %
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	40,7	41,4	41,8	41,1	38,7	-1,9	-4,8 %
40 Rest/Sonstige	8,6	8,4	8,3	9,1	8,6	0,0	0,3 %
Gesamtergebnis	7,4	7,3	7,3	7,4	7,2	-0,2	-2,4 %

Zur Bewertung der Versorgungssituation in einer Region spielt auch die Erreichbarkeit medizinischer Leistungen eine wesentliche Rolle. Daher ist in Tabelle 3 die durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit in Minuten zwischen dem Wohn- und Behandlungsort der Patientinnen und Patienten¹⁶¹ nach Leistungsbereichen je Landkreis für das Jahr 2022 dargestellt. Das Vorgehen zur Bestimmung der tatsächlichen Fahrzeit zwischen dem Wohn- und Behandlungsort ist im Kapitel 3 dargestellt.

¹⁶⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

¹⁶¹ Betrachtet werden ausschließlich Patientinnen und Patienten, die ihren Wohn- und Behandlungsort in Thüringen hatten.

Es ist ersichtlich, dass die durchschnittliche Fahrzeit zwischen dem Wohn- und Behandlungsort zwischen den einzelnen Landkreisen schwankt. So benötigten die Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Gera durchschnittlich rund 13 Minuten zum Ort ihrer Behandlung. Für die Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis Saale-Orla-Kreis waren die tatsächlichen Fahrzeiten durchschnittlich mit rund 35 Minuten am längsten. Für einzelne Leistungsbereiche liegt sie jedoch deutlich höher.

Durchschnittlich am längsten fahren diejenigen Patientinnen und Patienten, die Leistungen aus dem LB „06 - Rheumatologie“ benötigten. Für die im Landkreis Eichsfeld wohnhaften Patientinnen und Patienten betrug die Fahrzeit zum Behandlungsort in Thüringen beispielsweise durchschnittlich über zwei Stunden.

Im Durchschnitt am kürzesten fahren die Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung erhielten, die dem LB „01 - Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet werden kann. Patientinnen und Patienten aus Gera benötigten im Schnitt nur 11 Minuten, Patientinnen und Patienten aus den Landkreisen Kyffhäuserkreis, Saale-Orla-Kreis und Saalfeld-Rudolstadt 26 Minuten. Insgesamt betrug die durchschnittliche Fahrzeit über alle Landkreise und kreisfreien Städte hinweg in diesem Leistungsbereich rund 19 Minuten.

Tabelle 3 verdeutlicht, dass die Leistungen der Grundversorgung (hierzu werden in diesem Gutachten die Leistungen, die den LB „01 - Allgemeine Innere Medizin“ und dem LB „09 - Allgemeine Chirurgie“ zugeordnet werden, gezählt) in allen Landkreisen durchschnittlich innerhalb von 30 Minuten durch die Patientinnen und Patienten erreicht wurden. Auch die Versorger des LB „21 - Frauenheilkunde und Geburtsmedizin“ und des LB „23 - Kinder und Jugendmedizin“ wurden in den meisten Landkreisen in durchschnittlich unter 40 Minuten erreicht. Längere Fahrzeiten fielen dabei jedoch für die Patientinnen und Patienten aus den Landkreisen Saale-Orla-Kreis und Sonneberg an.

Detaillierte Analysen und Beschreibungen ausgewählter Leistungsbereiche beziehungsweise -gruppen befinden sich im Kapitel 6.

Tabelle 3: Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort nach NRW-Leistungsbereichen im Jahr 2022¹⁶²

Leistungsbereich	Altenburger Land	Eichsfeld	Erfurt, Stadt	Gera, Stadt	Gotha	Greiz	Hildburghausen	Ilm-Kreis	Jena, Stadt	Kyffhäuserkreis	Nordhausen	Saale-Holzland-Kreis	Saale-Orla-Kreis	Saalfeld-Rudolstadt	Schmalkalden-Meiningen	Sömmerda	Sonneberg	Suhl, Stadt	Unstrut-Hainich-Kreis	Wartburg-Kreis	Weimar, Stadt	Weimarer Land	Thüringen
01 Allgemeine Innere Medizin	16	25	15	11	16	23	22	18	15	26	16	21	26	26	20	23	20	17	19	20	14	20	19
02 Endokrinologie und Diabetologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03 Gastroenterologie	51	20	11	32	41	48	28	35	9	57	67	21	41	62	32	27	63	11	59	75	30	35	21
04 Nephrologie	50	55	17	28	43	43	83	47	9	48	15	21	45	63	83	36	99	65	81	72	28	36	27
05 Pneumologie	59	91	11	29	35	44	32	33	9	46	82	22	39	68	42	25	47	12	55	66	30	41	25
06 Rheumatologie	90	131	59	69	67	84	90	53	53	91	117	52	58	27	88	72	82	74	107	90	50	53	63
07 Hämatologie und Onkologie	21	50	16	14	29	37	70	38	9	47	27	22	40	44	54	32	93	53	48	48	14	32	33
08 Kardiologie	19	23	14	13	18	25	21	28	11	40	35	26	46	36	25	23	30	13	34	23	16	29	23
09 Allgemeine Chirurgie	17	28	15	14	18	25	30	23	16	28	22	21	29	29	25	26	27	18	22	25	15	20	22
10 Kinder- und Jugendchirurgie	40	86	13	30	37	44	35	34	11	51	71	21	43	65	44	28	55	17	56	69	26	35	28
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 Gefäßchirurgie	21	29	14	12	40	27	41	27	11	43	38	23	44	32	35	30	26	14	25	24	19	22	27
13 Herzchirurgie	50	106	34	39	46	55	65	41	11	70	86	27	47	59	76	45	90	65	82	67	22	33	48
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	31	37	22	17	23	30	38	29	25	38	25	26	42	38	32	33	40	21	34	38	21	28	30
15 Thoraxchirurgie	22	47	18	11	43	37	47	40	12	46	17	28	47	40	75	29	93	39	45	59	25	28	33
16 Viszeralchirurgie	19	46	18	12	23	27	66	37	16	38	52	25	39	29	40	34	66	37	46	37	14	27	30
17 Augenheilkunde	37	40	15	12	39	32	31	35	10	40	14	24	42	63	46	30	51	13	57	64	29	35	31
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	41	56	17	11	41	36	80	39	11	49	20	29	42	35	78	35	83	60	63	72	33	36	35
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	50	88	14	29	39	48	34	36	10	55	54	22	43	47	44	33	55	10	60	65	29	35	34
20 Urologie	37	32	13	11	18	24	32	21	12	49	19	27	44	28	29	33	49	14	34	25	27	32	26
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16	27	14	11	19	30	34	24	13	28	16	26	42	32	29	24	27	15	25	21	13	21	22
22 Neonatologie	37	26	14	18	34	45	34	31	10	41	12	20	41	38	40	37	56	28	48	26	18	25	28
23 Kinder- und Jugendmedizin	15	21	14	12	20	32	36	24	14	39	15	25	43	33	28	25	59	15	25	21	14	24	22
24 HNO	36	43	14	11	36	32	35	27	13	42	15	25	43	49	39	31	51	14	60	35	14	31	30
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	63	54	14	42	38	49	50	41	11	48	14	26	47	61	28	31	83	40	61	63	24	32	34
26 Neurologie	15	38	19	15	22	36	21	41	14	51	21	22	46	64	28	36	52	17	27	24	14	28	26
27 Geriatrie	32	32	18	18	48	41	23	39	14	25	32	34	48	30	27	39	56	30	27	63	32	42	32
29 Palliativmedizin	40	46	13	12	41	33	36	35	10	41	12	24	51	58	25	31	80	12	54	58	24	28	24
30 Transplantation solider Organe	58	111	34	20	49	45	103	44	5	68	95	23	46	72	89	48	103	67	77	73	26	36	51
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	14	47	18	15	56	40	21	55	14	64	21	22	39	30	50	56	52	39	22	38	15	30	31
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	50	43	20	28	58	44	20	41	13	47	16	23	40	65	66	55	46	41	24	64	29	35	38
40 Rest/Sonstige	21	28	13	14	37	34	28	28	12	37	20	22	35	49	34	26	40	28	31	35	18	26	27
Durchschnittliche Fahrzeit	18	29	15	13	22	28	28	25	14	34	19	23	35	33	28	28	30	17	27	27	16	24	24

¹⁶² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntg-Datensätze der jeweiligen Jahre.

4.2.4 Patientenwanderung

In den vorangegangenen Abschnitten wurde auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten das Fallaufkommen in Thüringen analysiert, dies bedeutet, dass alle Fälle betrachtet wurden, die in thüringischen Krankenhäusern behandelt wurden, unabhängig vom Wohnort der Patientinnen und Patienten. Nicht betrachtet wurden demnach Patientinnen und Patienten, die zwar in Thüringen wohnen, aber in einem anderen Bundesland behandelt wurden. Daher werden in diesem Abschnitt die Patientenströme aus und nach Thüringen untersucht. Dabei wird zwischen Einpendlern und Auspendlern unterschieden.

Unter Einpendlern werden Patientinnen und Patienten verstanden, die ihren Wohnort in einem anderen Bundesland¹⁶³ haben, jedoch in thüringischen Krankenhäusern behandelt wurden. Unter Auspendlern werden in diesem Gutachten Patientinnen und Patienten zusammengefasst, die in Thüringen wohnhaft sind, aber in einem anderen Bundesland stationär behandelt wurden. Grundlage für die Auswertungen ist die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Krankenhausstatistik für das Jahr 2022.¹⁶⁴

Abbildung 14 stellt das Verhältnis zwischen Ein- und Auspendlern für das Jahr 2022 dar. Insgesamt wurden 51.474 vollstationäre Patientinnen und Patienten aus Thüringen durch Krankenhäuser in anderen Bundesländern versorgt, davon der größte Teil im benachbarten Bayern (14.182 Fälle) gefolgt von Sachsen (11.670 Fälle).

Im Gegenzug wurden allerdings auch 42.701 Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb Thüringens in thüringischen Krankenhäusern versorgt. Wodurch sich aus thüringischer Sicht ein negativer Pendlersaldo von 8.773 Fällen ergibt. Die meisten Einpendler kamen aus dem Nachbarbundesland Sachsen-Anhalt (12.153 Fälle).

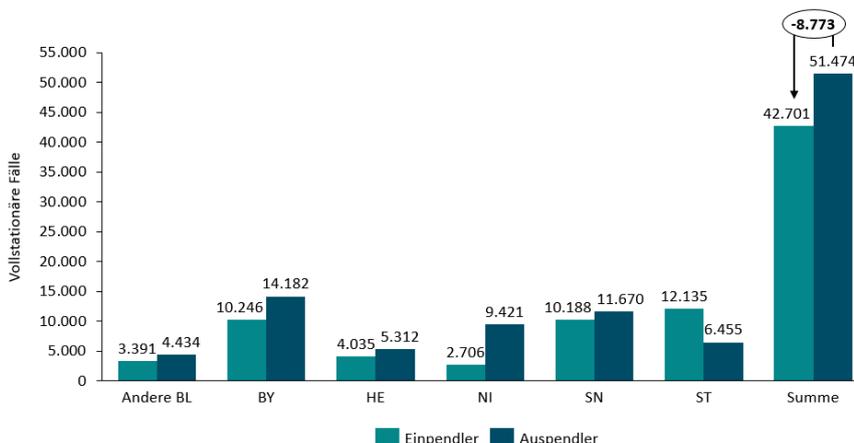


Abbildung 14: Anzahl der ein- und auspendelnden vollstationären Patientinnen und Patienten im Jahr 2022^{165/166}

¹⁶³ Zusätzlich wurden im Jahr 2022 in Thüringen rund 800 Patientinnen und Patienten mit Wohnort Ausland oder Unbekannt behandelt.

¹⁶⁴ Statistisches Bundesamt (2023): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, www.gbe-bund.de, zuletzt abgerufen am 12.03.24.

¹⁶⁵ Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2023): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, www.gbe-bund.de, zuletzt abgerufen am 12.03.24.

¹⁶⁶ Zu beachten ist, dass die Daten aus der hier verwendeten Krankenhausstatistik von den § 21-KHEntgG-Daten abweichen können. Zurückführen lässt sich dies unter anderem auf unterschiedliche Bericht- bzw. Datenstände.

5 Prognose

Die Methodik zur Bestimmung der zukünftig zu erwartenden vollstationären Fälle in Thüringen wird im Kapitel 3 beschrieben. Im Folgenden wird die Prognose der vollstationären Fälle differenziert nach Leistungsgruppen bis zum Jahr 2030 dargestellt. In einem ersten Schritt erfolgt diese auf Basis der Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Thüringen und in einem zweiten Schritt anhand der in Thüringen behandelten Patientinnen und Patienten, unabhängig von deren Wohnort.

Die Ergebnisse der Prognose basieren vorrangig auf drei wesentlichen Faktoren:

1. der demografischen Entwicklung gemäß der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung Thüringen,
2. der möglichen Verlagerung vollstationärer Fälle in den ambulanten Bereich, entsprechend den für konservative Leistungsgruppen in der Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalens angewendeten Parametern, ergänzt um zusätzliche Faktoren für die Ambulantisierung, die sich aus der Methodik des „Gutachtens nach § 115b Absatz 1a SGB V“¹⁶⁷ des IGES-Instituts ableiten,
3. den vollstationären Erkrankungsinzidenzen aus den Jahren 2019 und 2022 für Thüringen.

Als Ausgangspunkt für die Prognose werden, wie im Kapitel 3 beschrieben, die vollstationären Fälle der in Thüringen wohnhaften Personen aus den Jahren 2019 und 2022 verwendet. Für die Einwohnerinnen und Einwohner von Thüringen, die in anderen Bundesländern behandelt wurden, werden statistische Durchschnittsannahmen herangezogen, da den Gutachtenden keine Behandlungsdaten auf der Ebene der Leistungsgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche für in anderen Bundesländern behandelte Fälle aus Thüringen vorliegen. Aus diesem Grund wird bei den nachfolgenden Fallzahlprognosen auf Ebene der Leistungsbereiche von Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Thüringen (Abschnitt 5.1 Tabelle 5), unabhängig vom tatsächlichen Behandlungsort, der Referenzwert aus dem Jahr 2022 als Erwartungswert bezeichnet. Dieser Erwartungswert ist, wie beschrieben, eine rein statistische Annahme der Verteilung der vollstationären Fälle der Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Thüringen auf die einzelnen Leistungsbereiche.

Sofern der Fokus auf Thüringen als Behandlungsort liegt und Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Wohnsitz betrachtet werden (Abschnitt 5.2 Tabelle 6), lässt sich die tatsächliche Anzahl der Fälle für das Jahr 2022 aus dem im Gutachten verwendeten § 21-KHEntgG-Datensatz als Referenzwert zum Prognosewert 2030 heranziehen.

Im Kontext des ambulanten Potenzials wird angenommen, dass das aus den Daten des Jahres 2022 errechnete Potenzial für ambulante Behandlungen erst im Jahr 2032 vollständig realisiert sein wird. Die Anteile der Ambulantisierung werden daher nur anteilig bis zum Jahr 2030 berücksichtigt. Zudem ist anzumerken, dass der Prozentsatz der Fälle, die tatsächlich ambulant behandelt werden können, sowohl von der vorhandenen ambulanten Behandlungsinfrastruktur im Krankenhaus als auch von der Attraktivität der Vergütung ambulanter Fälle beeinflusst wird.

¹⁶⁷ 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_objjs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

In den nachfolgenden Abschnitten wird detailliert erläutert, wie sich die ausgewählten Prognoseparameter auf die Entwicklung der Anzahl vollstationärer Fälle in Thüringen bis zum Jahr 2030, sowohl auf der Ebene der Wohnorte als auch auf der Ebene der Behandlungseinrichtungen, auswirken.

Es ist zu beachten, dass es sich bei den dargestellten Fallzahlen für das Jahr 2030 um Prognosewerte handelt, die mit entsprechenden Unschärfen verbunden sind. Insbesondere die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, welche Auswirkungen externe unvorhergesehene Ereignisse auf die Höhe der vollstationär behandelten Fälle haben können.

Weitere Einflüsse, wie der Fortschritt in der medizinischen Behandlung und die Schaffung von alternativen, nicht stationären Behandlungsangeboten, sind den Gutachtenden nicht abschließend bekannt beziehungsweise können nicht sicher prognostiziert werden. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Unsicherheiten beziehungsweise Spannweiten in den Vorhersagewerten mit zunehmender Länge des Vorhersagezeitraums zunehmen. Unabhängig von den dargestellten Unsicherheiten können die Prognosewerte jedoch Trends in der Entwicklung der Fallzahlen aufzeigen und das planerische Handeln lenken.

5.1 Prognose der vollstationären Fälle von in Thüringen wohnenden Patientinnen und Patienten bis 2030

Die für Thüringen ermittelten prozentualen Veränderungswerte der vollstationären Fälle zwischen 2022 und 2030 je Leistungsbereich sind in Tabelle 4 dargestellt. Die Berechnung der Veränderungswerte basiert auf den zu Beginn des Kapitels erläuterten drei Faktoren, jeweils einmal auf Basis der Erkrankungsinzidenzen des Jahres 2019 und des Jahres 2022, sowohl mit als auch ohne Einbeziehung der potenziellen Trends zur Ambulantisierung.

In Tabelle 4 sind die sich aus den beschriebenen Eingangsparametern ergebenden vier unterschiedlichen Szenarien für die Fallzahlentwicklung im Jahr 2030 abgebildet. Im Folgenden wird am Beispiel des LB „01 – Allgemeine Innere Medizin“ die Entwicklung und Lesart der Tabelle detailliert erläutert.

Wird als Ausgangsbasis für die Prognose die Inzidenz des Jahres 2019 gewählt und dabei angenommen, dass das ambulante Potenzial bis 2030 anteilig ausgeschöpft wird, ist ein Anstieg der Fallzahl um 12,1 % im Vergleich zum Jahr 2022 zu erwarten.

Wird hingegen die Inzidenz des Jahres 2022 als Ausgangsbasis gewählt, ist von einem Rückgang der Anzahl der vollstationären Fälle um 11,3 % auszugehen. Wenn dagegen das Ambulantisierungspotenzial nicht in die Prognosen miteinbezogen wird, bewegt sich die Veränderung bis zum Jahr 2030 zwischen einem Anstieg von 0,9 % (basierend auf den Inzidenzen des Jahres 2022) und einem Anstieg von 27,5 % (basierend auf den Inzidenzen des Jahres 2019). Die sich aus den Veränderungswerten ergebenden nominellen Fallzahlen für 2030 sind in Tabelle 5 und Tabelle 6 abgebildet, jeweils nach Wohn- und Behandlungsort.

Für Leistungsbereiche ohne dargestellte Veränderungswerte in Tabelle 4, wie zum Beispiel bei dem LB „02 – Endokrinologie und Diabetologie“, lagen keine Fälle in den nach den NRW-Leistungsgruppen gruppierten Daten gemäß §21-KHEntgG-Daten aus den Jahren 2019 und 2022 vor. Dies bedeutet jedoch nicht zwingend, dass keine endokrinologischen oder diabetologischen Fälle in Thüringen versorgt wurden. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass die versorgenden Krankenhäuser diesen Versorgungsbereich zum Beispiel in der Fachabteilung „Innere Medizin“ organisieren. Insbesondere im Bereich der Inneren Medizin¹⁶⁸

¹⁶⁸ Dies betrifft hauptsächlich die LB „01 – Allgemeine Innere Medizin“, „02 – Endokrinologie und Diabetologie“, „03 – Gastroenterologie“, „04 – Nephrologie“, „05 – Pneumologie“ und „06 – Rheumatologie“.

ist die organisatorische Entlassabteilung beziehungsweise der verwendete Fachabteilungsschlüssel entscheidend für die Zuordnung der Fälle zu den spezifischen NRW-Leistungsgruppen. Zudem lässt sich im Bereich der Inneren Medizin die hohe Varianz zwischen den prozentualen Veränderungswerten, basierend auf den Inzidenzen aus dem Jahr 2019 sowie dem Jahr 2022, zum Beispiel im LB „05 – Pneumologie und dem LB „06 – Rheumatologie“, auf den verwendeten Entlassabteilungsschlüssel des jeweiligen Krankenhauses zurückführen.

Beispielsweise wurden Fälle, die im Jahr 2022 anhand der verfügbaren Daten dem LB „05 – Pneumologie“ beziehungsweise dem LB „06 – Rheumatologie“ zugeordnet waren, im Jahr 2019 durch einen abweichenden Entlassabteilungsschlüssel des jeweiligen Krankenhauses, dem LB „01– Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet. Es sind in diesem Fall keine neuen Fälle beziehungsweise Versorgungsformen dazugekommen, die Fälle wurden nur durch die organisatorische Abgrenzung des Krankenhauses in einen anderen Leistungsbereich gemäß der Logik der NRW-Leistungsgruppen verschoben.

Tabelle 4: Prognose der prozentualen Entwicklung der Leistungsbereiche zwischen den Fallzahlerwartungswerten 2022 und 2030 (Wohnort der behandelten Patientinnen und Patienten: Thüringen)¹⁶⁹ nach NRW-Leistungsbereichen

Leistungsbereich	Prognose 2030 ,	Prognose 2030 ,	Prognose 2030 ,	Prognose 2030 ,
	inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2019	inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2022	ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019	ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2022
01 Allgemeine Innere Medizin	12,1 %	-11,3 %	27,5 %	0,9 %
02 Endokrinologie und Diabetologie	-	-	-	-
03 Gastroenterologie	-42,7 %	-14,2 %	-32,8 %	0,6 %
04 Nephrologie	-25,7 %	-14,0 %	-13,1 %	0,6 %
05 Pneumologie	-92,9 %	-17,3 %	-91,5 %	-0,4 %
06 Rheumatologie	-100,0 %	-5,5 %	-100,0 %	-5,0 %
07 Hämatologie und Onkologie	-54,8 %	0,7 %	-54,8 %	0,7 %
08 Kardiologie	-17,5 %	-23,0 %	10,4 %	2,1 %
09 Allgemeine Chirurgie	-5,6 %	-20,8 %	17,0 %	-1,8 %
10 Kinder- und Jugendchirurgie	-11,4 %	-27,6 %	14,0 %	-6,9 %
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	-	-	-	-
12 Gefäßchirurgie	8,3 %	-0,6 %	10,4 %	1,4 %
13 Herzchirurgie	46,4 %	1,5 %	46,4 %	1,5 %
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	7,4 %	1,0 %	7,4 %	1,0 %
15 Thoraxchirurgie	28,8 %	0,9 %	28,8 %	0,9 %
16 Viszeralchirurgie	9,9 %	-1,9 %	9,9 %	-1,9 %
17 Augenheilkunde	-2,5 %	-20,2 %	25,3 %	2,5 %
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	33,4 %	-12,7 %	52,8 %	-0,1 %
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2,8 %	-16,9 %	20,7 %	-2,4 %
20 Urologie	-15,8 %	-23,0 %	11,3 %	1,9 %
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2,8 %	-13,3 %	17,4 %	-2,0 %
22 Neonatologie	11,9 %	4,7 %	11,9 %	4,7 %
23 Kinder- und Jugendmedizin	-6,7 %	-18,4 %	9,2 %	-4,4 %
24 HNO	1,6 %	-24,9 %	29,9 %	-4,1 %
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	-4,8 %	-12,7 %	6,3 %	-2,5 %
26 Neurologie	-2,0 %	-12,4 %	11,6 %	-0,1 %
27 Geriatrie	33,1 %	2,7 %	33,1 %	2,7 %
29 Palliativmedizin	-8,5 %	1,7 %	-8,5 %	1,7 %
30 Transplantation solider Organe	-2,1 %	-10,0 %	-2,1 %	-10,0 %
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4,9 %	-4,2 %	4,9 %	-4,2 %
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	6,4 %	2,7 %	6,4 %	2,7 %
40 Rest/Sonstige	-7,6 %	-9,3 %	1,9 %	0,0 %
Alle Fälle	-0,6 %	-14,3 %	15,7 %	-0,4 %

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist keine valide Prognose darüber möglich, welche Basisinzidenz die zukünftige Entwicklung in der Nachfolge der COVID-19-Pandemie am treffendsten beschreiben wird. Die Gutachtenden sowie die interviewten Schlüsselakteure gehen überwiegend davon aus, dass sich die zukünftigen Fallzahlen voraussichtlich zwischen den ermittelten Fallzahlen auf Basis der Inzidenz 2019 und 2022 bewegen werden. Daher werden in den nachfolgenden Prognosen die Erwartungswerte für das Jahr 2030 immer anhand der Erkrankungsinzidenzen aus den Jahren 2019 und 2022 berechnet. Eine detailliertere Darstellung der Prognosen je Leistungsgruppe kann im Anhang Kapitel 5 eingesehen werden.

¹⁶⁹ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2030.

Die in den Prognosen unterschiedlich berücksichtigten Parameter führen zu verschiedenen Szenarien für die Entwicklung der erwarteten vollstationären Behandlungsfälle im Jahr 2030, die in Abbildung 15 visualisiert sind. Dargestellt werden die Fälle für vollstationäre Behandlungen in den Jahren 2019 und 2022 von Patientinnen und Patienten mit Wohnort Thüringen, unabhängig von ihrem Behandlungsort. Der Fokus liegt hierbei auf der Herleitung des Bedarfes an vollstationärer medizinischer Versorgung für die Bevölkerung in Thüringen, ohne versorgungsbedingte Ein- und Auspendler nach oder aus Thüringen.

Zudem beinhaltet die Abbildung die beschriebenen Erwartungswerte, sowohl mit als auch ohne die Berücksichtigung der Möglichkeit einer Ambulantisierung für das Jahr 2030, die auf den Inzidenzraten der Jahre 2019 und 2022 basieren.

Ausgehend vom Jahr 2022 ist – abhängig vom betrachteten Szenario und dem Grad der angenommenen Ambulantisierung – im Szenario mit dem stärksten Rückgang eine weitere Reduzierung der vollstationären Fälle von bis zu 14 % beziehungsweise rund 73.000 Fällen bis 2030 zu rechnen. Dies wird in Abbildung 15 durch den Vergleich des äußersten Balkens mit dem zweiten Balken von links deutlich. Der Rückgang setzt sich zusammen aus der prognostizierten, demografischen Entwicklung bis 2030, einer Fortschreibung der vollstationären Inzidenzen aus dem Jahr 2022 und einer Verlagerung von rund 71.000 vollstationären Fällen in den ambulanten Bereich.

Im Szenario mit der höchsten Fallzahlsteigerung ist mit einer Zunahme der vollstationären Fälle um 16 % gegenüber 2022 zu rechnen. In diesem Szenario wird von einer Rückkehr zu den stationären Erkrankungsinzidenzen des Jahres 2019 ausgegangen, ohne eine weitere Ambulantisierung bis 2030 anzunehmen.

Gegenüber dem Szenario mit dem stärksten Fallzahlrückgang um rund 14 % zeigt sich hier eine mögliche Steigerung der vollstationären Fälle von rund 510.500 im Jahr 2022 um rund 80.000 Fällen auf rund 591.000 Fälle im Jahr 2030. Gemäß dem im Kapitel 3 beschriebenen Vorgehen zur Herleitung des ambulanten Potenzials könnten jedoch bis zu 83.000 der prognostizierten 591.000 vollstationären Fälle im Jahr 2030 ambulant versorgt werden. Der Fallanteil der gegebenenfalls ambulant zu behandelnden Fälle wird in diesem Szenario jedoch nicht berücksichtigt.

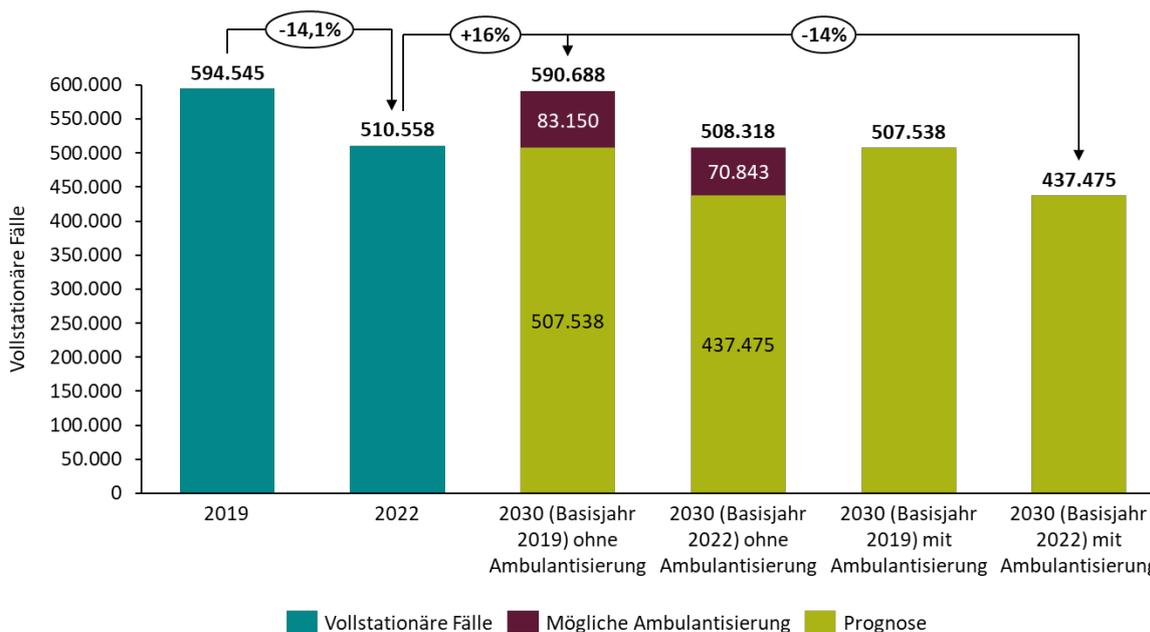


Abbildung 15: Prognose für vollstationäre Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Thüringen bis zum Jahr 2030¹⁷⁰

Die beschriebenen aggregierten vollstationären Erwartungswerte für das Jahr 2030 sind in Tabelle 5 granularer auf Ebene der Leistungsbereiche für alle vollstationären Fälle mit Wohnort in Thüringen dargestellt. Beispielsweise wurde für das Jahr 2022 im LB „01 – Allgemeine Innere Medizin“ ein Erwartungswert von rund 138.200 Fällen ermittelt. Gemäß den Veränderungsdaten, die in Tabelle 4 aufgeführt sind, könnte die Fallzahl im LB „01 – Allgemeine Innere Medizin“ auf der Wohnortbasis bis zum Jahr 2030 je nach Szenario zwischen rund 122.700 oder 155.00 Fällen variieren.

Die Varianz zwischen den beiden dargestellten Szenarien verdeutlicht noch einmal die erheblichen Auswirkungen bei Veränderung der Erkrankungsinzidenzen und beim Anteil des unterstellten ambulanten Potentials. Eine entsprechende Einordnung erfolgt in der kritischen Würdigung am Ende dieses Kapitels.

Zusätzlich zur Betrachtung der Fälle auf der Ebene des Leistungsbereiches kann im Anhang Kapitel 5 die Darstellung der Fälle auf der Ebene der Leistungsgruppen sowie der einzelnen Planungsregionen entnommen werden.

¹⁷⁰ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035. Die Anzahl der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnort Thüringen weicht leicht von den Fällen gemäß der Krankenhausstatistik für die entsprechenden Jahre aufgrund des methodischen Vorgehens zur Herleitung der Fälle auf Ebene der Landkreise und Leistungsgruppen ab.

Tabelle 5: Prognose der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2030 (Wohnort Thüringen)¹⁷¹ nach NRW-Leistungsbereichen

Leistungsbereich	Erwartungswert 2022	Prognose 2030 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2030 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2022	Prognose 2030 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2030 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2022
01 Allgemeine Innere Medizin	138.247	154.931	122.662	176.270	139.557
02 Endokrinologie und Diabetologie	0	0	0	0	0
03 Gastroenterologie	9.615	5.511	8.246	6.462	9.669
04 Nephrologie	4.008	2.979	3.447	3.485	4.031
05 Pneumologie	4.846	342	4.006	412	4.826
06 Rheumatologie	845	0	798	0	803
07 Hämatologie und Onkologie	1.976	893	1.990	893	1.990
08 Kardiologie	26.552	21.918	20.443	29.313	27.108
09 Allgemeine Chirurgie	94.720	89.391	75.062	110.817	93.053
10 Kinder- und Jugendchirurgie	2.485	2.202	1.799	2.832	2.314
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	0	0	0	0	0
12 Gefäßchirurgie	3.024	3.275	3.007	3.338	3.068
13 Herzchirurgie	953	1.395	967	1.395	967
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	18.088	19.425	18.263	19.425	18.263
15 Thoraxchirurgie	399	514	403	514	403
16 Viszeralchirurgie	1.509	1.658	1.480	1.658	1.480
17 Augenheilkunde	10.439	10.182	8.331	13.077	10.700
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.807	7.749	5.067	8.874	5.803
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3.307	3.401	2.750	3.991	3.227
20 Urologie	26.731	22.496	20.594	29.741	27.227
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	44.444	45.703	38.517	52.159	43.556
22 Neonatologie	353	395	370	395	370
23 Kinder- und Jugendmedizin	24.800	23.133	20.245	27.079	23.697
24 HNO	12.280	12.476	9.217	15.957	11.778
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	3.426	3.262	2.992	3.642	3.341
26 Neurologie	27.461	26.900	24.053	30.649	27.435
27 Geriatrie	8.702	11.581	8.940	11.581	8.940
29 Palliativmedizin	2.158	1.975	2.194	1.975	2.194
30 Transplantation solider Organe	87	85	78	85	78
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	21.623	22.679	20.710	22.679	20.710
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	2.138	2.274	2.197	2.274	2.197
40 Rest/Sonstige	9.535	8.814	8.649	9.716	9.533
Alle Fälle	510.558	507.537	437.475	590.690	508.318

5.2 Prognose der vollstationären Fälle von in Thüringen behandelten Patientinnen und Patienten bis 2030

Um das Einflusspotenzial der im Abschnitt 5.1 vorgestellten Prognose auf die medizinische Versorgung innerhalb Thüringens bewerten zu können, erfolgte in einem weiteren Schritt die Anwendung der auf Ebene des Wohnortes erfassten Veränderungsdaten auf jene Fallgrundgesamtheit, die tatsächlich in Thüringen behandelt wurde (Behandlungsort). Demnach werden in der nachfolgenden Analyse ausschließlich Fälle von in Thüringen behandelten Patientinnen und Patienten betrachtet, unabhängig von ihrem tatsächlichen Wohnort.

¹⁷¹ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

Das Pendlersaldo im Kontext der stationären Behandlung betrug im Jahr 2022 rund -9.000 Fälle, das heißt, dass mehr Personen mit Wohnsitz in Thüringen zur Behandlung ein Krankenhaus in einem anderen Bundesland aufsuchten (Auspendler), als Personen mit Wohnsitz in einem anderen Bundesland nach Thüringen zur Behandlung kamen (Einpendler). Dieser negative Fallzahlsaldo von rund 9.000 vollstationären Fällen ist im Vergleich zu anderen Bundesländern gering, daher ist der Unterschied zur dargestellten Prognose auf der Wohnortebene im Abschnitt 5.1 nur geringfügig.

Grundsätzlich ist damit aber nur die absolute Fallzahl gemeint. Aufgrund fehlender Daten können hier keine Aussagen zu Unterschieden bei der Inanspruchnahme von stationären Leistungen zwischen den Ein- und Auspendlern getroffen werden.

Die Anzahl der vollstationären Behandlungsfälle sowie die beanspruchten Bettenkapazitäten bis zum Jahr 2030, ohne Berücksichtigung einer weiteren Ambulantisierung, sind in Abbildung 16 dargestellt. Zur Ermittlung der Bettenkapazitäten wurden die Verweildauerparameter aus dem Jahr 2022 der vollstationären Fälle in Thüringen verwendet. Die Verweildauer wird dementsprechend bis in das Jahr 2030 als konstant angenommen. Dieses Vorgehen begründet sich insbesondere dadurch, dass die Verweildauern in den einzelnen Leistungsbereichen seit Jahren überwiegend nahezu stagnieren und auch die Interviewpartner und weitere Untersuchungen der Gutachtenden keine Hinweise auf einen weiteren Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer ergeben haben.

Ohne eine Zunahme des Anteils von ambulanten Behandlungen wird bis 2030, gemessen an den Fallzahlen aus dem Jahr 2022, ein Anstieg der vollstationären Fälle um etwa 15,7 % (basierend auf der Inzidenz des Basisjahres 2019) oder eine Abnahme um etwa 0,5 % (basierend auf der Inzidenz des Jahres 2022) erwartet. In diesen beschriebenen Szenarien variieren die belegten Betten im Jahr 2030 zwischen rund 10.000 und 11.300 Betten.

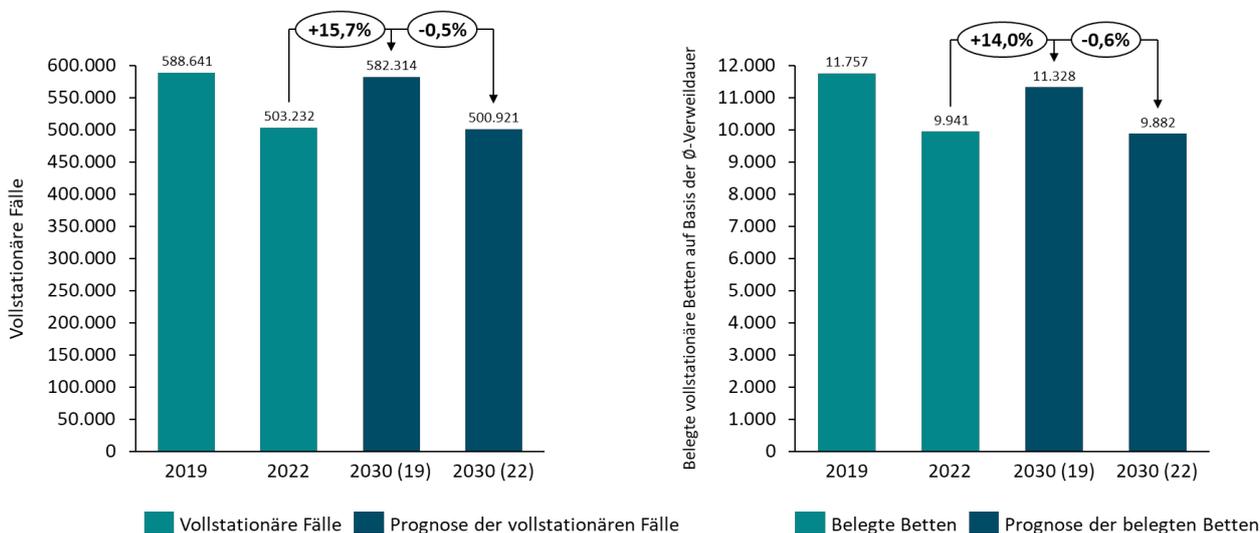


Abbildung 16: Prognose der vollstationären Fälle und belegten Betten von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Thüringen bis 2030 ohne Ambulantisierung¹⁷²

¹⁷² Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2030.

Im Unterschied zur Abbildung 16 werden in Abbildung 17 die prognostizierten Entwicklungen der vollstationären Fallzahlen und belegten vollstationären Betten bis zum Jahr 2030 unter Einbeziehung der zu erwartenden Ambulantisierung dargestellt. Analog zur Berechnung der belegten Betten in Abbildung 16 wurden die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle aus dem Jahr 2022 und die Veränderungsrate der Leistungsbereiche auf der Wohnortebene herangezogen. Die Verweildauer wurde um die Belegungsanteile der möglicherweise ambulantisierbaren Fälle adjustiert, was zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer gegenüber der unadjustierten durchschnittlichen Verweildauer führt.

Gemäß dem in Abbildung 17 dargestellten Szenario ist bis 2030 mit einem Rückgang der stationären Fälle im Vergleich zu den Zahlen aus 2022 um etwa 0,5 % (bezogen auf die Inzidenz des Basisjahres 2019) beziehungsweise mit einer Reduktion um etwa 14,5 % (bezogen auf die Inzidenz des Jahres 2022) zu rechnen. Die Zahl der belegten vollstationären Betten wird dabei zwischen etwa 9.600 und 11.000 liegen.

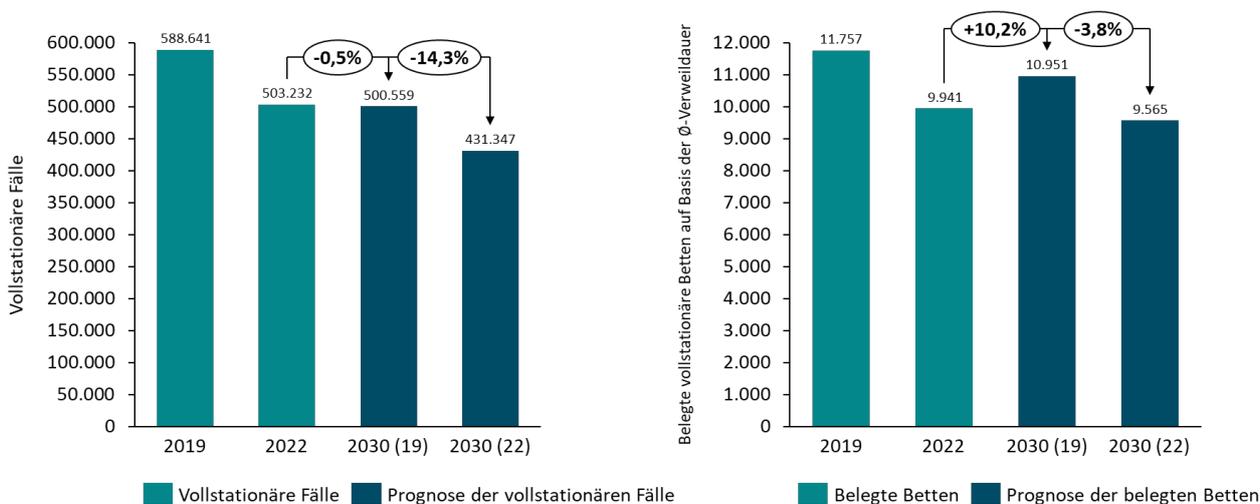


Abbildung 17: Prognose der vollstationären Fälle und belegten Betten von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Thüringen bis 2030 mit Ambulantisierung¹⁷³

Eine granularere Darstellung der vollstationären Fälle auf der Ebene der Leistungsgruppen kann dem Anhang Kapitel 5 entnommen werden. Unter der Annahme einer zukünftigen Zielauslastung der stationären Betten von etwa 85 %¹⁷⁴, variiert ein rechnerischer Bettenabbau in Thüringen je nach Szenario zwischen rund 1.280 und 3.350 Betten, ausgehend von den 14.610 im Jahr 2022 ausgewiesenen vollstationären Planbetten. Wie diese Werte einzuordnen sind, wird im Abschnitt 5.3 noch einmal aufgegriffen.

Die in Abbildung 16 und Abbildung 17 dargestellten aggregierten Fallzahlen sind in Tabelle 6 auf der Ebene der Leistungsbereiche dargestellt. Im LB „01 – Allgemeine Innere Medizin“ wurden in Thüringen im Jahr 2022 rund 132.800 vollstationäre Fälle behandelt. Unter Anwendung der in Tabelle 4 dargestellten Veränderungswerte wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der stationären Fälle LB „01 – Allgemeine Innere Medizin“ im Jahr 2030 je nach Szenario zwischen rund 117.800 und 169.300 liegen wird.

Wird die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten¹⁷⁵ herangezogen, anstatt der Krankenhausplanbetten, ist mit einem noch höheren Bettenabbau zu rechnen.

¹⁷³ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2030.

¹⁷⁴ Eine Zielauslastung von 85 % wird für nahezu alle Fachabteilungen in Thüringen gemäß dem 7. Krankenhausplan angestrebt.

¹⁷⁵ Gemäß dem Landesamt für Statistik Thüringen waren im Jahr 2022 15.151 Betten in Thüringer Krankenhäusern aufgestellt, <https://statistik.thueringen.de/datenbank/Portrait-Zeitreihe.asp?tabelle=Zr001401%7C%7C>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

Tabelle 6: Prognose der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2030 (Behandlungsort Thüringen)¹⁷⁶ nach NRW-Leistungsbereichen

Leistungsbereich	IST 2022	Prognose 2030 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2030 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2022	Prognose 2030 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2030 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2022
01 Allgemeine Innere Medizin	132.793	148.819	117.823	169.316	134.051
02 Endokrinologie und Diabetologie	0	0	0	0	0
03 Gastroenterologie	9.068	5.197	7.777	6.094	9.119
04 Nephrologie	4.031	2.996	3.466	3.505	4.055
05 Pneumologie	4.540	320	3.753	386	4.521
06 Rheumatologie	853	0	806	0	811
07 Hämatologie und Onkologie	1.978	897	1.991	897	1.991
08 Kardiologie	25.580	21.131	19.736	28.217	26.121
09 Allgemeine Chirurgie	93.752	88.478	74.294	109.685	92.102
10 Kinder- und Jugendchirurgie	2.445	2.166	1.770	2.787	2.277
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	0	0	0	0	0
12 Gefäßchirurgie	3.084	3.340	3.067	3.404	3.128
13 Herzchirurgie	1.194	1.748	1.212	1.748	1.212
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	19.141	20.545	19.329	20.545	19.329
15 Thoraxchirurgie	436	562	440	562	440
16 Viszeralchirurgie	1.562	1.700	1.530	1.700	1.530
17 Augenheilkunde	10.235	9.983	8.168	12.822	10.491
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	6.243	8.331	5.448	9.540	6.239
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3.372	3.468	2.804	4.070	3.290
20 Urologie	25.824	21.732	19.895	28.732	26.304
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	42.679	43.839	36.914	50.128	41.821
22 Neonatologie	358	401	375	401	375
23 Kinder- und Jugendmedizin	24.775	23.118	20.225	27.059	23.673
24 HNO	13.109	13.318	9.839	17.034	12.573
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	3.767	3.586	3.290	4.005	3.674
26 Neurologie	28.320	27.817	24.833	31.660	28.300
27 Geriatrie	8.211	10.928	8.435	10.928	8.435
29 Palliativmedizin	2.097	1.919	2.132	1.919	2.132
30 Transplantation solider Organe	114	124	103	124	103
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	21.411	22.457	20.507	22.457	20.507
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	2.186	2.325	2.246	2.325	2.246
40 Rest/Sonstige	10.074	9.312	9.138	10.265	10.072
Alle Fälle	503.232	500.559	431.347	582.314	500.921

5.3 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Bis zum Jahr 2030 wird bei Annahme einer zunehmenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen ein Rückgang der Fallzahlen um weitere 1 bis 14 % im Vergleich zu 2022 prognostiziert. Infolgedessen wird die benötigte Anzahl an vollstationären Betten in Thüringen weiter sinken.

Auf Basis der im Abschnitt 5.2 dargestellten Entwicklung ergibt sich gegenüber den aktuellen vollstationären Planbetten im Jahr 2022 ein Reduzierungspotenzial von etwa 1.280 bis 3.350 vollstationären Krankenhausbetten. Die hohe Varianz ergibt sich aus den in den Prognose-Szenarien unterschiedlich angesetzten Erkrankungsinzidenzen und dem Anteil der Fälle, die vom stationären in den ambulanten Bereich überführt

¹⁷⁶ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2030.

werden können (Hebung des ambulanten Potenzials). Wie mit diesen vorhandenen Einflussfaktoren abschließend umgegangen werden soll, muss Teil einer kritischen Diskussion im Kontext der anstehenden Krankenhausplanung werden.

Zudem ist die Einhaltung einer übergreifenden Zielauslastung von 85 %¹⁷⁷ beziehungsweise die rechnerische Reduktion der stationären Behandlungskapazitäten ein elementarer Treiber beim dargestellten Bettenabbau.

Für das Jahr 2022 würde eine durchschnittliche Zielauslastung von 85 % bedeuten, dass die vorhandenen 14.610 vollstationären Planbetten um rund 2.900 Betten reduziert werden könnten, ohne grundsätzlich die Versorgungssicherheit einzuschränken. Die rechnerische Reduktion der Betten kann wie folgt hergeleitet werden: Bei 9.941 tatsächlich durchschnittlich belegten Betten im Jahr 2022 werden nur rund 11.696 vollstationäre in Summe benötigt, um die 85 % durchschnittliche Zielauslastung der verfügbaren vollstationären Betten einzuhalten.

Es lassen sich im Kern drei wesentliche Treiber der prognostizierten Fallzahl- beziehungsweise Planbettenreduktion feststellen:

1. Einhaltung der Zielauslastung von 85 %- ein Abbau von Bettenkapazitäten, die bisher rechnerisch nicht benötigt werden, und damit einhergehend eine Steigerung der Auslastung der verbleibenden vollstationären Planbetten,
2. der demografische Wandel und der damit einhergehende Rückgang der Fallzahlen, wobei es durch die prognostizierte unterschiedlich Entwicklung der Leistungsbereiche (siehe Tabelle 4) zu einer unterschiedlichen Zusammensetzung der Leistungsbereiche beziehungsweise Leistungsgruppen am Gesamtfallzahlaufkommen gegenüber dem Status quo kommt,
3. weitere Ambulantisierung von Fällen, die bisher vollstationär versorgt wurden. Zwingend hierfür ist jedoch, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen ausgebaut werden und finanzielle Anreize zur ambulanten Versorgung gesetzt werden.

Im Falle eines weiteren Rückgangs der Fallzahlen beziehungsweise des Verbleibs auf den im Vergleich zu 2019 niedrigeren Erkrankungsinzidenzen ergeben sich bestimmte Fragestellungen, die für die kommenden Krankenhauspläne von Bedeutung sein werden:

- Welche Leistungen müssen konzentriert werden, um bei rückläufigen Gesamtfallzahlen etwaige vorgeschriebene Mindestmengen im Hinblick auf die Einhaltung einer adäquaten Behandlungsqualität sicherzustellen?
- Wie können Versorgungsstrukturen geschaffen werden, in denen Krankenhäuser beziehungsweise Fachabteilungen in einer funktionalen und wirtschaftlichen Größe erhalten werden können? Dies scheint vor allem vor dem Hintergrund des Erhalts eines flächendeckenden gleichartigen Versorgungsangebotes schon heute in einzelnen Bereichen (zum Beispiel bei der Geburtshilfe) schwierig.

Es erscheint zum aktuellen Stand nicht wahrscheinlich, dass die Fallzahlen wieder flächendeckend das Niveau von 2019 erreichen werden. Zudem kann aufgrund der aktuellen politischen Diskussion davon ausgegangen werden, dass sich der Trend zur Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich weiter verstärken wird.

¹⁷⁷ Eine Zielauslastung von 85 % wird für nahezu alle Fachabteilungen in Thüringen gemäß dem 7. Krankenhausplan angestrebt.

Aus den genannten Gründen ist es eher unwahrscheinlich, dass mit einem starken, über alle Leistungsgruppen hinweg reichenden Fallzahlenanstieg im Jahr 2030 gegenüber den Fallzahlen 2022 zu rechnen ist.

Die Gutachtenden empfehlen daher, die aktuellen Fallzahlen für 2023, die ab Sommer 2024 dem Ministerium 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 sowie mögliche Veränderungen bei der Entwicklung des Bedarfs an stationären Versorgungskapazitäten frühzeitig zu identifizieren.

Diese fortlaufende Analyse, auch über die Daten von 2023 hinaus, ermöglicht es, rechtzeitig auf sich abzeichnende Entwicklungen reagieren und geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Versorgungsstrukturen ergreifen zu können. Bei den Analysen sollte insbesondere auf mögliche unterschiedliche Entwicklungen in den verschiedenen Planungsregionen und zwischen den unterschiedlichen Leistungsgruppen geachtet werden

Zudem sollten die dargestellten Erwartungswerte auf Basis der verschiedenen Prognose-Szenarien kritisch im Hinblick darauf diskutiert werden, dass gegebenenfalls für ein zu erarbeitendes Planungs-Szenario eine Mischung der verschiedenen Szenarien auf der Ebene der Leistungsbereiche beziehungsweise Leistungsgruppen durchgeführt wird.

6 Ausgesuchte Themenkomplexe der stationären Versorgung in Thüringen

6.1 Geburtshilfe

Die geburtshilfliche Versorgung in Thüringen wird anhand der in Nordrhein-Westfalen definierten LG „21.4 – Geburten“ analysiert.¹⁷⁸ Die Zuordnung der Fälle zu der Leistungsgruppe erfolgt über den ICD-Sekundärkode Z37.* (Resultat der Entbindung)¹⁷⁹. Mit diesem Code wird die Anzahl der Geburtsvorgänge erfasst, nicht die Anzahl der dabei geborenen Kinder. Die in den anschließenden Abschnitten aufgeführten Auswertungen erlauben demnach keinen Rückschluss auf die exakte Anzahl neugeborener Kinder. Prinzipiell wurden in die Auswertungen alle Fälle einbezogen, die in Thüringen im betrachteten Zeitraum behandelt wurden, unabhängig vom tatsächlichen Wohnort der entsprechenden Person.

6.1.1 Versorgungssituation der Geburtshilfe in Thüringen

Fallzahlentwicklung

In Thüringen wurden im Jahr 2022 rund 12.700 Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ erfasst, wohingegen es im Jahr 2018 nur noch rund 16.400 Fälle waren (Abbildung 18). Dementsprechend wurden im Jahr 2022 22 % weniger Entbindungen in thüringischen Krankenhäusern versorgt als im Jahr 2018. Abbildung 18 zeigt einen kontinuierlichen Rückgang der Fallzahlen in der Leistungsgruppe im Betrachtungszeitraum 2018 bis 2022.

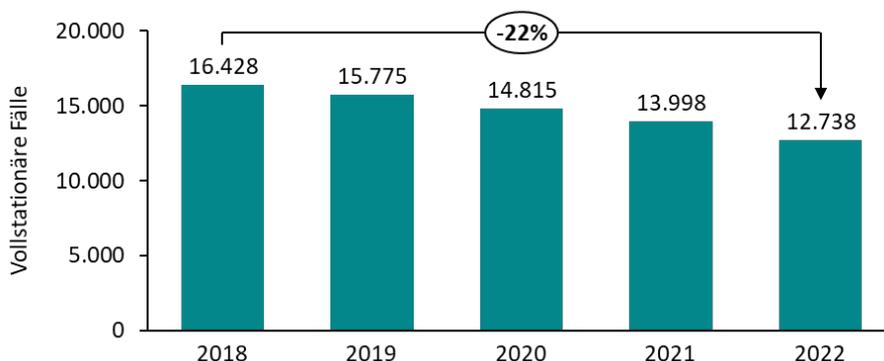


Abbildung 18: Vollstationäre Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ in den Jahren 2018 bis 2022¹⁸⁰

¹⁷⁸ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022): Übersichtstabelle der Leistungsgruppenelemente, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppenelemente.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁷⁹ ICD steht für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

¹⁸⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Die Betrachtung der Anzahl der Geburten im Freistaat, die durch das Thüringer Landesamt für Statistik erhoben werden, verdeutlicht die Erkenntnisse. Nach rund 17.400 Geburten im Jahr 2018 wurden 2022 rund 14.100 Geburten erfasst, was einem Rückgang um rund 19 % entspricht.^{181/182}

Verweildauer

Neben der Betrachtung der Anzahl der Fälle in der entsprechenden Leistungsgruppe ist die Verweildauer ein wichtiger Parameter zur Bestimmung der Auslastung der aufgestellten Betten. Die durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ ist über die Jahre hinweg relativ konstant geblieben (Abbildung 19). Während die Mütter 2018 durchschnittlich 4,2 Tage im Krankenhaus verbrachten, reduzierte sich die Verweildauer bis zum Jahr 2022 um rund 5 % und somit auf vier Tage.

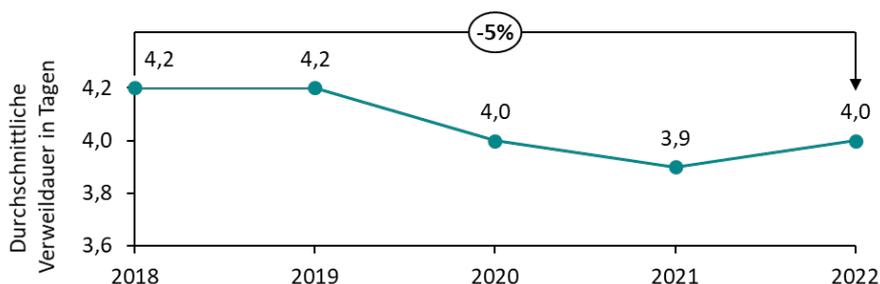


Abbildung 19: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ in den Jahren 2018 bis 2022¹⁸³

Fallzahlprognose auf Behandlungsebene

Abbildung 20 zeigt die rechnerische Prognose des zukünftigen Fallaufkommens auf Behandlungsebene bis zum Jahr 2030. Die Prognose wurde einmal auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2019 und einmal auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2022 durchgeführt. Das Ambulantisierungspotenzial wird an dieser Stelle nicht betrachtet, da dieses im Bereich der Geburtshilfe kaum Relevanz hat (nähere Angaben dazu finden sich in Kapitel 5).

Während ausgehend von der Prognosebasis 2019 mit einem Fallzahlzuwachs um rund 11 % zu rechnen ist, wird basierend auf der Prognosebasis aus dem Jahr 2022 mit einem Fallzahlrückgang um rund 6 % zum Jahr 2030 gerechnet.

¹⁸¹ Eigene Darstellung auf Basis von Thüringer Landesamt für Statistik (2023): Erneut deutlicher Rückgang der Geburtenzahl in Thüringen, https://statistik.thueringen.de/presse/2023/pr_104_23.pdf und Thüringer Landesamt für Statistik (2019): Geburten und Sterbefälle 2018. Höchstes Geburtendefizit in Thüringen seit 1996, https://statistik.thueringen.de/presse/2019/pr_221_19.pdf, beide zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁸² Erfasst werden vom Thüringer Landesamt für Statistik alle tatsächlich geborenen Kinder, wohingegen die Fallzahlanalyse auf LG-Ebene alle Geburtsvorgänge unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder erfasst.

¹⁸³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

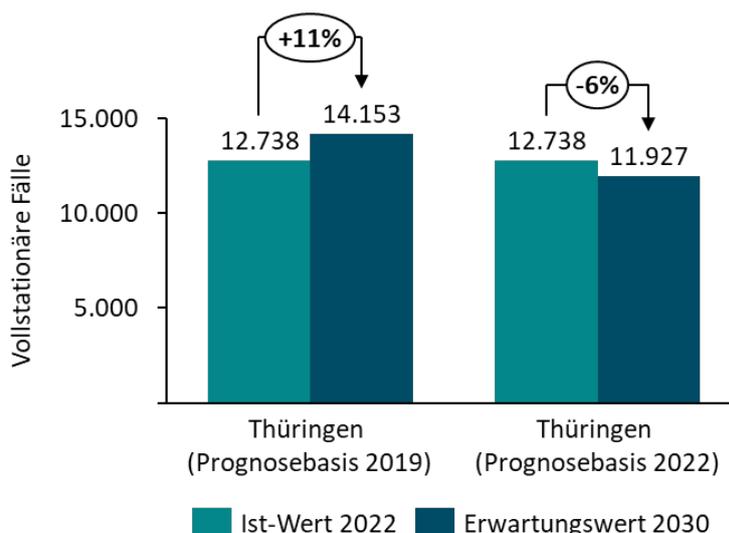


Abbildung 20: Ist-Wert und Erwartungswerte in der LG „21.4 – Geburtshilfe“ nach Behandlungsort Thüringen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019 und 2022)¹⁸⁴

Fallzahlprognose auf Wohnortebene

Die nachfolgenden Darstellungen in Abbildung 21 und Abbildung 22 zeigen die prognostizierten Fallzahlen für das Jahr 2030 auf Wohnortebene der Patientinnen und Patienten differenziert nach den Planungsregionen. Als Prognosebasis wurden die Jahre 2019 und 2022 gewählt.

Ausgehend von der Prognosebasis 2019 kann thüringenweit von einem Fallzahlzuwachs von rund 11 % in der LG „21.4 – Geburtshilfe“ ausgegangen werden. Besonders stark fällt der prozentuale Fallzahlzuwachs in diesem Szenario in Mittel- und Ostthüringen mit 15 % beziehungsweise 12 % aus.

¹⁸⁴ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2022) in Verbindung mit der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung vom Bevölkerungsstand 31.12.2020 (Thüringer Landesamt für Statistik).

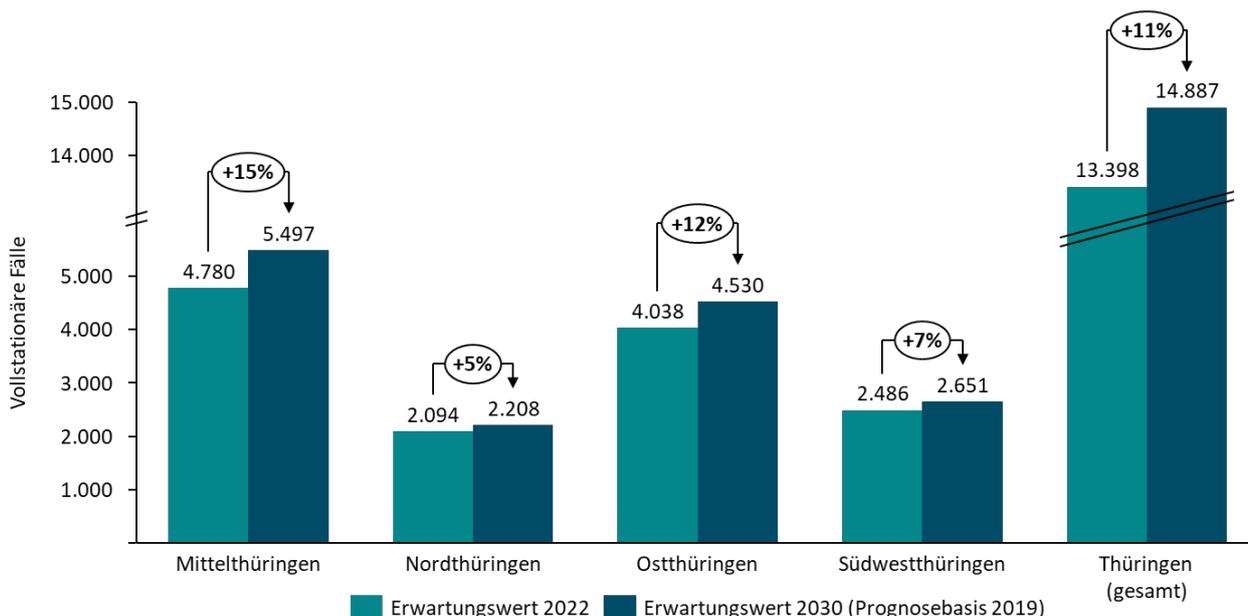


Abbildung 21: Erwartungswerte in der LG „21.4 – Geburtshilfe“ nach Wohnort Thüringen auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019)¹⁸⁵

Während basierend auf der Prognosebasis 2019 mit einem Fallzahlzuwachs in jeder Planungsregion zu rechnen ist, kann bei Wahl der Prognosebasis 2022 von einem Fallzahlrückgang ausgegangen werden (Abbildung 22). Landesweit liegt der Fallzahlrückgang in diesem Szenario bei rund 6 %. In Nord- und Südwestthüringen wird hingegen sogar ein Fallzahlrückgang um 11 % beziehungsweise 10 % prognostiziert.

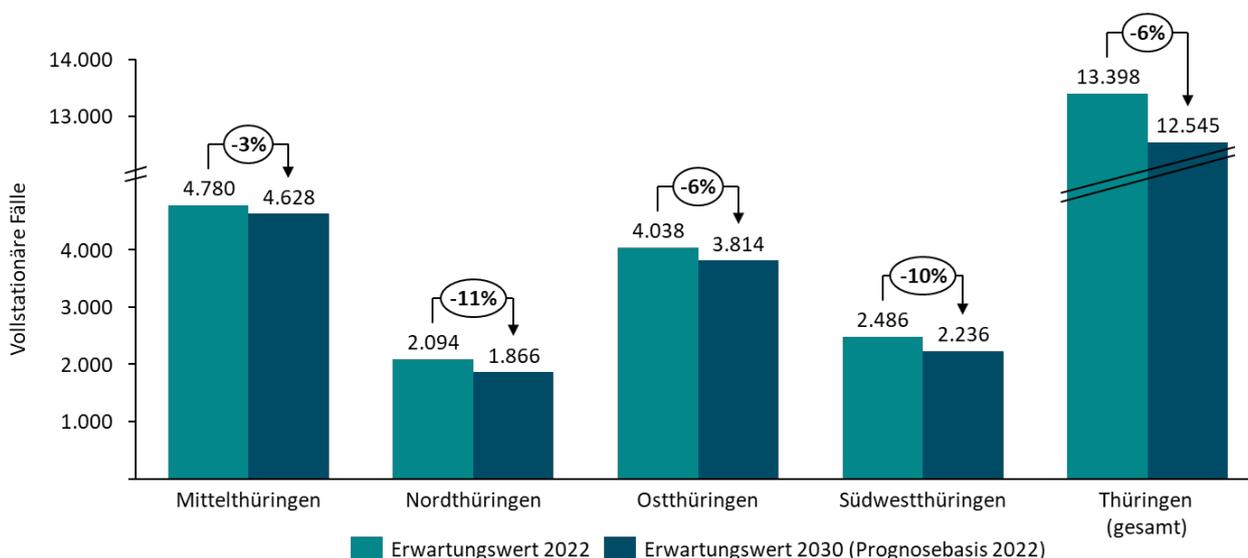


Abbildung 22: Erwartungswerte in der LG „21.4 – Geburtshilfe“ nach Wohnort Thüringen auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2022)¹⁸⁶

¹⁸⁵ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2022) in Verbindung mit der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung vom Bevölkerungsstand 31.12.2020 (Thüringer Landesamt für Statistik).

¹⁸⁶ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2022) in Verbindung mit der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung vom Bevölkerungsstand 31.12.2020 (Thüringer Landesamt für Statistik).

Standorte

Zu Beginn der Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplans gab es in Thüringen 24 stationäre Geburtshilfen. Ihre Anzahl ist jedoch in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Insgesamt waren noch 21 Standorte im Jahr 2022 an der Leistungserbringung beteiligt (Abbildung 23). Seit dem Jahr 2023 wurden die Geburtshilfeabteilungen in Sömmerda und Sonneberg geschlossen, was die Gesamtanzahl der verbleibenden Einrichtungen auf 19 reduziert hat. Die folgenden Analysen berücksichtigen jedoch weiterhin 21 Standorte, da diese im gesamten Betrachtungszeitraum dieses Gutachtens (2018 bis 2022) an der Versorgung beteiligt waren.

Abbildung 23 visualisiert zusätzlich die unterschiedlichen Versorgungsstufen der Versorger innerhalb der Leistungsgruppe. Grundsätzlich können an jedem Standort Entbindungen durchgeführt werden, jedoch sollten Schwangere mit erwarteten Früh- und Reifgeborenen bestimmter Klassifizierungen nur in Perinatalzentren¹⁸⁷ der Level 1 und 2 sowie von den Versorgern mit einem perinatalen Schwerpunkt behandelt werden.¹⁸⁸

Insgesamt gibt es im Jahr 2022 drei Versorger, die als Perinatalzentrum Level 1 und sechs Versorger die als Perinatalzentrum mit dem Level 2 klassifiziert sind. Einen perinatalen Schwerpunkt haben acht Versorger, wobei auch eine der als geschlossen markierten Einrichtungen einen perinatalen Schwerpunkt hatte, sodass zum Betrachtungszeitpunkt im Jahr 2022 insgesamt neun Versorger einen perinatalen Schwerpunkt hatten. Die übrigen drei Versorger sowie der verbleibende geschlossene Standort wurden 2022 als Geburtsklinik klassifiziert. Eine tiefergehende Betrachtung der perinatalen Versorgung erfolgt im Abschnitt 6.1.2.¹⁸⁹

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. Vier der Leistungserbringer betreuten im betrachteten Zeitraum weniger als 350 Entbindungen, das bedeutet durchschnittlich weniger als eine Entbindung pro Tag. Mehr als die Hälfte der Leistungserbringer betreuten weniger als 600 Entbindungen. 600 Fälle gelten als medizinisch-organisatorische Untergrenze, unterhalb derer eine Einrichtung der Geburtshilfe schwierig zu betreiben ist.¹⁹⁰

¹⁸⁷ Perinatalzentren sind spezialisierte Krankenhäuser, die zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von bis zu unter 1.250 g zugelassen sind.

¹⁸⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3179/QFR-RL_2020-12-17_2023-02-16_iK-2023-06-23.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁸⁹ Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: Perinatalzentren – Standortsuche, <https://perinatalzentren.org/standortsuche/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁹⁰ Bruns, A. (2014): Das deutsche DRG-System: Die pauschale Geburt, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt, 111(25), S. A1121.

Bei Berücksichtigung des möglichen zuvor prognostizierten Fallzahlrückgangs sind Tragfähigkeitsprobleme auch weiterer Geburtshilfen künftig kaum auszuschließen. Im Jahr 2022 erhielten drei der Versorger in Thüringen einen Sicherstellungszuschlag¹⁹¹ für den Betrieb der Fachabteilung Geburtshilfe.^{192/193}

Selten sind es jedoch ausschließlich wirtschaftliche Aspekte, die die Existenz bedrohen, vielmehr stellt der Fachkräftemangel zahlreiche Einrichtungen vor große Herausforderungen.¹⁹⁴ Betroffen sind insbesondere kleine Einrichtungen der Geburtshilfe mit geringeren Fallzahlen, denn auch sie müssen diverse personelle Mindestanforderungen erfüllen, um Leistungen der Geburtshilfe erbringen zu können.^{195/196} Was der daraus möglicherweise entstehende Wegfall einzelner Leistungserbringer für die Erreichbarkeit einer Geburtshilfe im Freistaat impliziert, wird in den folgenden Abschnitten verdeutlicht.

¹⁹¹ 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.

¹⁹² Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2021): Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntg vom 30.06.2021, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.1_Stationaere_Ver-guetung/2.2.1.9_Vereinbarung_der_Liste_der_Krankenhaeuser/Vereinbarung_der_Liste_der_Krankenhaeuser_gema-ess_9_Abs_1a_Nr_6_KHEntg_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁹³ Auch in den Jahren 2023 und 2024 erhalten drei Versorger einen Sicherstellungszuschlag für den Betrieb der Fachabteilung Geburtshilfe. Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.: Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntg, mehrere Jahrgänge.

¹⁹⁴ Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2021): Die Geburten kennen keinen Feierabend, <https://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen-und-nachrichten/die-geburten-kennen-keinen-feierabend>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁹⁵ Bundesministerium für Gesundheit (2023): Pflegepersonaluntergrenzen, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁹⁶ S2k-Leitlinie 087/001 der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2021): Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001l_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatalogische-Versorgung-Deutschland_2021-04_01.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

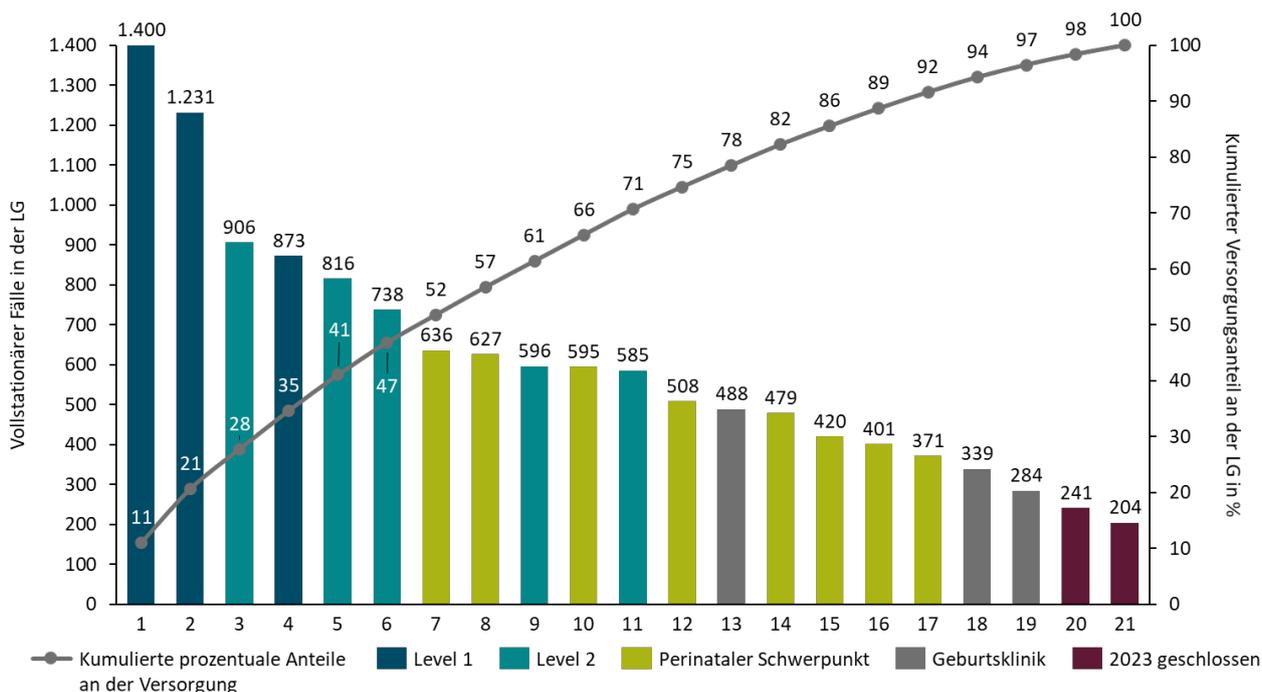


Abbildung 23: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „21.4 – Geburten“ sowie Zuordnung zu Versorgungsstufe im Jahr 2022¹⁹⁷

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Für werdende Eltern spielt neben qualitativen Aspekten insbesondere die räumliche Nähe zum Entbindungsort eine entscheidende Rolle bei der Auswahl der Klinik.¹⁹⁸ Im Folgenden werden die durchschnittlichen Fahrzeiten der Bevölkerung zu den Versorgern der LG „21.4 – Geburten“ betrachtet.¹⁹⁹

Wie in Abbildung 24 durch die hauptsächlich dunkel- und hellgrün eingefärbten Regionen ersichtlich wird, ist die Erreichbarkeit eines Versorgers für den Großteil der Thüringer Bevölkerung als weitestgehend gut bis sehr gut zu bewerten. Besonders gut ist die Erreichbarkeit entlang der Städtekette von Eisenach bis Gera. In dieser Region von Thüringen kann der nächstgelegene Leistungserbringer in der Regel innerhalb von 30 Minuten erreicht werden.

In den Landkreisen Hildburghausen und Greiz sowie im Landkreis Saale-Orla-Kreis sind Fahrzeiten von über 40 Minuten bis hin zu 90 Minuten bis zum Erreichen einer Geburtshilfe möglich. In den genannten Landkreisen gibt es keinen beziehungsweise nur einen Leistungserbringer im Bereich Geburtshilfe. Diese Landkreise gehören auch zu den mitunter am dünnsten besiedelten Landkreisen, sodass nur wenige Personen von den langen Fahrzeiten betroffen sind (Abschnitt 1.3).

¹⁹⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

¹⁹⁸ IGES (2019): Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

¹⁹⁹ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

In den vergangenen Jahren haben mehrere Geburtshilfen im Freistaat geschlossen.²⁰⁰ Verschärft wird sich die Situation zudem durch die Schließung der Einrichtung in Sonneberg (rot umkreist) im Jahr 2023, die zukünftig nicht mehr zur Versorgung in der Leistungsgruppe beitragen wird.²⁰¹ Hier haben sich die Fahrzeiten für die Bevölkerung entsprechend verlängert. Der Wegfall eines weiteren Leistungserbringers hätte negative Auswirkungen auf die Erreichbarkeit einer Geburtshilfe in diesen Regionen.

Rund 95 % der Bevölkerung Thüringens können im Jahr 2022 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.²⁰²

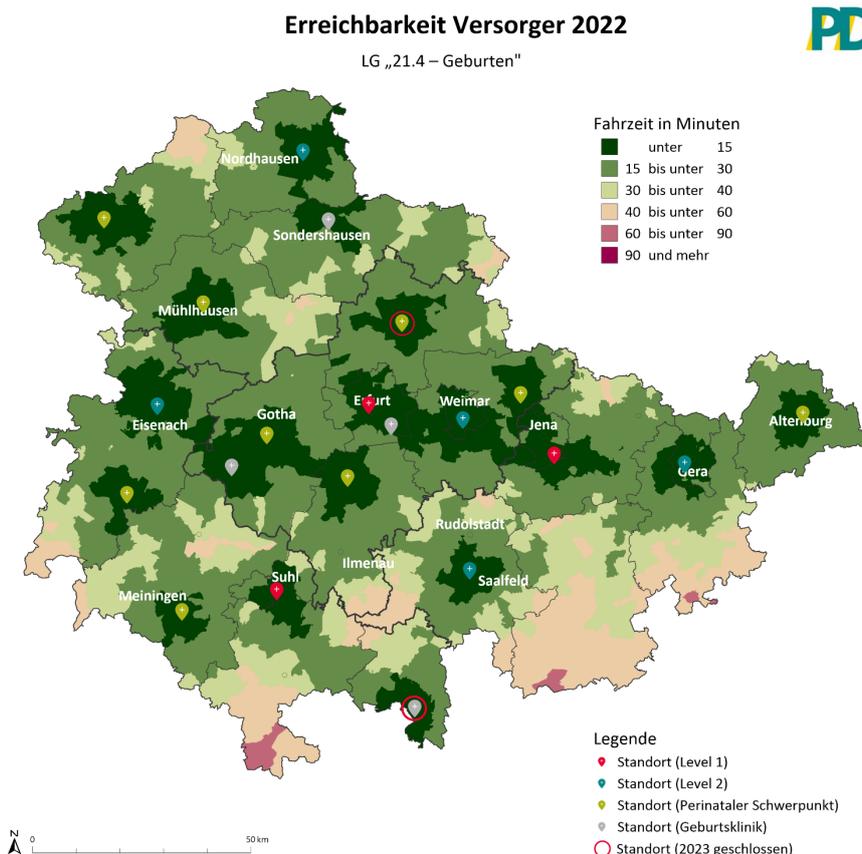


Abbildung 24: Erreichbarkeit eines Versorgers der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2022²⁰³

Bei Betrachtung der dargestellten Erreichbarkeitsanalyse sollte jedoch berücksichtigt werden, dass in die Analyse ausschließlich die Versorger innerhalb Thüringens inkludiert wurden. Dieser Ansatz wurde gewählt,

²⁰⁰ KMA (2023): Kreißsaal der Regiomed Klinik Sonneberg schließt ab September, <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/kreisssaal-der-regiomed-klinik-sonneberg-schliesst-ab-september-50175>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁰¹ Nach Angaben des TMASGFF hat dieser Standort nach einer vorübergehenden Schließung die finale Schließung der Geburtshilfe verkündet.

²⁰² Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL_2020-10-01_iK_2020-12-09.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁰³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Abweichend zu den sonstigen Erreichbarkeitsanalysen im Gutachten wird die Erreichbarkeit in der LG „21.4 – Geburten“ entsprechend den Anmerkungen des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einer 40-Minuten-Grenze abgebildet.

da die Krankenhausplanung sowie die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung im Verantwortungsbereich des jeweiligen Bundeslandes liegen.²⁰⁴

Bei einer Erweiterung der Erreichbarkeitsanalyse auf die angrenzenden Regionen der Nachbarbundesländer verbessern sich die Erreichbarkeiten, insbesondere an den Landesgrenzen. Fahrzeiten über 60 Minuten können in diesem Szenario vermieden werden. Diese Erkenntnisse unterstützen zudem die Argumente hinsichtlich einer Krankenhausplanung über die Bundeslandgrenzen hinaus.²⁰⁵

Auch bei Betrachtung der alternativen Erreichbarkeit, also der Fahrzeit zum zweitnächsten Versorger, spiegelt sich die gute Versorgungssituation entlang der Städtekette wider (Abbildung 25). Nichtsdestotrotz erhöht sich die Fahrzeit erwartungsgemäß insgesamt für die komplette Region Thüringen.

Abbildung 25 verdeutlicht zudem die Relevanz der geburtshilflichen Versorger außerhalb der gut versorgten Städtekette. Der Wegfall weiterer Standorte, zusätzlich zu den bereits im Jahr 2023 geschlossenen Einrichtungen der Geburtshilfe, würden die Fahrzeiten für werdende Eltern deutlich erhöhen.

Hervorzuheben ist an dieser Stelle der Versorger in Saalfeld, der in der Region maßgeblich zur Versorgung beiträgt. Durch den Wegfall dieses Leistungserbringers würde sich die Fahrzeit in der Region auf 40 bis 90 Minuten erhöhen. Der Wegfall des Leistungserbringers in Sömmerda (rot umkreist) hingegen führt nur zu geringfügigen Fahrzeitverlängerungen für die Bevölkerung.

²⁰⁴ Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.: Bundesländer müssen die bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen, <https://www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/planung/#:~:text=Die%20Krankenhausplanung%20in%20Deutschland%20obliegt,Krankenh%C3%A4usern%20Krankenhaus%2D%20und%20Investitionspl%C3%A4ne%20aufzustellen>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁰⁵ Osterloh, F. (2018): Krankenhäuser: Besser planen und finanzieren, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt, 115(29-30), S. A1372.

Erreichbarkeit alternativer Versorger 2022

LG „21.4 – Geburten“

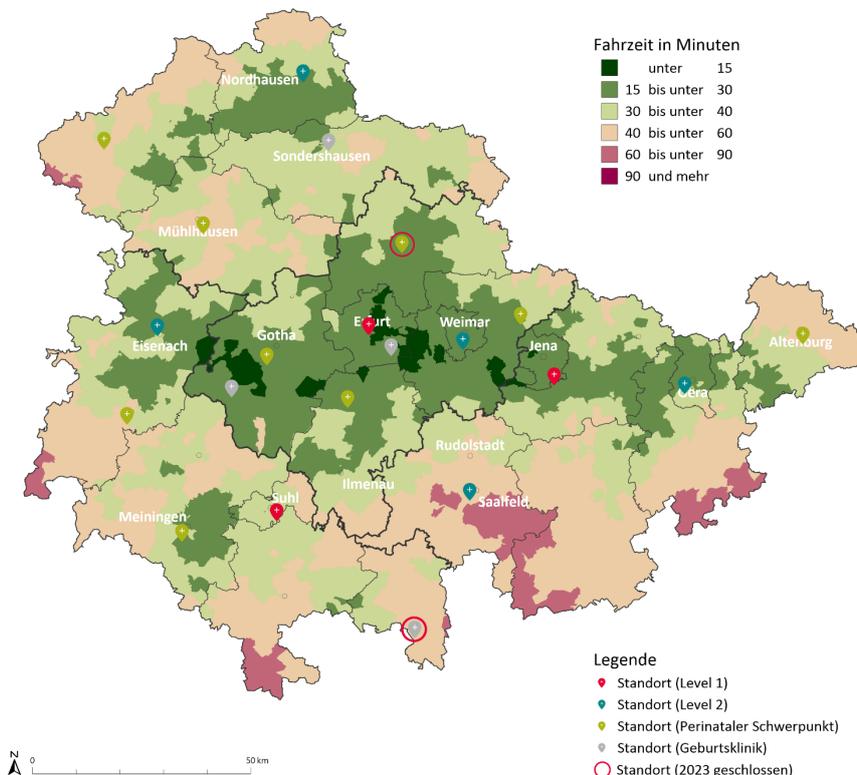


Abbildung 25: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2022²⁰⁶

Erreichbarkeitsanalysen der tatsächlichen durchschnittlichen Fahrzeit

Neben den beiden in Abbildung 24 und Abbildung 25 dargestellten Erreichbarkeitsanalysen wird im Folgenden die tatsächliche Fahrzeit der Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ zwischen Wohn- und Behandlungsort betrachtet. Die tatsächlichen Fahrzeiten sind in Tabelle 7 abgebildet.²⁰⁷

Die durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit schwankt zwischen 10 und 40 Minuten und befindet sich im Mittel bei 20 Minuten für den Freistaat. Anhand der dargestellten Fahrzeiten in Tabelle 7 lässt sich gut das Gefälle zwischen den städtischen und ländlichen Regionen ablesen. Während die Fahrzeit in Gera oder Weimar bei durchschnittlich 10/11 Minuten liegt, legen die Mütter des Saale-Orla-Kreises durchschnittlich 40 Minuten zu ihrem Versorger der LG „21.4 – Geburten“ zurück. Bei Betrachtung der Angaben auf der Ebene der Planungsregionen wird ersichtlich, dass jede Schwangere mit Wohnort in Mittelthüringen ihren Behandlungsort in unter 40 Minuten erreichen konnte, wohingegen in Südwestthüringen etwa 13 % der Schwangeren über 40 Minuten zurückgelegt haben.

²⁰⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

²⁰⁷ Das Vorgehen zur Ermittlung der tatsächlichen Fahrzeiten zum Versorger ist im Kapitel 3 beschrieben.

Tabelle 7: Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2022²⁰⁸

Landkreis	Durchschnittliche Fahrzeit in Minuten
Altenburger Land	14
Eichsfeld	24
Erfurt, Stadt	13
Gera, Stadt	10
Gotha	19
Greiz	31
Hildburghausen	34
Ilm-Kreis	23
Jena, Stadt	13
Kyffhäuserkreis	26
Nordhausen	13
Saale-Holzland-Kreis	25
Saale-Orla-Kreis	40
Saalfeld-Rudolstadt	28
Schmalkalden-Meiningen	28
Sömmerda	26
Sonneberg	25
Suhl, Stadt	12
Unstrut-Hainich-Kreis	22
Wartburgkreis	19
Weimar, Stadt	11
Weimarer Land	20
Thüringen	20

6.1.2 Perinatalzentren

Vor dem Hintergrund spezieller Anforderungen bezüglich personeller Ressourcen und infrastruktureller Gegebenheiten hat der G-BA eine Richtlinie für Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh-

²⁰⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL) festgelegt.²⁰⁹ Die Richtlinie soll, basierend auf vier Versorgungsstufen, die Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in Deutschland sichern:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

Ziel dabei ist die Gewährleistung der bestmöglichen (nach einem Risikoprofil differenzierten) Versorgung für Früh- und Reifgeborene durch eine flächendeckende Struktur. Hinsichtlich der Aufnahme- und Zuweisungskriterien zu den jeweiligen Versorgungsstufen ist insbesondere das Aufnahmegewicht entscheidend. In ein Perinatalzentrum Level 1 werden Früh- und Reifgeborene mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1.250 g aufgenommen. Die Aufnahme in ein Perinatalzentrum Level 2 erfolgt bei einem geschätzten Geburtsgewicht von 1.250 bis 1.499 g. In einem Krankenhaus mit perinatalem Schwerpunkt erfolgt die Aufnahme hingegen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g.

In einer Geburtsklinik werden Schwangere ohne zu erwartende Komplikationen aufgenommen. Die personellen und infrastrukturellen Anforderungen sowie die weiteren Aufnahme- und Zuweisungskriterien können in der entsprechenden Richtlinie nachvollzogen werden.²¹⁰

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in einem Perinatalzentrum Level 1 wurde vom G-BA zudem eine Mindestmenge festgelegt.^{211/212} Ab 2024 muss ein Perinatalzentrum Level 1 mindestens 25 Früh- und Reifgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g im Jahr behandeln, um als Perinatalzentrum Level 1 klassifiziert werden zu können.^{213/214}

Wie in Abbildung 26 ersichtlich, sind die drei Perinatalzentren Level 1 in den Planungsregionen Ost-, Mittel und Südwestthüringen verortet, wobei sich in der Region Nordthüringen kein Perinatalzentrum Level 1 befindet. Entsprechend Abbildung 26 werden oftmals Fahrzeiten von über 40 Minuten benötigt, was jedoch hinsichtlich der Fallzahlhäufigkeit und den hohen Anforderungen an die Versorger als unkritisch zu bewerten ist. Zudem handelt es sich bei in Perinatalzentren versorgten Fällen in der Regel nicht um zeitkritische Notfälle, sondern um planbare Leistungen.

²⁰⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3333/QFR-RL_2023-10-19_iK-2024-01-01_2024-01-19.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²¹⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3333/QFR-RL_2023-10-19_iK-2024-01-01_2024-01-19.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²¹¹ Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Mindestmengen schützen Patientinnen und Patienten!, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1125/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²¹² Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Faktenblatt zur Erhöhung der Mindestmenge für die Versorgung von Frühgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 g, https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5530/Faktenblatt-MiMe_untergewichtige-Fruhegeborene_Logo.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²¹³ Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Mindestmengenregelung, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3099/Mm-R_2023-02-16_iK-2023-01-01.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²¹⁴ In den Kalenderjahren 2021 und 2022 galt übergangsweise jeweils eine Mindestmenge von 14 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. Im Jahr 2023 galt übergangsweise eine Mindestmenge von 20 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

Bei Betrachtung der Fallzahlen der drei Versorger wird ersichtlich, dass der Versorger in Suhl über die letzten Jahre hinweg geringere Fallzahlen aufwies, als die Mindestmenge vorgibt, und die Klassifizierung als Level-1-Versorger demzufolge möglicherweise künftig gefährdet sein könnte.²¹⁵

Ein Wegfall der Klassifizierung als Level-1-Versorger für Suhl würde die Erreichbarkeit für den Süden des Freistaates verschlechtern. Dabei ist zusätzlich darauf hinzuweisen, dass auch die grenznahen Versorger im angrenzenden Bundesland Bayern geringe Fallzahlen aufwiesen und nur über die Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen die Berechtigung zur Versorgung extrem Früh- und Reifgeborener erhielten.²¹⁶

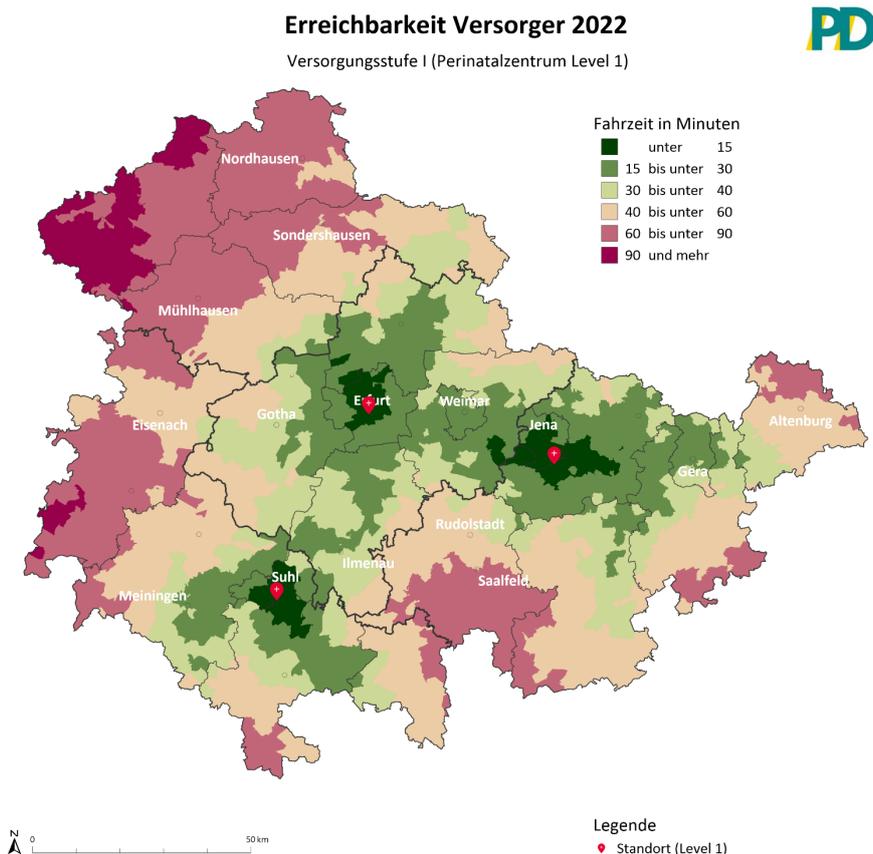


Abbildung 26: Erreichbarkeit von Perinatalzentren des Levels 1 im Jahr 2022²¹⁷

Ein Versorger, der mindestens die Kriterien eines Perinatalzentrums Level 2 erfüllt, kann in der Regel in unter 60 Minuten erreicht werden (Abbildung 27). Die überdurchschnittliche Versorgung entlang der Städteteckette wird hier erneut widerspiegelt. Insbesondere in der Region zwischen Erfurt und Jena gibt es auf relativ engem Raum mehrere Versorger.

²¹⁵ Allgemeine Ortskrankenkasse (2024): Mindestmengen-Transparenzkarte 2024, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2024/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²¹⁶ Allgemeine Ortskrankenkasse (2024): Mindestmengen-Transparenzkarte 2024, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2024/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²¹⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

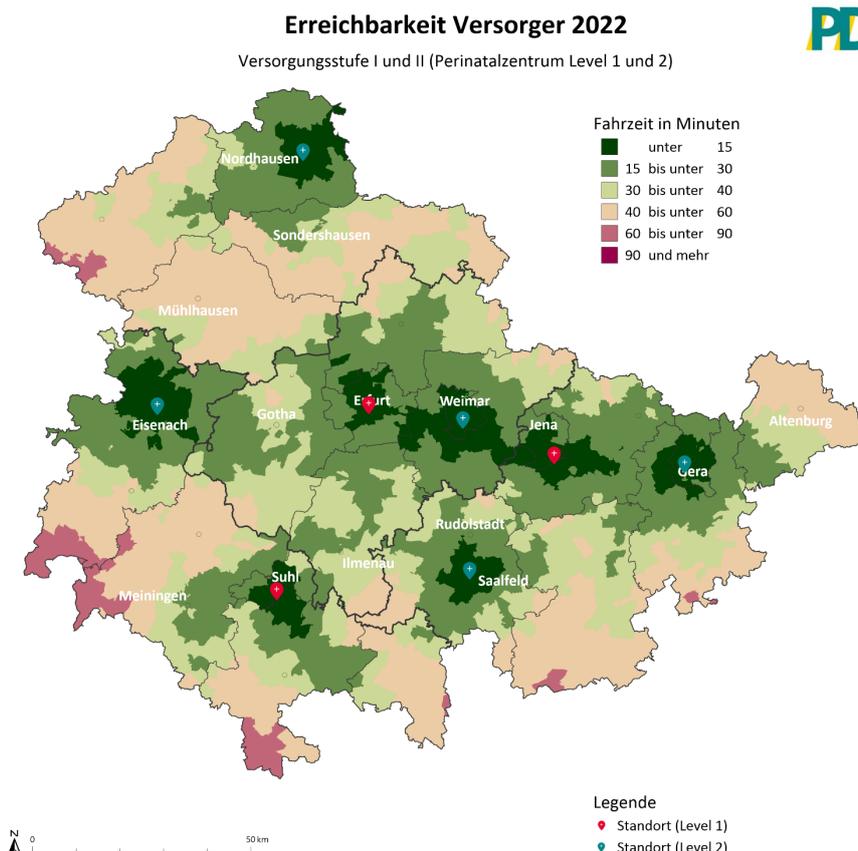


Abbildung 27: Erreichbarkeit von Perinatalzentren des Levels 1 und 2 im Jahr 2022²¹⁸

6.1.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Grundsätzlich ist die Erreichbarkeit der geburtshilflichen Versorgung in Thüringen als gut bis sehr gut zu bewerten, wobei es jedoch auch Regionen in Ost- und Südwestthüringen gibt, von denen aus mit Fahrzeiten zwischen 40 und 90 Minuten zu rechnen ist. Ein Großteil der bestehenden Leistungserbringer in Thüringen wird hier zum Erhalt einer angemessenen regionalen Versorgung von schwangeren Personen benötigt. Die Reduzierung des Leistungsangebotes in den zuvor genannten Regionen würde die Fahrzeit für Teile der Bevölkerung verlängern.

Aufgrund des prognostizierten Fallzahlrückgangs ist es jedoch fraglich, ob kleine Abteilungen, die bereits zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens relativ geringe Fallzahlen aufwiesen, langfristig wirtschaftlich tragfähig sind und somit auch weiterhin zur Leistungserbringung beitragen können. Erschwerend kommt hinzu, dass für die Jahre 2023 und 2024 Mittel aus dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz fließen, die ab 2025 entfallen.^{219/220} Auch der Fachkräftemangel beeinflusst die Versorgungsplanung maßgeblich, da neben wirtschaftlichen Faktoren häufig personelle Engpässe zur Schließung eines Standortes beitragen.

²¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

²¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit (2022): Krankenhauspflegeentlastungsgesetz <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-1p/khpflg>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²²⁰ § 5 Absatz 2b KHEntgG.

Um auf diese Entwicklungen adäquat reagieren zu können, müssen die Geburtenzahlen der einzelnen Standorte auf planerischer Ebene regelmäßig evaluiert werden. Auch Szenario-Analysen, die den Wegfall eines Versorgers und die daraus entstehenden Auswirkung auf die Erreichbarkeit simulieren, spielen dabei eine wichtige Rolle. Zudem sollte eine ausreichende Finanzierung geburtshilflicher Leistungen sichergestellt werden, um insbesondere versorgungsrelevante Standorte wirtschaftlich zu stärken.

Ergänzend müssen neue Versorgungsmodelle entwickelt und in Thüringen implementiert werden, die insbesondere Lösungen für die Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Ballungszentren bieten. Möglich wäre beispielsweise eine Konzentration der geburtshilflichen Leistungen in Kombination mit einem „Boarding-Konzept“. Frauen, deren Entbindungstermin zeitnah bevorsteht, würden entsprechend ihres individuellen geburtshilflichen Risikos in Versorgungslevel eingeteilt werden und in Patientenhôtels in der Nähe eines zentralen geburtshilflichen Versorgers unterkommen.

Patientinnen ohne Risiko würden entsprechend überwiegend von Hebammen betreut werden, die im Notfall auf Fachärztinnen und Fachärzte zurückgreifen können. Low-risk-Patientinnen würden von Fachärztinnen und Fachärzten gemeinsam mit Hebammen betreut werden. Intermediate/high-risk-Patientinnen würden primär ärztlich-perinatologisch betreut werden. Knappe personelle Ressourcen könnten so effizient eingesetzt werden und für alle Patientinnen stünde ein auf ihr Risikoprofil zugeschnittenes Betreuungskonzept zur Verfügung. Begleitend müsste jedoch auch der Rettungsdienst ausgebaut werden, um sich darüber hinaus ergebende Notfälle berücksichtigen zu können.²²¹ Erfahrungen mit einem vergleichbaren Konzept werden zum Beispiel mit der vorgeburtlichen Unterkunft in der Klinik Husum gesammelt.²²²

Ein dem zuvor beschriebenen Modell ähnliches Vorgehen findet auch in Teilen Norwegens bereits Anwendung, nicht zuletzt deswegen, weil hier insbesondere in den dünn besiedelten Regionen mit langen Anfahrtszeiten zu rechnen ist.²²³ Das verdeutlicht, dass solche Versorgungsmodelle möglich und umsetzbar sind. Diese können zumindest teilweise die negativen Auswirkungen auf die Versorgung bei Wegfall einer Geburtshilfe abmildern.

Es darf dabei aber nicht ausschließlich auf die stationären Versorgungskapazitäten abgestellt werden. Ebenso muss bei einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sichergestellt werden, dass es zukünftig sowohl ausreichend Hebammen als auch niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen für die Vor- und Nachsorge von Schwangeren und Müttern in akzeptabler Erreichbarkeit gibt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Krankenhausplanung vor der Herausforderung steht, einerseits eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch akzeptable Erreichbarkeiten sicherzustellen und andererseits durch die Konzentration bestimmter Leistungsangebote den aktuellen Herausforderungen wie etwa dem Fachkräftemangel und Tragfähigkeitsproblemen entgegenzuwirken.

Hinsichtlich der Versorgungssituation von Früh- und Reifgeborenen in Perinatalzentren der Level 1 und 2 stellt die zu erreichende Fallmenge für den Level-1-Versorger in Suhl eine Herausforderung dar. So erreicht dieser die erforderliche Mindestmenge zur Versorgung von extrem Früh- und Reifgeborenen in den letzten

²²¹ Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2023): Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland, https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2023/Fachempfehlung_Modelle_zu_Versorgungsstrukturen_in_der_klinischen_Geburtshilfe_2023_.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²²² Klinikum Nordfriesland: Vorgeburtliche Unterkunft in der Klinik Husum, <https://www.klinikum-nf.de/kliniken-praxen/klinik-husum/behandlungsbereiche/geburtshilfe/vorgeburtliche-unterkunft-boarding/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²²³ Norum, J. et al. (2013): Quality of obstetric care in the sparsely populated sub-arctic area of Norway 2009–2011, erschienen in: BMC Pregnancy Childbirth (13 175).

Jahren nur knapp.²²⁴ Der prognostizierte Rückgang der Gesamtgeburtenszahl lässt auch für die Zahl der extrem Früh- und Reifgeborenen einen Rückgang erwarten, mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Fallzahlen in Suhl.

Bei der Bewertung der Situation ist es jedoch wichtig zu bedenken, dass auch der Versorger in Coburg (Bayern) an der Grenze zu Thüringen Schwierigkeiten hatte, die erforderlichen Mindestmengen zu erreichen. Zuletzt erhielt der Versorger nur über die Landesbehörde – im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen – die Berechtigung zur Versorgung von extrem Früh- und Reifgeborenen.²²⁵ Der Wegfall des Versorgers würde sich auf die Versorgungssituation der gesamten Grenzregion auswirken und möglicherweise auch einen Fallzahlzuwachs im angrenzenden Suhl nach sich ziehen. Über eine Kooperation zwischen Suhl und Coburg wurde in der Vergangenheit bereits diskutiert.²²⁶

Die Ausführungen zeigen das Potenzial, aber auch die Notwendigkeit, krankenhauplanerische Überlegungen zur Geburtshilfe nicht nur über Sektorgrenzen, sondern auch über die Ländergrenzen hinaus anzustellen.

6.2 Kinder- und Jugendmedizin

Die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Thüringen wurde anhand des LB „23 – Kinder- und Jugendmedizin“ sowie des LB „10 – Kinder- und Jugendchirurgie“ analysiert. Die Leistungsbereiche untergliedern sich dabei wiederum in die Leistungsgruppen:

- „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“,
- „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)“,
- „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“ sowie
- „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“.

Die entsprechenden Zuordnungskriterien zu den einzelnen Leistungsgruppen können in Tabelle 8 nachvollzogen werden.

²²⁴ Techniker Krankenkasse (2023): Die beschlossene Mindestmenge von 25 ist bereits ein Kompromiss, <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/patientensicherheit/mindestmenge-fuer-sehr-kleine-fruehgeborene-2149766>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²²⁵ Allgemeine Ortskrankenkasse (2024): Mindestmengen-Transparenzkarte 2024, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2024/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²²⁶ Mitteldeutscher Rundfunk (2022): Kooperation mit Coburg könnte Frühchenstation Suhl retten, <https://www.mdr.de/nachrichten/thueringen/sued-thueringen/suhl/fruehchenstation-srh-klinikum-neugeborene-babys-100.html>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

Tabelle 8: Leistungsbereich- und Leistungsgruppenzuordnung pädiatrischer Leistungen entsprechend der nordrhein-westfälischen Leistungsgruppendefinition²²⁷

Leistungsbereich	Leistungsgruppe		Zuordnungskriterien
23 – Kinder- und Jugendmedizin	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Entlassende Fachabteilung
	23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)	OPS ²²⁸ , Alter < 18 Jahre
	23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)	ICD, OPS, Alter < 18 Jahre
10 – Kinder- und Jugendchirurgie	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie	Entlassende Fachabteilung

Bei der Interpretation der folgenden Analysen ist zu berücksichtigen, dass pädiatrische Patientinnen und Patienten, also Personen unter 18 Jahren, auch in anderen Leistungsbereichen beziehungsweise Leistungsgruppen behandelt werden können. Da Kinder und Jugendliche primär in den in Tabelle 8 aufgeführten Leistungsgruppen versorgt werden, liegen diese in den nachfolgenden Analysen im Fokus.

6.2.1 Versorgungssituation der Kinder- und Jugendmedizin in Thüringen

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2022 wurden in Thüringen insgesamt rund 24.600 vollstationäre Fälle in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ versorgt (Abbildung 28) und damit etwa 16 % weniger als 2018. Auffällig ist der starke Rückgang um 26 % zwischen den Jahren 2019 und 2020. Eine mögliche Erklärung ist der allgemeine Fallzahlrückgang während der COVID-19-Pandemie. Es zeigt sich jedoch, dass die Fallzahlen seitdem wieder steigen. Bis zum Jahr 2022 konnte ein Zuwachs von 14 % im Vergleich zu 2020 verzeichnet werden.

²²⁷ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022): Übersichtstabelle der Leistungsgruppendefinitionen, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppendefinitionen.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²²⁸ Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).

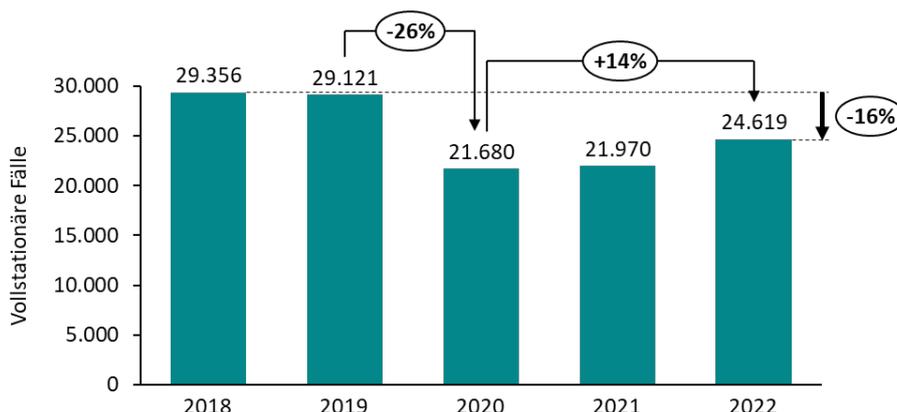


Abbildung 28: Vollstationäre Fälle in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ in den Jahren 2018 bis 2022²²⁹

In der LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ wurden im Jahr 2022 rund 2.400 Fälle an drei Standorten betreut (Abbildung 29). Verglichen mit dem Jahr 2018, in dem es 3.249 Fälle waren, entspricht das einem Rückgang um 25 %. Anders als in der zuvor beschriebenen LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ haben sich die Fallzahlen nach einem stärkeren Einbruch von 2019 auf 2020 bis zum Jahr 2022 nicht erholt, sondern sind seitdem kontinuierlich weiter gesunken.

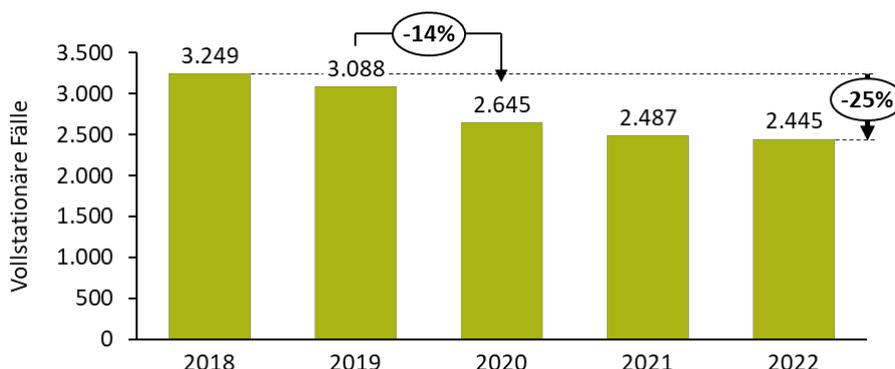


Abbildung 29: Vollstationäre Fälle in der LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ in den Jahren 2018 bis 2022²³⁰

In der LG „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)“ wurden im Jahr 2022 lediglich acht Fälle betreut. In der LG „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“ waren es im selben Jahr 148 Fälle.

Vergleichbar geringe Fallzahlen lassen sich auch in den vorherigen Jahren beobachten. In der LG „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Stammzelltransplantation)“ ist im Jahr 2022 ein Versorger und in der LG „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Leukämie und Lymphome)“ sind zwei Versorger an der Leistungserbringung beteiligt. Da in beiden Leistungsgruppen hochspezialisierte Leistungen mit nur wenigen Fällen erbracht werden, wird auf eine detaillierte Betrachtung in diesem Abschnitt verzichtet. Weitere Analysen der zuvor genannten Leistungsgruppen sowie der LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ befinden sich im Anhang Kapitel 4.

²²⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

²³⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Verweildauer

Die Verweildauer der Fälle in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ lag im Betrachtungszeitraum nahezu konstant bei 3,5 Tagen (Abbildung 30). In der LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ hingegen ist eine leichte Abnahme der Verweildauer von 3,5 Tagen auf 3,2 Tage im Betrachtungszeitraum zu verzeichnen.

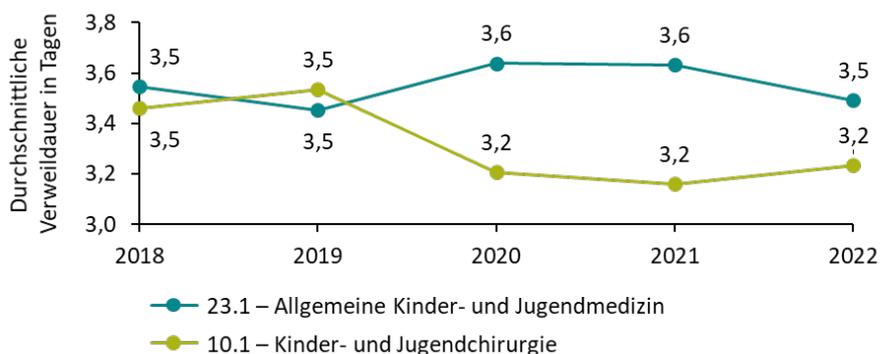


Abbildung 30: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in den LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ und LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ in den Jahren 2018 bis 2022²³¹

Fallzahlprognose auf Behandlungsebene

Abbildung 31 bildet die Prognose der Fallzahlen bis zum Jahr 2030 auf Behandlungsebene ab. Dabei werden verschiedenen Prognoseszenarien betrachtet. Die Prognose wurde einmal auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2019 und einmal auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2022 durchgeführt. Zudem wurde die Betrachtung einmal mit und einmal ohne Ambulantisierungspotenzial durchgeführt, da im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ein nicht zu vernachlässigendes Ambulantisierungspotenzial existiert.

Ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials wird ausgehend von der Prognosebasis 2019 ein Fallzahlzuwachs von rund 9 % prognostiziert, wohingegen bei Berücksichtigung des Potenzials ein Fallzahlrückgang von rund 7 % prognostiziert wird. Basierend auf der Prognosebasis 2022 wird mit und ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials ein Fallzahlrückgang erwartet. Mit rund 18 % ist der Fallzahlrückgang bei Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials jedoch deutlich höher als im Szenario ohne Berücksichtigung des Potenzials, wo der Rückgang bei rund 4 % liegt.

²³¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

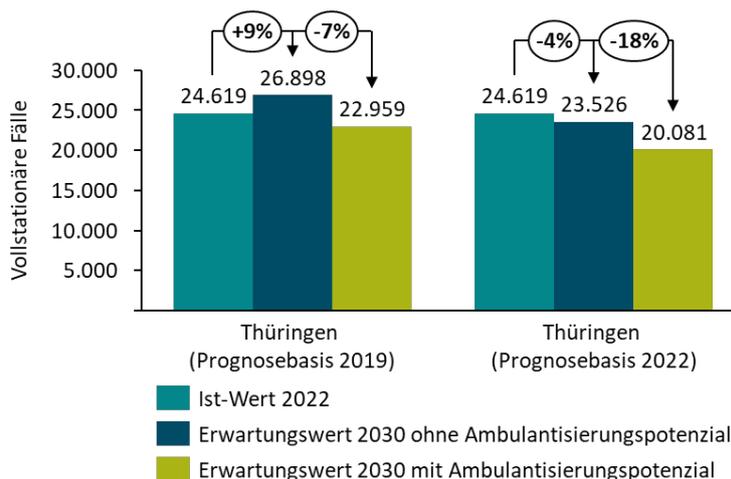


Abbildung 31: Ist-Wert und Erwartungswerte in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial nach Behandlungsort Thüringen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019 und 2022)²³²

Fallzahlprognose auf Wohnortebene

Im nachfolgenden Abschnitt werden die prognostizierten Fallzahlen für das Jahr 2030 auf Wohnortebene der Patientinnen und Patienten differenziert nach den Planungsregionen sowie mit und ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials abgebildet. Während in Abbildung 32 die Prognosebasis 2019 gewählt wurde, wird in Abbildung 33 die Prognosebasis 2022 abgebildet. Weiterführende Erläuterungen zur Differenzierung der verschiedenen Systematiken können im Kapitel 5 nachvollzogen werden.

Ähnlich wie bei der Prognose auf Behandlungsortebene (Abbildung 31) wird bei der Prognose auf Wohnortebene ersichtlich, dass ausgehend vom Prognosejahr 2019 ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials thüringenweit ein Fallzahlzuwachs und mit Berücksichtigung des Potenzials bis zum Jahr 2030 ein Fallzahlrückgang erwartet wird (Abbildung 32).

Der Fallzahlzuwachs im Szenario ohne Ambulantisierungspotenzial ist in Mittelthüringen am ausgeprägtesten. Im Szenario mit Ambulantisierungspotenzial ist der Fallzahlrückgang in Nordthüringen mit 10 % am höchsten und in Mittelthüringen mit 4 % am geringsten.

²³² Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2022) in Verbindung mit der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung vom Bevölkerungsstand 31.12.2020 (Thüringer Landesamt für Statistik).

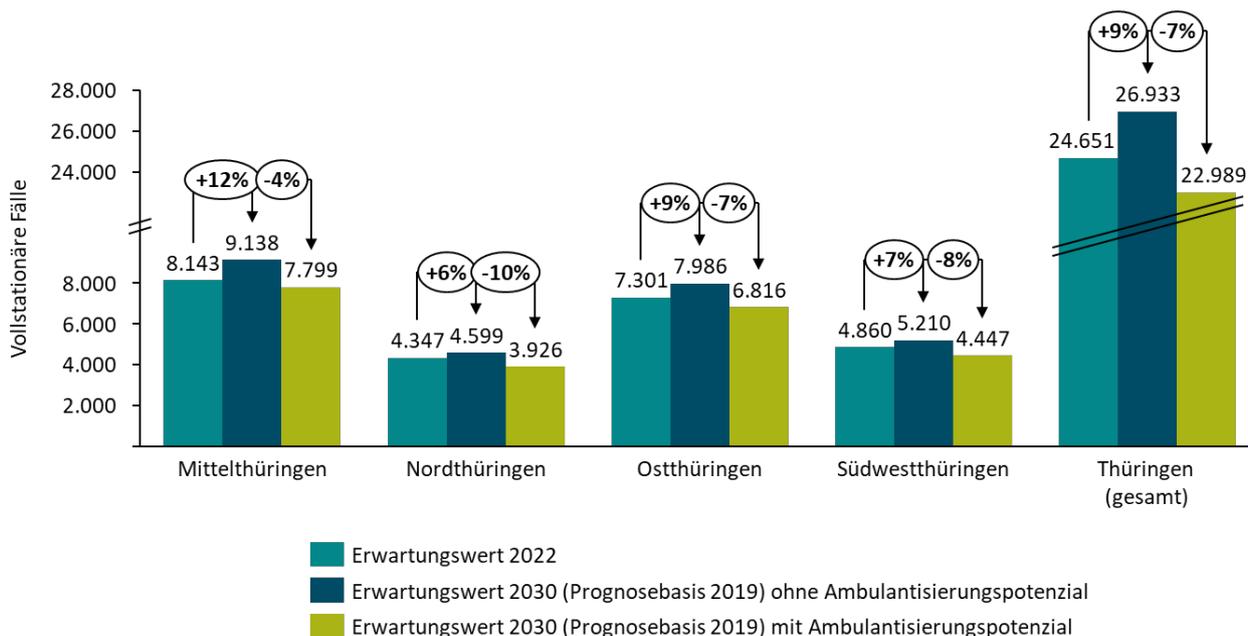


Abbildung 32: Erwartungswerte in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ nach Wohnort Thüringen, mit und ohne Ambulantisierungspotenzial sowie auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019)²³³

Ein abweichendes Bild ergibt sich bei Betrachtung der Prognosebasis 2022 (Abbildung 33). In diesem Szenario kann sowohl bei Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials als auch ohne dessen Berücksichtigung von einem Fallzahlrückgang ausgegangen werden. Ausgeprägter ist der Fallzahlrückgang jedoch erwartungsgemäß bei Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials. Thüringenweit liegt der Fallzahlrückgang bei Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials bei rund 18 %. Der Fallzahlrückgang ist in Nordthüringen im Szenario mit Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials mit 21 % am höchsten und in Mittelthüringen mit 16 % am geringsten. Ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials ist der Rückgang in Nordthüringen mit 8 % am höchsten und in Mittelthüringen mit 2 % am geringsten.

²³³ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2022) in Verbindung mit der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung vom Bevölkerungsstand 31.12.2020 (Thüringer Landesamt für Statistik).

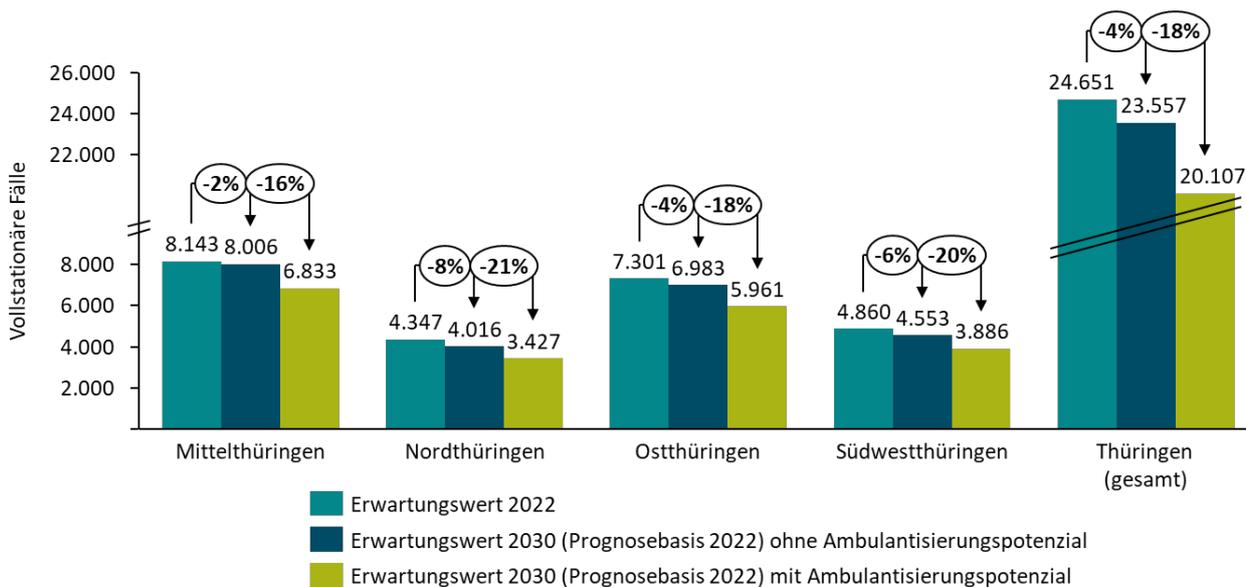


Abbildung 33: Erwartungswerte in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ nach Wohnort Thüringen, mit und ohne Ambulantisierungspotenzial sowie auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2022)²³⁴

Standorte

Im Jahr 2022 haben in Thüringen 17 Versorger an der Leistungserbringung in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ partizipiert (Abbildung 34).²³⁵ Rund ein Drittel der Leistungserbringer erbrachte dabei etwas mehr als die Hälfte der Fälle im Jahr 2022. Insgesamt ist das Bild der Leistungserbringer weitestgehend von relativ kleinen Einheiten geprägt, die zu einem Großteil weniger als 1.500 Fälle im Jahr versorgen.

²³⁴ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2022) in Verbindung mit der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung vom Bevölkerungsstand 31.12.2020 (Thüringer Landesamt für Statistik).

²³⁵ Im Jahr 2023 hat einer der 17 Standorte seine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin geschlossen.

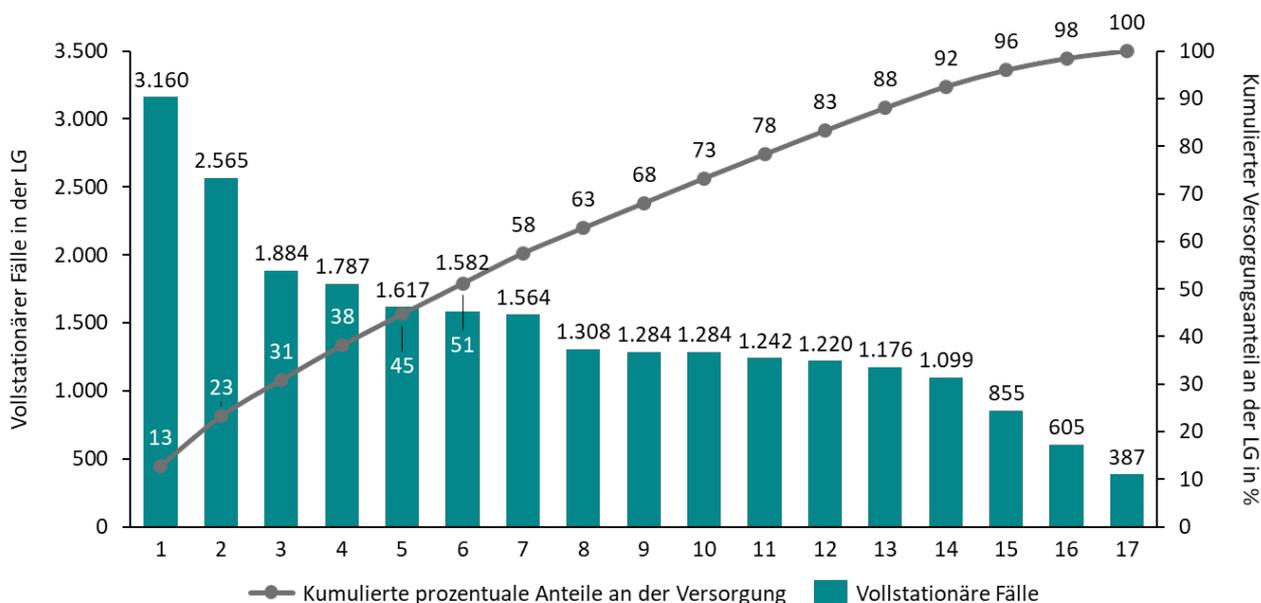


Abbildung 34: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter Versorgungsanteil innerhalb der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2022²³⁶

Insgesamt erhielten sieben Leistungserbringer in Thüringen, die eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorhalten, im Jahr 2022 einen Sicherstellungszuschlag.^{237/238} Unter Berücksichtigung, dass derzeit insgesamt 16 Versorger²³⁹ zur Leistungserbringung beitragen, bedeutet das folglich, dass etwas weniger als die Hälfte der Versorger einen Sicherstellungszuschlag erhält. Diesen erhalten diejenigen Krankenhäuser, die für die regionale Basisversorgung der Bevölkerung notwendig sind, aber aufgrund geringer Fallzahlen in den relevanten Fachabteilungen die Versorgung nicht kostendeckend finanzieren können.

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Abbildung 35 stellt die durchschnittlichen Fahrzeiten zum wohnortnächsten Versorger der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2022 dar.²⁴⁰ In den meisten Regionen Thüringens können Versorger der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin in maximal 40 Minuten erreicht werden. Insbesondere an den Landesgrenzen zu Bayern und Sachsen entstehen jedoch bei der ausschließlichen Betrachtung von Versorgern innerhalb Thüringens Fahrzeiten von bis zu 90 Minuten. Besonders kurze Fahrzeiten erge-

²³⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

²³⁷ Die Sicherstellungszuschläge werden pro Behandlungsfall über das übliche Entgeltsystem (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) hinaus gezahlt. Sie sollen helfen, das strukturell bedingte Defizit des Krankenhauses auszugleichen.

²³⁸ Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2021): Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG vom 30.06.2021, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.1_Stationaere_Ver-guetung/2.2.1.9_Vereinbarung_der_Liste_der_Krankenhaeuser/Vereinbarung_der_Liste_der_Krankenhaeuser_gema-ess_9_Abs_1a_Nr_6_KHEntgG_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²³⁹ Im Jahr 2023 hat einer der 17 Standorte seine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin geschlossen.

²⁴⁰ Die Berechnung der Fahrzeiten in den Abbildungen sind zwischen den Versorgern und den PLZ8-Regionen ermittelt worden, also unabhängig davon, ob dort wirklich ein Fall im Jahr 2022 aufgetreten ist.

ben sich aufgrund der verhältnismäßig hohen Dichte an Versorgern entlang der Städtekette zwischen Eisenach und Gera. Insgesamt können jedoch rund 93 % der Bevölkerung Thüringens im Jahr 2022 den wohnortnächsten Versorger der Kinder- und Jugendmedizin in Thüringen in maximal 40 Minuten erreichen.²⁴¹

Unter Berücksichtigung der Versorger der umliegenden Bundesländer ergibt sich in allen Teilen Thüringens, aber insbesondere an den südlichen Landesgrenzen, eine verbesserte Erreichbarkeit für die Bevölkerung.

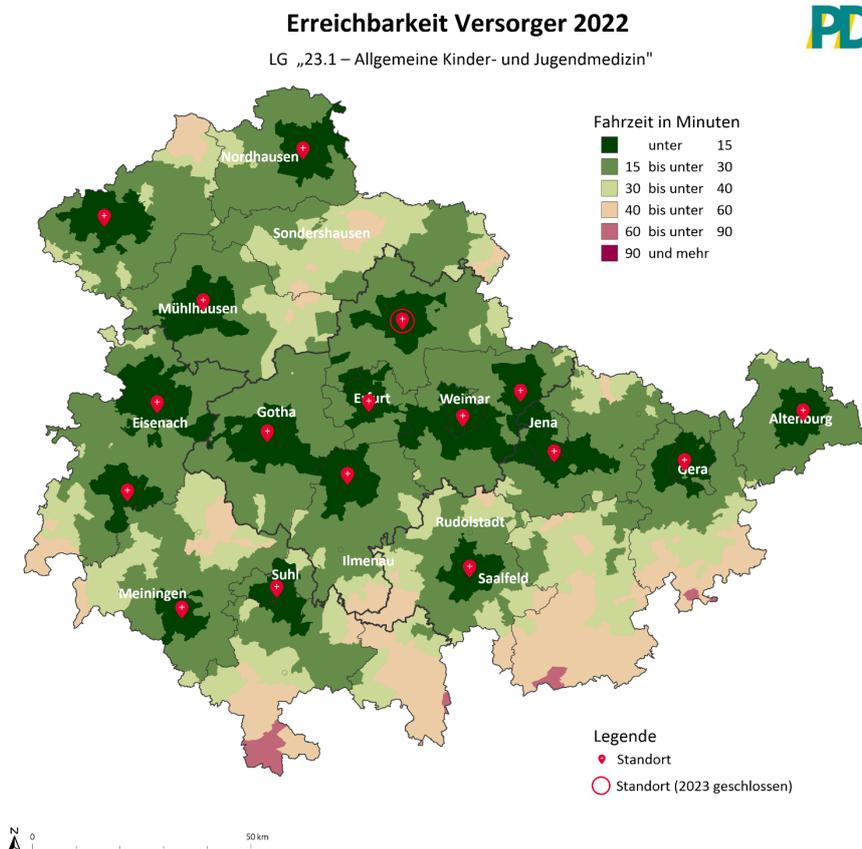


Abbildung 35: Erreichbarkeit eines Versorgers der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2022²⁴²

Deutlich wird die verhältnismäßig hohe Versorgungsdichte entlang der Städtekette auch bei Betrachtung der Fahrzeiten zu den alternativen Versorgern (Abbildung 36). Fielen die nächstgelegenen Versorger eines Einzugsgebietes weg, bliebe die Versorgungssituation gemessen an der Fahrzeit entlang der Städtekette in der Mitte des Freistaates weiterhin gut. Leistungserbringer könnten nach wie vor innerhalb von rund 30 Minuten erreicht werden.

In den mit weniger Versorgern ausgestatteten Regionen, wie etwa Nordthüringen oder entlang der südlichen Landesgrenze des Freistaates, würde sich die Erreichbarkeit hingegen deutlich verschlechtern. Hervorzuheben ist dabei die Bedeutung des Leistungserbringers in Saalfeld, bei dessen Wegfall sich die Fahrzeiten für die Bevölkerung deutlich verlängern würden.

²⁴¹ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

²⁴² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Abweichend zu den sonstigen Erreichbarkeitsanalysen im Gutachten wird die Erreichbarkeit in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ entsprechend den Anmerkungen des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einer 40-Minuten-Grenze abgebildet.

Die Schließung der Fachabteilung in Sömmerda (auf der Karte rot umkreist) im Jahr 2023 führt hingegen nur zu geringfügigen Fahrzeitverlängerungen für die Bevölkerung aufgrund der geografischen Nähe zu Jena und Weimar.

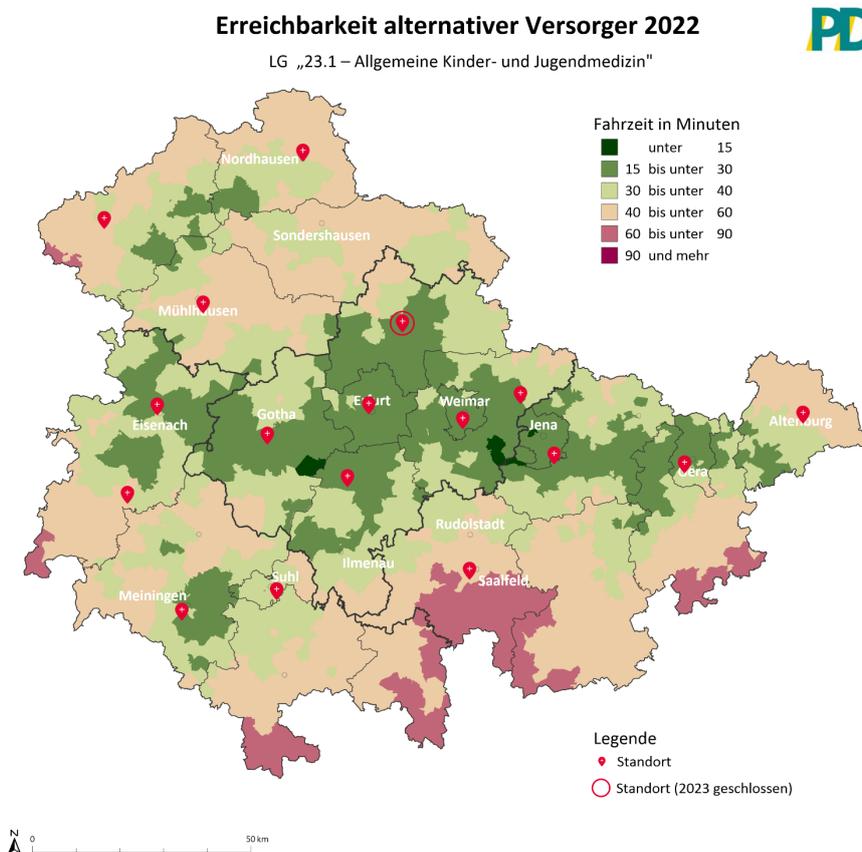


Abbildung 36: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2022²⁴³

Erreichbarkeitsanalysen der tatsächlichen durchschnittlichen Fahrzeit

Ergänzend zu Abbildung 35 und Abbildung 36 sind in Tabelle 9 die tatsächlichen durchschnittlichen Fahrzeiten zum Ort der Behandlung aller Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Thüringen aufgeführt.²⁴⁴

Thüringenweit beträgt die tatsächliche Fahrzeit in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ durchschnittlich 22 Minuten. Bei Betrachtung der Tabelle 9 zeigen sich jedoch deutliche regionale Unterschiede. Während in den städtischen Regionen, wie Gera, Jena, Weimar oder Erfurt, durchschnittlich unter 15 Minuten Fahrzeit anfielen, wurden im Landkreis Sonneberg durchschnittlich 59 Minuten Fahrzeit von den Patientinnen und Patienten bis zum Behandlungsort benötigt. Der Landkreis Sonneberg ist damit jedoch ein Einzelfall. Patientinnen und Patienten mit Wohnort in den übrigen Landkreisen beziehungsweise kreisfreien Städten brauchten maximal 42 Minuten zum Erreichen des Versorgers.

²⁴³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

²⁴⁴ Das Vorgehen zur Ermittlung der tatsächlichen Fahrzeiten zum Versorger ist im Kapitel 3 beschrieben.

Insgesamt waren in Thüringen rund 10 % der Patientinnen und Patienten von tatsächlichen Fahrzeiten über 40 Minuten betroffen. Auf Ebene der Planungsregionen haben in Südwestthüringen etwa 22 % der Fälle tatsächlich über 40 Minuten bis zum entsprechenden Versorger zurückgelegt, wohingegen in Mittelthüringen ein deutlich geringerer Anteil von längeren Fahrzeiten betroffen war.

Tabelle 9: Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2022²⁴⁵

Landkreis	Durchschnittliche Fahrzeit in Minuten
Altenburger Land	15
Eichsfeld	21
Erfurt, Stadt	14
Gera, Stadt	12
Gotha	19
Greiz	32
Hildburghausen	36
Ilm-Kreis	24
Jena, Stadt	13
Kyffhäuserkreis	39
Nordhausen	15
Saale-Holzland-Kreis	25
Saale-Orla-Kreis	42
Saalfeld-Rudolstadt	33
Schmalkalden-Meiningen	28
Sömmerda	25
Sonneberg	59
Suhl, Stadt	15
Unstrut-Hainich-Kreis	25
Wartburgkreis	21
Weimar, Stadt	14
Weimarer Land	24
Thüringen	22

²⁴⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

6.2.2 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

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.

Vor dem Hintergrund des gegenwärtig geringen Fallzahlaufkommens an einer Vielzahl der Standorte, sind bereits heute Tragfähigkeitsprobleme Realität. Aufgrund der prognostizierten rückläufigen Fallzahlentwicklung ist davon auszugehen, dass sich die Tragfähigkeitsprobleme zukünftig noch verstärken werden.

Die pädiatrische Spezialversorgung, wie die Kinder- und Jugendchirurgie oder die Kinder-Hämatologie und -Onkologie, wird nur an wenigen Standorten in Thüringen vorgehalten. Aufgrund der relativ geringen Anzahl an zu versorgenden Patientinnen und Patienten sowie dem hohen Spezialisierungsgrad werden diese Leistungen auch in der Zukunft nicht flächendeckend angeboten werden. Kooperationen zwischen den Versorgern der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin sowie denen der Spezialversorgung sollten zur Abstimmung des Leistungsportfolios initiiert und gefördert werden.

In den Regionen in denen es kein pädiatrisches Versorgungsangebot in angemessener Erreichbarkeit gibt, können Kooperationen zwischen Fachabteilungen der Erwachsenenmedizin mit pädiatrischen Versorgern ein Weg sein, auch in diesen Regionen eine adäquate Versorgung der Kinder und Jugendlichen sicherzustellen. Dabei kommen auch telemedizinische Konzepte infrage, die als unterstützendes Angebot gesehen werden können, um eine wohnortnahe Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen.

Die Versorgerlandschaft in der Kinder- und Jugendmedizin in Thüringen ist insgesamt geprägt von Versorgern, die in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ geringe Fallzahlen aufweisen. Nicht verwunderlich erscheint es daher, dass knapp die Hälfte der Leistungserbringer in Thüringen einen Sicherstellungszuschlag für die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin erhält.²⁴⁶ Fachvertreterinnen und -vertreter kritisieren seit Jahren, dass Kinderkliniken nicht ausreichend finanziert seien. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sei personalintensiv und mit hohen Vorhaltekosten verbunden, die über die aktuelle Vergütungssystematik nicht ausreichend abgedeckt würden. Hinzu kämen saisonale Belegschwankungen sowie im Vergleich zur Erwachsenenmedizin weniger planbare Krankenhausaufenthalte.²⁴⁷

All diese Faktoren machen es schwierig, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen kostendeckend gewährleisten zu können. Dies wurde auf der Bundesebene erkannt, sodass es im aktuellen Koalitionsvertrag heißt: „Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“²⁴⁸

Daran knüpfte die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung an und legte zwei Stellungnahmen vor. Die erste Stellungnahme thematisiert „eine kurzfristige Reform der

²⁴⁶ Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2021): Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntg vom 30.06.2021, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.1_Stationaere_Verguetung/2.2.1.9_Vereinbarung_der_Liste_der_Krankenhaeuser/Vereinbarung_der_Liste_der_Krankenhaeuser_gemaess_9_Abs_1a_Nr_6_KHEntg_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁴⁷ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (2023): Kinderkliniken vernünftig finanzieren, <https://www.dgkj.de/unsere-arbeit/politik/faqs-finanzierung-kinderkliniken>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁴⁸ Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe“. Basierend darauf wurden mittels des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes kurzfristig Mittel für die Kinder- und Jugendmedizin für die Jahre 2023 und 2024 vom Bund bereitgestellt. Diese Mittel stehen ab 2025 nicht mehr zur Verfügung, so dass sich die Situation weiter verschärfen wird.^{249/250/251}

Die sechste Stellungnahme führt Empfehlungen für eine „kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin“ auf. Dazu zählen unter anderem die Erarbeitung von verbindlichen Qualitätsvorgaben, eine erhöhte Vorhaltefinanzierung ab dem Jahr 2025, die Einführung von Institutsambulanzen sowie weitere kurzfristige Sofortmaßnahmen.^{252/253}

Insgesamt sollten krankenhauserplanerische Überlegungen auch die Strukturen in angrenzenden Bundesländern einbeziehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass bereits zum jetzigen Zeitpunkt Kinder und Jugendliche aus Thüringen nicht ausschließlich in Thüringen versorgt werden, sondern vermutlich auch in angrenzenden Bundesländern, nicht zuletzt aus Gründen der besseren Erreichbarkeit.²⁵⁴

Anhand der Auswertungen kann zudem belegt werden, dass in Thüringen auch Patientinnen und Patienten anderer Bundesländer versorgt werden. Im Jahr 2022 wohnten etwa 9,5 % der im Freistaat Behandelten des LB „23 – Kinder- und Jugendmedizin“ sowie des LB „10 – Kinder- und Jugendchirurgie“ in einem anderen Bundesland.

Eine Abstimmung der krankenhauserplanerischen Aktivitäten mit benachbarten Bundesländern birgt entsprechend beträchtliches Potenzial, um die knappen personellen und finanziellen Ressourcen effizienter zu verteilen.

6.3 Stationäre Notfallversorgung

Die Notfallversorgung in Deutschland ist dreiteilig organisiert; über:

- den Rettungsdienst²⁵⁵, der die Notfallrettung am Notfallort von Notfallpatientinnen und -patienten sowie Krankentransporte übernimmt,

²⁴⁹ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/220708_Empfehlung_AG_Paediatric_und_Geburtshilfe_zu_Paediatric_und_Geburtshilfe.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁵⁰ Bundesministerium für Gesundheit (2022): Krankenhauspflegeentlastungsgesetz <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/khpfleg>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁵¹ Barmer (2023): Stellungnahmen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, <https://www.barmer.de/politik/aktuelle-gesetzgebung/regierungskommission-krankenhausversorgung-1132608>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁵² Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Empfehlungen der Regierungskommission für eine kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_6_Paediatric.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁵³ Barmer (2023): Stellungnahmen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, <https://www.barmer.de/politik/aktuelle-gesetzgebung/regierungskommission-krankenhausversorgung-1132608>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁵⁴ Aufgrund der vorliegenden Datenbasis (§ 21-KHEntG-Datensätze aus Thüringen) liegen hier keine Erkenntnisse zu den Patientinnen und Patienten mit Wohnort Thüringen, die außerhalb Thüringens versorgt werden, vor.

²⁵⁵ Thüringer Rettungsdienstgesetz (ThürRettG) vom 16. Juli 2008, letzte Änderung 16. November 2023.

- die Vertragsärztinnen und -ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen, die die ambulante Versorgung nicht lebensbedrohlicher Notfälle im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten²⁵⁶ (Notdienst) sicherstellen sowie
- die Zentralen Notaufnahmen (ZNA) an den Krankenhäusern, die zum einen Anlaufstelle für den Rettungsdienst sind und zum anderen durch die Patientinnen und Patienten auf eigene Initiative oder nach ärztlicher Überweisung aufgesucht werden können. Patientinnen und Patienten, die keine stationäre Behandlung im Krankenhaus benötigen, können gemäß § 75 Absatz 1a SGB V nach Vermittlung der Terminservicestelle in Akutfällen allerdings auch ambulant durch die Krankenhäuser behandelt werden. Typischerweise sollen jedoch vor allem lebensbedrohliche Notfälle in den ZNA der Krankenhäuser versorgt werden.

Die Bundesländer sind primär für die Organisation der Notfallversorgung zuständig.^{257/258} In Thüringen wird die Aufnahme und Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten in Krankenhäusern durch § 18 ThürKHG normiert. Hiernach sind Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrages und ihrer Leistungsfähigkeit zur Aufnahme und Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten vorrangig verpflichtet. Außerdem haben alle Thüringer Krankenhäuser, inklusive der Rehabilitationskliniken auch Aufgaben im Zivil- und Katastrophenschutz und sich mittels ihrer individuellen Krankenhausalarm- und Einsatzplanung hierauf einzustellen (weitere Ausführungen unter 6.3.2).

Im folgenden Abschnitt liegt der Fokus auf der stationären Notfallversorgung durch die Krankenhäuser.²⁵⁹ Im Abschnitt 6.3.2 wird zudem kurz auf den Rettungsdienst und die vorhandenen Rettungsmittel in Thüringen eingegangen.

6.3.1 Gestufte Notfallstrukturen in den Krankenhäusern

Rechtliche Grundlagen

Im Jahr 2018 traten die Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in den Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V in Kraft.²⁶⁰ Die Richtlinie sieht folgende drei Versorgungsstufen:

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1),
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) und
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

sowie die Stufe der „Nichtteilnahme“ an der stationären Notfallversorgung vor.²⁶¹

²⁵⁶ § 75 Absatz 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen.

²⁵⁷ Deutscher Bundestag (2022): Überblick über die Notfallversorgung in Deutschland: Institutionen, Organisation und Finanzierung, <https://www.bundestag.de/resource/blob/905300/2b2994a87f7a2b0d5e243c833ce40f55/WD-9-042-22-pdf-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁵⁸ Krafft, T. et al. (2022): Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland, Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh/Winnenden, 2022.

²⁵⁹ § 18 Absatz 1 ThürKHG.

²⁶⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V, <https://www.g-ba.de/richtlinien/103/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024. Nachfolgend bezeichnet als G-BA-Notfallstrukturen.

²⁶¹ § 3 G-BA-Notfallstrukturen.

Anhand verschiedener Kategorien werden in der Richtlinie spezifische Mindestvorgaben je Versorgungsstufe festgelegt.²⁶² Tabelle 10 bildet die Vorgaben in aggregierter Form ab. Abhängig von der Erfüllung der Mindestvoraussetzungen erhalten Krankenhäuser der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für die Beteiligung an der entsprechenden Notfallversorgung. Bei einer Nichtteilnahme werden Abschläge erhoben.²⁶³

Tabelle 10: Anforderungen an die Stufen des gestuften Systems der Notfallstrukturen gemäß G-BA-Notfallstrukturen, basierend auf der Darstellung des G-BA²⁶⁴

Vorgabe	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)	Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)	Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)
Art und Anzahl der Fachabteilungen	Jeweils ein Facharzt / eine Fachärztin in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten / an der Patientin verfügbar	Zusätzlich vier Fachabteilungen der Kategorien A und B; mindestens zwei davon aus Kategorie A ²⁶⁵	Zusätzlich sieben Fachabteilungen der Kategorien A und B; mindestens fünf davon aus Kategorie A
Notaufnahme	Zentrale Notaufnahme	Zusätzlich Beobachtungsstation für Kurzliegende (maximal 24 Stunden) mit mindestens sechs Betten	
Intensivkapazität	Mindestens sechs Intensivbetten, davon mindestens drei mit Beatmungsmöglichkeit	Mindestens zehn Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit	Mindestens 20 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit
Medizinisch-technische Ausstattung	Schockraum, 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomografie (auch in Kooperation)	Wie Basisstufe, zusätzlich 24/7-Verfügbarkeit von: - Notfallendoskopischer Intervention oberer Gastrointestinaltrakt - Perkutaner koronarer Intervention - Magnetresonanztomografie - Primärdiagnostik Schlaganfall und Initialtherapie	
Transport	Weiterverlegungsmöglichkeit, auch auf dem Luftweg	Hubschrauberlandestelle	

Ergänzend werden in § 6 G-BA-Notfallstrukturen allgemeine Anforderungen an alle Stufen der Notfallversorgung formuliert. Um einer bestimmten Stufe der Notfallversorgung zugeordnet zu sein, müssen die entsprechenden Kriterien zu jeder Zeit am Standort des Krankenhauses erfüllt werden.

Zudem wird festgehalten, dass die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten überwiegend in den ZNA der Krankenhäuser zu erfolgen hat. Diese müssen räumlich abgegrenzt sowie fächerübergreifend sein und eine eigenständige fachlich unabhängige Leitung haben.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Versorgung besonderer stationärer Notfälle auch strukturiert durch Krankenhäuser erfolgen kann, die nicht die Anforderungen aus Tabelle 10 erfüllen, sofern sie

²⁶² § 5 Absatz 1 G-BA-Notfallstrukturen in Verbindung mit § 136c Absatz 4 SGB V.

²⁶³ § 1 Absatz 1 G-BA-Notfallstrukturen.

²⁶⁴ Eigene Darstellung basierend auf Abschnitte III–V G-BA-Notfallstrukturen.

²⁶⁵ Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen an: 1. Neurochirurgie, 2. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Neurologie, 4. Innere Medizin und Kardiologie, 5. Innere Medizin und Gastroenterologie, 6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an: 1. Innere Medizin und Pneumologie, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. Kinderkardiologie, 4. Neonatologie, 5. Kinderchirurgie, 6. Gefäßchirurgie, 7. Thoraxchirurgie, 8. Urologie, 9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, 10. Augenheilkunde, 11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, 12. Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie.

die besonderen Vorgaben eines der Module der speziellen Notfallversorgung (Schwerverletzte, Kinder, Spezialversorgung, Schlaganfall oder Durchblutungsstörung am Herz) erfüllen.²⁶⁶ Dazu gelten entsprechende Sonderanforderungen, die in §§ 24 bis 28 G-BA-Notfallstrukturen beschrieben werden.

Krankenhäuser können auch aufgrund der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung einer in Tabelle 10 definierten Stufe zugeordnet werden.²⁶⁷ Dieser Sachverhalt ist im Bedarfsfall zu prüfen, jedoch nicht Teil des vorliegenden Gutachtens.

Im Freistaat Thüringen nahmen im Jahr 2021 insgesamt 33 Krankenhäuser an dem gestuften System von Notfallstrukturen nach Maßgabe der G-BA Richtlinie teil. Davon waren 17 Krankenhäuser als Stufe-1-, 8 als Stufe-2- und 8 weitere als Stufe-3-Notfallversorger klassifiziert.²⁶⁸

Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung

Gemäß den Angaben der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nahmen im Jahr 2021 in Thüringen insgesamt 17 Krankenhäuser an der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) teil. Abbildung 37 stellt die Erreichbarkeit der Notfallversorger dar, die mindestens den Anforderungen der Stufe 1 entsprechen. Demgemäß werden in die Betrachtung alle Standorte einbezogen, die die Stufe 1 und darüber hinaus erreichen, sodass auch die Standorte der Stufen 2 und 3 auf der Abbildung wiederzufinden sind.²⁶⁹

Insgesamt werden für die Erreichbarkeitsanalysen der Basisnotfallversorgung dementsprechend 33 Standorte betrachtet. In der Regel können alle Einwohnerinnen und Einwohner des Freistaates einen Notfallversorger der Stufe 1 oder darüber hinaus in unter 30 Minuten erreichen.

Vergleichsweise höhere Fahrzeiten ergeben sich unter anderem vereinzelt an den Landesgrenzen. Um einen Notfallversorger mit mindestens Stufe 1 der Notfallversorgung zu erreichen, werden hier 30 bis 45 Minuten benötigt. Bei Einbeziehung der Standorte in den angrenzenden Bundesländern ergibt sich jedoch zu Teilen eine verbesserte Erreichbarkeit.

²⁶⁶ § 4 G-BA-Notfallstrukturen.

²⁶⁷ § 23 G-BA-Notfallstrukturen.

²⁶⁸ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00149048, zuletzt abgerufen am 21.02.2024.

²⁶⁹ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

Erreichbarkeit Standorte 2021

Mindestens Basisnotfallversorgung

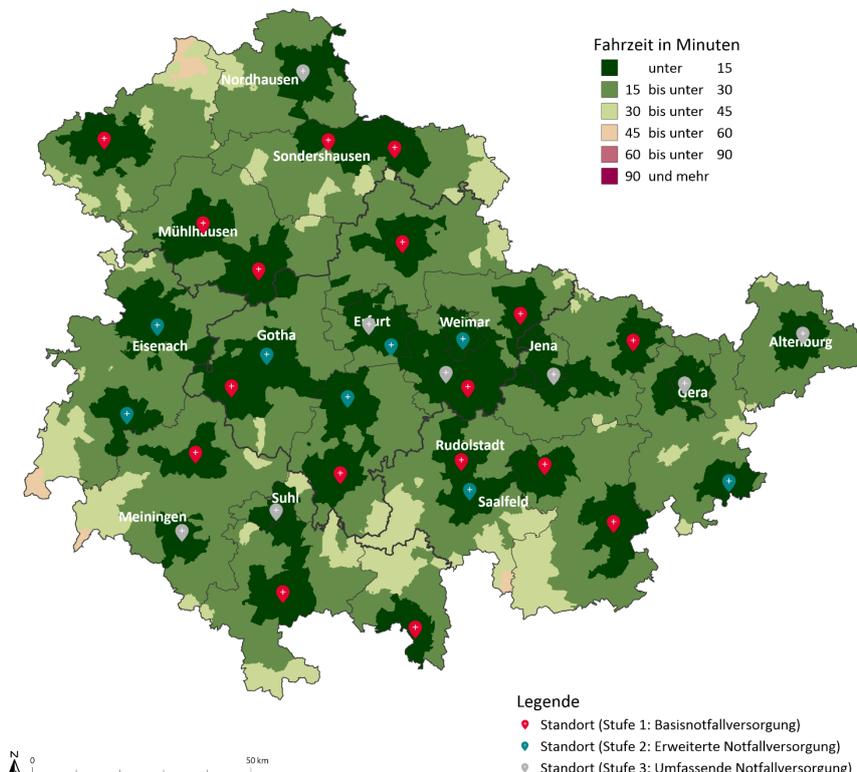


Abbildung 37: Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens einer Basisnotfallversorgung im Jahr 2021²⁷⁰

Bei Betrachtung der alternativen Standorte wird die Situation der zuvor beschriebenen Region verdeutlicht (Abbildung 38). Sollte einer der nächstgelegenen Standorte nicht mehr zur Versorgung beitragen können, können sich für die betreffende Region deutlich erhöhte Fahrzeiten von bis zu 60 Minuten ergeben. An der westlichen Landesgrenze des Freistaates wären bei ausschließlicher Berücksichtigung der Standorte innerhalb Thüringens Fahrzeiten von bis zu 90 Minuten möglich.

²⁷⁰ Eigene Darstellung auf Basis der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2023): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00149048, zuletzt abgerufen am 21.02.2024.

Erreichbarkeit alternativer Standorte 2021

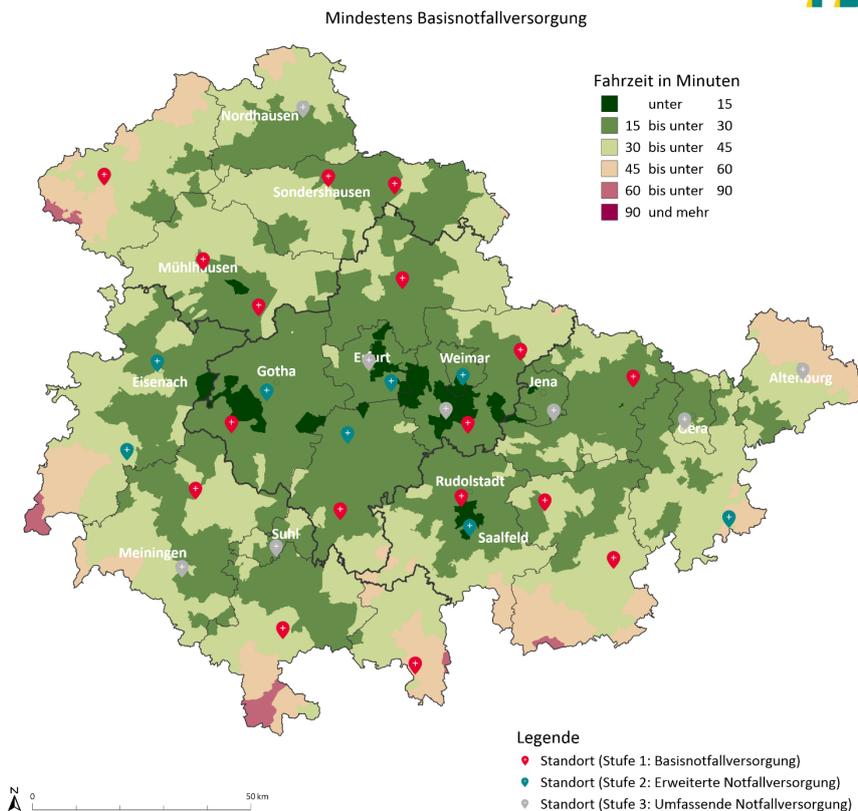


Abbildung 38: Erreichbarkeit eines alternativen Standortes mit mindestens einer Basisnotfallversorgung im Jahr 2021²⁷¹

Erweiterte Notfallversorgung

In Thüringen nahmen im Jahr 2021 insgesamt acht Krankenhäuser an der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) teil. Wie auch in den vorherigen Erreichbarkeitsanalysen werden alle Standorte in Thüringen ab der entsprechenden Versorgungsstufe in die Erreichbarkeitsanalysen inkludiert, sodass Abbildung 39 und Abbildung 40 diejenigen Standorte abbilden, die mindestens Stufe 2 der Notfallversorgung abdecken. Dieses Kriterium erfüllen insgesamt 16 Krankenhäuser.

Die Erreichbarkeitsanalyse in Abbildung 39 verdeutlicht die Heterogenität zwischen der Planungsregion Nordthüringen sowie den weiteren Planungsregionen Thüringens. Während in Nordthüringen ein Standort das komplette Gebiet versorgt, sind in den übrigen Planungsregionen deutlich mehr Standorte angesiedelt. Zu beachten ist jedoch, dass die Notfallversorgung in Nordthüringen durch die luftgebundene Rettung des in Nordhausen stationierten Hubschraubers unterstützt wird (Abschnitt 6.3.2).

Besonders kurze Fahrzeiten für die Bevölkerung ergeben sich entlang der Städtekette. In der Regel kann hier ein Standort mit mindestens einer erweiterten Notfallversorgung in maximal 30 Minuten erreicht werden.

²⁷¹ Eigene Darstellung auf Basis der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2023): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00149048, zuletzt abgerufen am 21.02.2024.

Erreichbarkeit Standorte 2021



Mindestens erweiterte Notfallversorgung

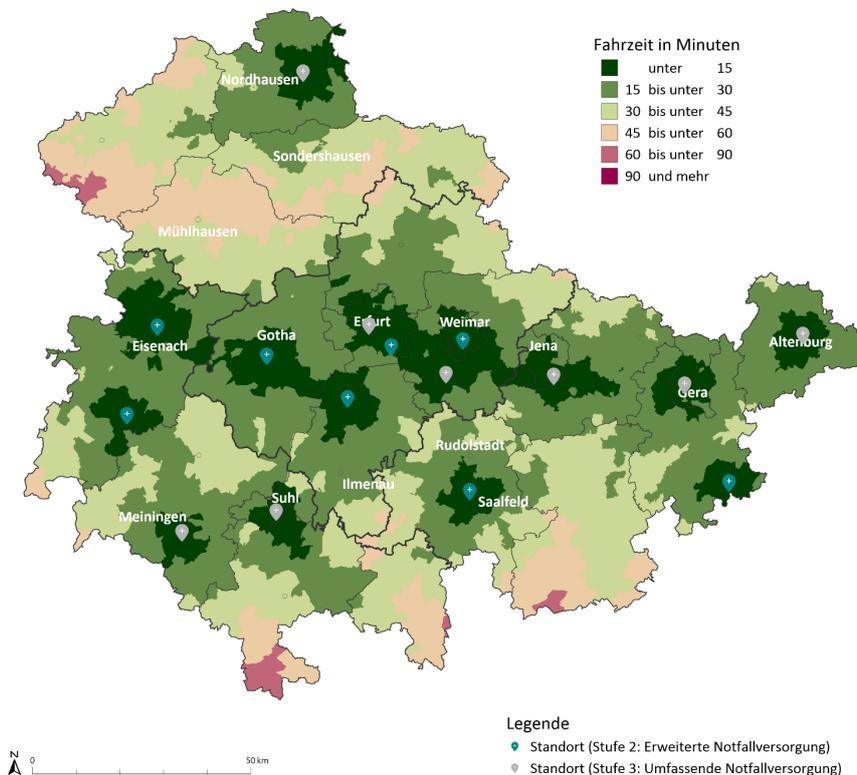


Abbildung 39: Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens einer erweiterten Notfallversorgung im Jahr 2021²⁷²

Die gute Erreichbarkeit entlang der Städtekette zeigt sich auch bei Betrachtung der alternativen Standorte (Abbildung 40). Während entlang der Städtekette auch bei Wegfall eines Standortes der Notfallstufen 2 oder 3 eine Erreichbarkeit unter 30 Minuten weitestgehend gegeben wäre, wären für die übrigen Regionen Thüringens potenziell Fahrzeiten von bis zu 90 Minuten möglich. In der Planungsregion Nordthüringen käme es teilweise sogar zu Fahrzeiten von über 90 Minuten entlang der Bundeslandgrenze.

Besonderes deutlich würden sich die durchschnittlichen Fahrzeiten der Bevölkerung zu einem Thüringer Standort bei einem Wegfall der Standorte in den Kreisen Nordhausen und Saalfeld verlängern. Zu berücksichtigen sind an dieser Stelle jedoch auch die vier in Thüringen stationierten Hubschrauber, die unterstützend wirken (siehe Abschnitt 6.3.2 Luftrettung).

²⁷² Eigene Darstellung auf Basis der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2023): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00149048, zuletzt abgerufen am 21.02.2024.

Erreichbarkeit alternativer Standorte 2021



Mindestens erweiterte Notfallversorgung

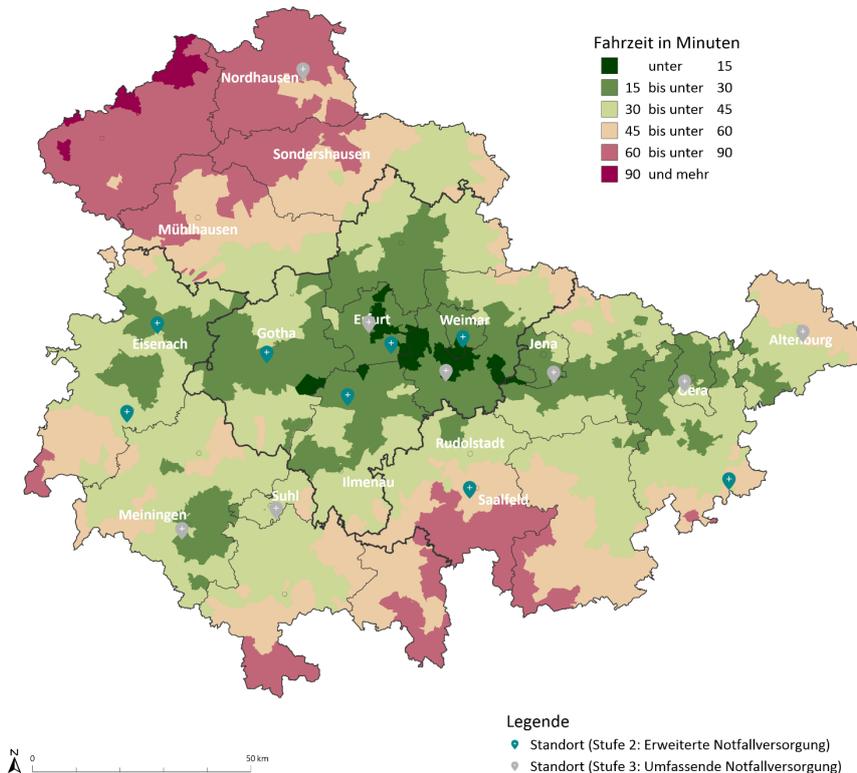


Abbildung 40: Erreichbarkeit eines alternativen Standortes mit mindestens einer erweiterten Notfallversorgung im Jahr 2021²⁷³

Umfassende Notfallversorgung

Die umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) wird gemäß den Angaben der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder im Jahr 2021 von acht Standorten in Thüringen übernommen.

Abbildung 41 stellt die Erreichbarkeit eines Standortes der umfassenden Notfallversorgung im Jahr 2021 dar. Die Mehrzahl der Standorte befindet sich entlang der Städteketten, mit entsprechend kurzen Fahrzeiten für die Bewohner und Bewohnerinnen dieser Regionen. In der Regel werden hier weniger als 30 Minuten Fahrzeit bis zum nächstgelegenen Notfallversorger benötigt.

Im Süden und Westen Thüringens werden hingegen zum Teil über 60 Minuten benötigt, um den nächstgelegenen Standort der umfassenden Notfallversorgung zu erreichen. In jeder der vier Planungsregionen befindet sich mindestens ein Notfallversorger der Stufe 3.

²⁷³ Eigene Darstellung auf Basis der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2023): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00149048, zuletzt abgerufen am 21.02.2024.

Erreichbarkeit Standorte 2021

Umfassende Notfallversorgung

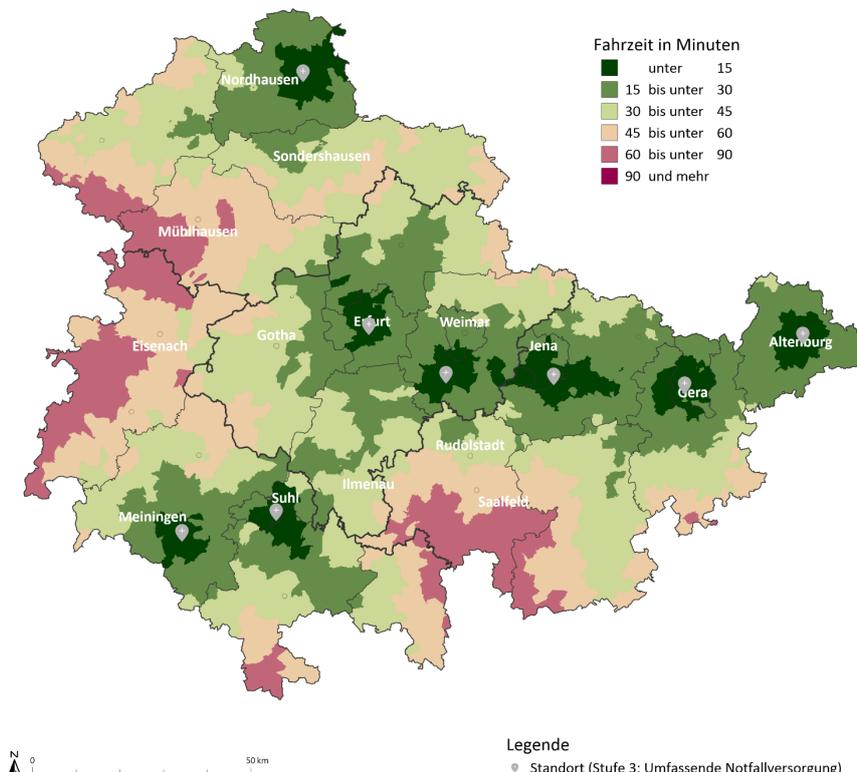


Abbildung 41: Erreichbarkeit eines Standortes mit einer umfassenden Notfallversorgung im Jahr 2021²⁷⁴

Die Betrachtung der Fahrzeiten zu einem alternativen Standort zeigt eine deutlich eingeschränkte Erreichbarkeit, die jedoch bei lediglich acht Standorten zu erwarten ist (Abbildung 42). Dennoch könnte in einigen Regionen ein Standort in maximal 60 Minuten erreicht werden.

Unzutreffend ist diese Aussage für die Planungsregion Nordthüringen sowie für die zuvor beschriebenen Regionen im Süden und Westen des Freistaates. Hier wären Fahrzeiten von 90 Minuten beziehungsweise darüber hinaus möglich, bei einem potenziellen Wegfall des nächstgelegenen Standortes. Eine notwendige Ergänzung stellt in diesen Regionen die Luftrettung dar. Der Einsatzradius sowie die Erreichbarkeiten der vier in Thüringen stationierten Hubschrauber können in Abschnitt 6.3.2 Luftrettung nachvollzogen werden.

²⁷⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2023): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00149048, zuletzt abgerufen am 21.02.2024.

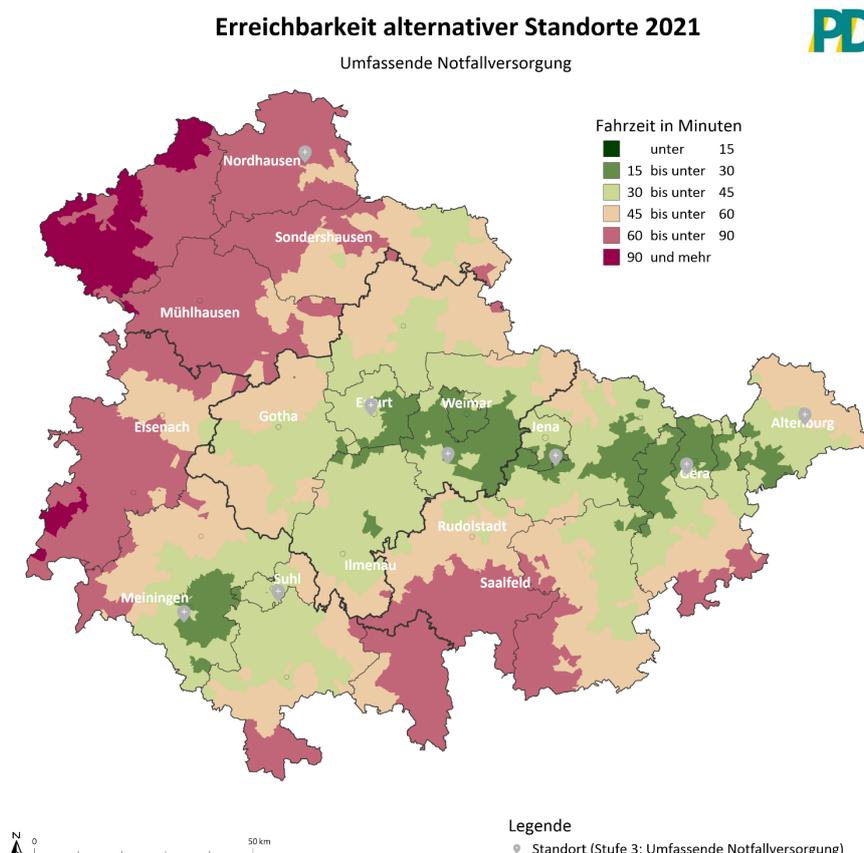


Abbildung 42: Erreichbarkeit eines alternativen Standortes mit einer umfassenden Notfallversorgung im Jahr 2021²⁷⁵

Spezielle Notfallversorgung

Neben der allgemeinen gestuften Notfallversorgung gibt es auch die nachfolgend gelisteten speziellen Module der Notfallversorgung:

- § 24 G-BA-Notfallstrukturen Modul Schwerverletztenversorgung
- § 25 G-BA-Notfallstrukturen Modul Notfallversorgung Kinder
- § 26 G-BA-Notfallstrukturen Modul Spezialversorgung
- § 27 G-BA-Notfallstrukturen Modul Schlaganfallversorgung
- § 28 G-BA-Notfallstrukturen Modul Durchblutungsstörungen am Herzen

Die Mehrfachangabe von Modulen für einen Standort ist dabei möglich. Eine tiefere Betrachtung der Module der speziellen Notfallversorgung erfolgt in diesem Gutachten nicht.

6.3.2 Rettungsdienst und zentrale Leitstellen

Der Fokus des vorliegenden Gutachtens liegt auf der Betrachtung der Krankenhauslandschaft Thüringens. Da der Rettungsdienst und die Notfallversorgung in den Krankenhäusern eng miteinander verbunden sind,

²⁷⁵ Eigene Darstellung auf Basis der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2023): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00149048, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

findet an dieser Stelle auch eine kurze Beschreibung der vorhandenen Strukturen der boden- und luftgebundenen Notfallrettung im Freistaat statt.

Der Rettungsdienst einschließlich der Berg- und Wasserrettung wird von den 17 Landkreisen und fünf kreisfreien Städten als Aufgabe im eigenen Wirkungskreis erledigt. Die KVT ist Aufgabenträger für die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im bodengebundenen Rettungsdienst durch Notärzte und Telenotärzte. Den rechtlichen Rahmen setzen das Thüringer Rettungsdienstgesetz und der Landesrettungsdienstplan.²⁷⁶

Zu den Aufgaben des Rettungsdienstes gehören die Notfallrettung sowie der Krankentransport. Während sich die Notfallrettung auf die Versorgung lebensbedrohlich verletzter oder erkrankter Patientinnen und Patienten bezieht, ist es die Aufgabe des Krankentransportes, Patientinnen und Patienten zu befördern und zu versorgen, die zwar Hilfe benötigen, aber nicht in Lebensgefahr schweben.²⁷⁷

Bodengebundener Rettungsdienst

Die Einsatzzahlen des bodengebundenen Rettungsdienstes sind entsprechend den Angaben des Thüringer Ministeriums für Inneres und Kommunales im Betrachtungszeitraum deutlich angestiegen (Abbildung 43). Waren es im Jahr 2018 noch rund 488.000 Einsätze, so waren es im Jahr 2022 bereits rund 536.000 Einsätze, was einem Zuwachs von rund 10 % entspricht.

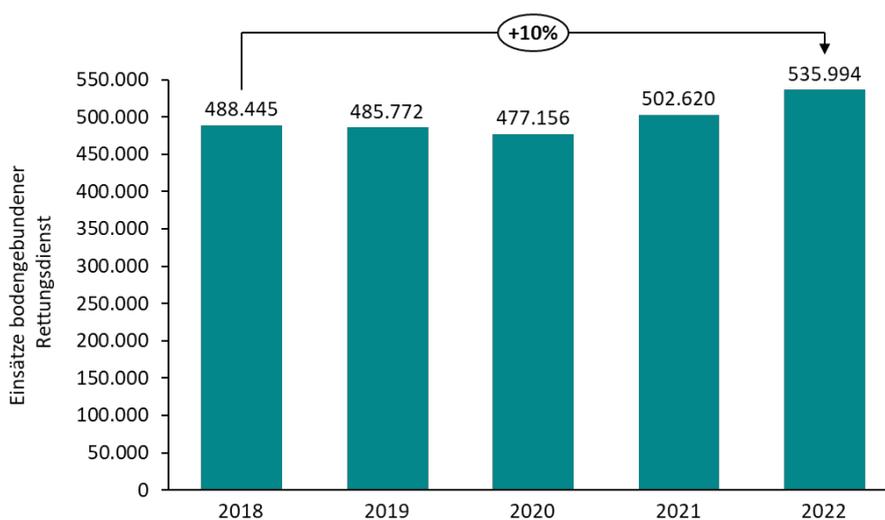


Abbildung 43: Gesamteinsätze des bodengebundenen Rettungsdienstes, inklusive Fehleinsätzen in Thüringen von 2018 bis 2022²⁷⁸

In Thüringen gibt es derzeit zwölf Rettungsleitstellen, die für 82.000 bis 363.000 Einwohnerinnen und Einwohner zuständig sind.²⁷⁹ Im Jahr 2020 wurde die Neustrukturierung der Rettungsleitstellen in Thüringen

²⁷⁶ Deutscher Bundestag (2022): Überblick über die Notfallversorgung in Deutschland: Institutionen, Organisation und Finanzierung, <https://www.bundestag.de/resource/blob/905300/2b2994a87f7a2b0d5e243c833ce40f55/WD-9-042-22-pdf-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 20.02.2024.

²⁷⁷ Deutscher Bundestag (2022): Überblick über die Notfallversorgung in Deutschland: Institutionen, Organisation und Finanzierung, <https://www.bundestag.de/resource/blob/905300/2b2994a87f7a2b0d5e243c833ce40f55/WD-9-042-22-pdf-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 20.02.2024.

²⁷⁸ Eigene Darstellung basierend auf den Angaben des Thüringer Ministeriums für Inneres und Kommunales.

²⁷⁹ Wikipedia (2024): Liste der BOS-Leitstellen, https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_BOS-Leitstellen#Th%C3%BCringen, zuletzt abgerufen am 22.02.2024.

beschlossen mit dem Ziel, die Anzahl an Leistellen deutlich zu reduzieren, da diese derzeit immer noch sehr kleinteilig und heterogen strukturiert sind. Die Umsetzung hat sich jedoch aus verschiedenen Gründen verzögert, sodass sich das Projekt zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens noch in der Planungsphase befand.²⁸⁰

Die Rettungsleitstellen in Thüringen koordinieren insgesamt 163 Rettungswagen, 48 Notarzteinsatzfahrzeuge und 109 Krankentransportwagen.²⁸¹

Luftrettung

Ergänzt wird die bodengebundene Rettung durch die Luftrettung. Hier ist der Freistaat Thüringen Aufgabenträger.

In Thüringen sind insgesamt vier Hubschrauber über den Freistaat verteilt im Einsatz (Abbildung 44). In jeder Planungsregion ist ein Hubschrauber stationiert. Betrieben werden sie von der DRF Luftrettung sowie der ADAC Luftrettung.

Der Hubschrauber in Bad Berka wird im Tag- und Nachtbetrieb eingesetzt und die übrigen drei Hubschrauber ausschließlich im Tagbetrieb. Nach Eigenangaben der Betreiber können fast alle Regionen Thüringens am Tag in 15 beziehungsweise 20 Minuten mit Hubschraubern aus Thüringen erreicht werden.

Die Einwohnerinnen und Einwohner Thüringens können jedoch auch von den Hubschraubern der angrenzenden Bundesländer versorgt werden, sodass jede Region Thüringens in höchstens 15 Minuten bei Tag erreicht werden kann.²⁸²

Insbesondere für die Regionen des Freistaates, in denen es vergleichsweise wenige Standorte der erweiter-ten und umfassenden Notfallversorgung gibt, stellt die Luftrettung eine notwendige Ergänzung dar.

²⁸⁰ Deutsches Ärzteblatt (2023): Reform der Rettungsleitstellen in Thüringen kostet mehr als 130 Millionen Euro, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143672/Reform-der-Rettungsleitstellen-in-Thueringen-kostet-mehr-als-130-Millionen-Euro>, zuletzt abgerufen am 22.02.2024.

²⁸¹ Angaben des Thüringer Ministeriums für Inneres und Kommunales.

²⁸² Deutschlandatlas (2023): Unsere Gesundheitsversorgung - Luftrettung bei Tag, <https://www.deutschlandatlas.bund.de/DE/Karten/Unsere-Gesundheitsversorgung/145-Luftrettung-Tag.html>, zuletzt abgerufen am 22.02.2024.

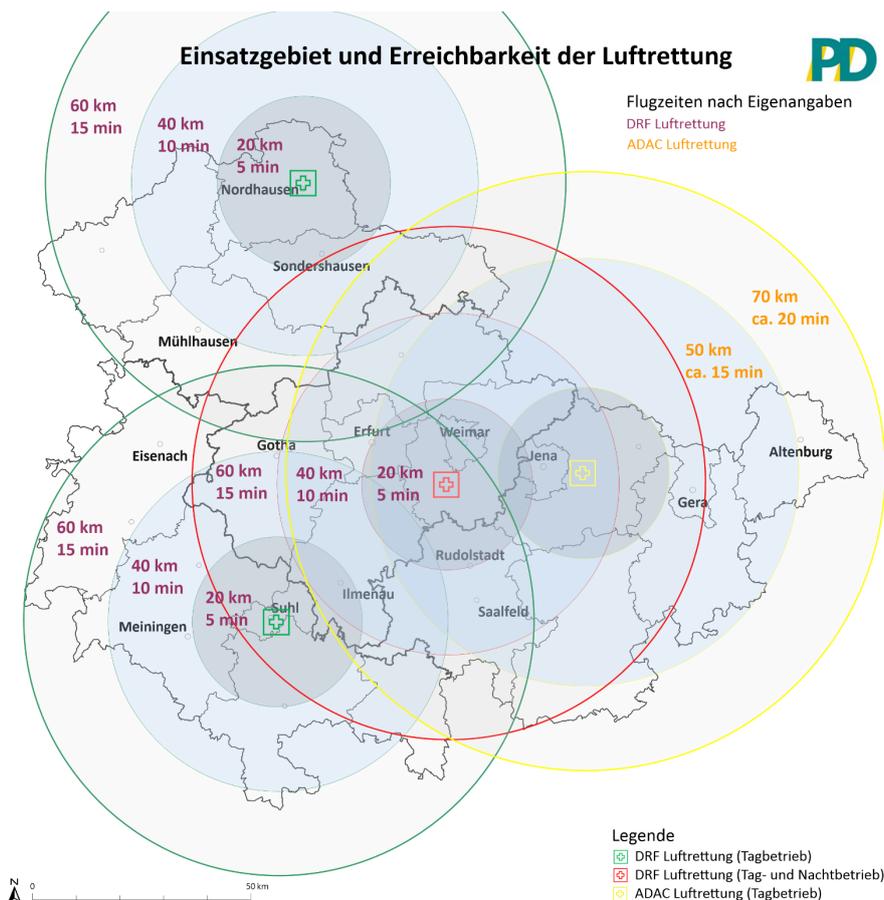


Abbildung 44: Einsatzstandorte und Erreichbarkeit der Luftrettung nach Eigenangaben²⁸³

6.3.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) in Thüringen ist für den Großteil der Bevölkerung in maximal 30 Minuten erreichbar. Hingegen bedürfen Anfahrten zu Standorten mit umfassender Notfallversorgung (Stufe 3) in einigen Landesteilen längere Wegstrecken. In Regionen mit wenigen Notfallversorgern, wie etwa der Planungsregion Nordthüringen, kann der potenzielle Wegfall einzelner Standorte (wie zum Beispiel dem Standort in Nordhausen) zu starken Einschränkungen bei der Erreichbarkeit führen. An dieser Stelle sei jedoch auch darauf hinzuweisen, dass in der Planungsregion Nordthüringen im Jahr 2023 ein Standort in Heiligenstadt hinzugekommen ist, der künftig zur Versorgung im Rahmen der erweiterten Notfallversorgung beitragen wird.

Bei der Interpretation der Erreichbarkeiten der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung sind folgende zwei Punkte zu berücksichtigen:

1. Aufgrund der flächendeckenden guten Versorgungssituation können in der Regel alle Einwohnerinnen und Einwohner des Freistaates einen Notfallversorger der Stufe 1 oder darüber hinaus in unter 30 Minuten erreichen. Dies ist für eine Basisversorgung von Notfällen oder für die Einleitung von weiteren

²⁸³ Eigene Darstellung auf Basis der Daten folgender Luftrettungsstationen: DRF-Luftrettung Station Bad Berka (2023): Einsatzgebiet, <https://www.drf-luftrettung.de/luftrettung/luftrettungsstationen/bad-berka>, DRF-Luftrettung Station Suhl (2023): Einsatzgebiet, <https://www.drf-luftrettung.de/luftrettung/luftrettungsstationen/suhl>, DRF-Luftrettung Station Nordhausen (2023): Einsatzgebiet, <https://www.drf-luftrettung.de/station-nordhausen> und ADAC Station Christoph-70 (2023): Stationsinformationen, <https://luftrettung.adac.de/stationen/christoph-70/>, alle Quellen zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

erforderlichen Behandlungsleistungen in höheren Versorgungsstufen im Grundsatz ausreichend. Längere Fahrzeiten zu Standorten der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung führen daher nicht notwendigerweise zu einer weniger guten Versorgungssituation. Vielmehr sichert eine Leistungskonzentration von speziellen und komplexen Behandlungsfällen in höheren Versorgungsstufen eine bessere Behandlungsqualität. Daher sollte insbesondere eine zeitnahe Weiterverlegung von Standorten der Basisnotfallversorgung in höhere Versorgungsstufen durch geeignete Rettungsmittel bei speziellen und komplexen Behandlungsfällen sichergestellt werden.

2. Zur näheren Einordnung der hier ausgewiesenen Fahrzeiten ist zudem zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um die durchschnittliche PKW-Fahrzeit ohne Sonder- und Wegerechte handelt. Insbesondere im Bereich der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung ist jedoch davon auszugehen, dass ein nicht unerheblicher Anteil an Patientinnen und Patienten mit einem entsprechenden Rettungsmittel (überwiegend im Rettungswagen) den jeweiligen Standort erreichen werden und daher die tatsächlich benötigte Fahrzeit des Rettungsmittels unter den ausgewiesenen liegt.

Von Seiten der Bundesregierung werden derzeit Vorschläge hinsichtlich einer Verbesserung der Notfallversorgung in Deutschland diskutiert. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung veröffentlichte diesbezüglich eine Stellungnahme mit dem Ziel, die Notfallversorgung für Hilfesuchende effizienter zu organisieren. Knappe Ressourcen sollen besser genutzt und Patientinnen und Patienten in die für ihre Situation geeignetsten Versorgungsebenen gesteuert werden. Eine zentrale Rolle spielen dabei Integrierte Leitstellen und Integrierte Notfallzentren.^{284/285/286}

In Thüringen wurde mit der Einführung der landeseinheitlichen mobilelektronischen Einsatzdokumentation im Rettungsdienst (MediRett) ein wichtiger Schritt hin zu einer verbesserten Notfallversorgung unternommen. Durch das Tool können eine lückenlose Dokumentation der Versorgung vom Einsatzort bis hin zum Behandlungsort gewährleistet und Informationsbrüche verringert werden. Mittels eines Voranmelde-Tools können patientenbezogene Informationen und Hinweise zur Eintreffzeit bereits vorab übermittelt werden. Auch Betten- und Behandlungskapazitäten sollen so zukünftig onlinebasiert in Echtzeit abgefragt werden.²⁸⁷

Da an der Versorgung von Notfällen unterschiedliche Akteure und Sektoren beteiligt sind, ist eine engere Verzahnung der Akteure der Notfallversorgung zu begrüßen. Abstimmungen zwischen den Akteuren, wie beispielsweise zu Förderprojekten zur Digitalisierung der Thüringer Rettungskette, sollten beibehalten und bei Bedarf intensiviert werden.

²⁸⁴ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²⁸⁵ Barmer (2023): Stellungnahmen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, <https://www.barmer.de/politik/aktuelle-gesetzgebung/regierungskommission-krankenhausversorgung-1132608>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²⁸⁶ Zusätzlich wurde eine 9. Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung veröffentlicht, die den Rettungsdienst thematisiert. Aufgrund der thematischen Ausrichtung auf die stationäre Notfallversorgung, wird an dieser Stelle nicht auf diese Stellungnahme eingegangen. Die 9. Stellungnahme befindet sich unter: Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 26.03.2024.

²⁸⁷ Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2022): MediRett ermöglicht die mobilelektronische Dokumentation von Rettungseinsätzen, https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/Kommunikation/MI/220114_KVT_TMIK_MeDiRett.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

Hinsichtlich des Rettungsdienstes wurde mit der Anpassung des Thüringer Rettungsdienstgesetzes im November 2023 eine wichtige Grundlage für eine zukunftsorientierte Notfallversorgung geschaffen. Die vorgenommenen Änderungen umfassen dabei die Einführung einer gesetzlichen Regelung für den Einsatz von Telenotärzten und -ärztinnen²⁸⁸ sowie die Aufnahme einer Experimentierklausel in das Rettungsdienstgesetz. Durch letztere wird die Erprobung neuer Versorgungskonzepte ermöglicht, die die Notfallversorgung verbessern könnten.²⁸⁹

6.4 Traumazentren

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.²⁹⁰ Hierzu müssen sie bestimmte Struktur- und Prozessmerkmale nachweisen, welche die DGU in ihrem Projektkonzept TraumaNetzwerk DGU und dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung festgelegt hat.^{291/292} Ziel ist durch die Vernetzung von Traumazentren regionale Traumanetzwerke zu etablieren und somit für ganz Deutschland eine flächendeckende und qualitätsgesicherte Versorgung von Traumapatientinnen und -patienten sicherzustellen.²⁹³

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.²⁹⁴

²⁸⁸ „Ein Telenotarzt soll über Kommunikations- und Informationstechnologien helfen, wenn sich im Ernstfall erst einmal nur nicht-ärztliches Personal an einem Einsatzort einfindet.“ Quelle: Deutschlandfunk (2023): Thüringen beschließt landesweite Einführung von Telenotärzten, <https://www.deutschlandfunk.de/thueringen-beschliesst-landesweite-einfuehrung-von-telenotaerzten-102.html#:~:text=In%20Th%C3%BCrington%20ist%20die%20landesweite%20Einf%C3%BChrung%20von%20Telenot%C3%A4rzten%20beschlossen%20worden.&text=Der%20Landtag%20in%20Erfurt%20C3%A4nderte,Personal%20an%20einem%20Einsatzort%20einfindet>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²⁸⁹ Thüringer Landtag (2023): DEZEMBER 2023, ZWEITES GESETZ ZUR ÄNDERUNG DES THÜRINGER RETTUNGSDIENSTGESETZES (DRUCKSACHE 7/7780), <https://www.thueringer-landtag.de/plenum/neue-gesetze-im-landtag/archiv-2023/>, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

²⁹⁰ Akademie der Unfallchirurgie (2024): TraumaNetzwerk DGU®, abrufbar unter: <https://www.auc-online.de/unsere-angebote/zertifizierung/traumanetzwerk-dgu/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁹¹ Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2024): TraumaNetzwerk DGU®, abrufbar unter: <https://www.dgu-online.de/versorgung-wissenschaft/qualitaet-und-sicherheit/schwerverletzte/traumanetzwerk-dgu/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁹² Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, abrufbar unter: https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualitaet%20und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁹³ Akademie der Unfallchirurgie (2024): Qualität und Sicherheit in der Traumaversorgung, abrufbar unter: <https://www.auc-online.de/unsere-angebote/zertifizierung/traumazentrum-dgu/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁹⁴ Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2024): TraumaNetzwerk DGU®, abrufbar unter: <https://www.dgu-online.de/versorgung-wissenschaft/qualitaet-und-sicherheit/schwerverletzte/traumanetzwerk-dgu/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

Je nach Versorgungsstufe übernehmen die Traumazentren unterschiedliche Aufgabenbereiche im Traumanetzwerk und sind durch verschiedene Ausstattungsmerkmale gekennzeichnet:²⁹⁵

- Lokale Traumazentren stellen eine flächendeckende Versorgung häufiger Monoverletzungen²⁹⁶ insbesondere außerhalb von Ballungszentren sicher. Für die Schwerverletztenversorgung stellen sie eine adäquate Erstbehandlung sicher und übernehmen eine zielgerichtete Weiterleitung zu einem spezialisierten Standort, wenn ein zeitgerechter Transport in ein regionales Traumazentrum oder überregionales Traumazentrum nicht möglich ist.
- Regionale Traumazentren übernehmen die Aufgaben einer umfassenden Notfallversorgung von Verletzten. Hierzu müssen sie ausreichende operative und intensivmedizinische Kapazitäten vorhalten. Die personellen Anforderungen umfassen unter anderem die jederzeitig verfügbare Facharztkompetenz mit Weiterbildung in der Speziellen Unfallchirurgie. Apparative Anforderungen umfassen unter anderem die Vorhaltung eines Schockraums in der Notaufnahme, Operationsabteilungen zur notfallchirurgischen Versorgung und die Möglichkeit zur intensivmedizinischen Behandlung.
- Überregionale Traumazentren erfüllen umfassende Aufgaben und Verpflichtungen für eine Behandlung von Mehrfach- und Schwerverletzten mit außergewöhnlich komplexen oder seltenen Verletzungsmustern. Hierfür muss in apparativer Hinsicht eine jederzeit aufnahmebereite Vorhaltung von Intensiv- und Operationskapazitäten sowie in personeller Hinsicht eine zeitgerechte Verfügbarkeit versorgungsnotwendiger Fachdisziplinen²⁹⁷ gewährleistet sein. Das überregionale Traumazentrum unterscheidet sich vom regionalen Traumazentrum durch höhere Strukturanforderungen (zum Beispiel eine höhere Anzahl an Schockraumbehandlungsplätzen) und durch umfassende Möglichkeiten zur Behandlung besonders komplexer Verletzungen (zum Beispiel thorakale Aortenverletzungen). Eine Klinik, die die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum erfüllt, wird nach dem gestuften System von Notfallstrukturen des G-BA mindestens der Stufe einer erweiterten Notfallversorgung zugeordnet.^{298/299} Überregionale Traumazentren können darüber hinaus einen sogenannten Zentrumszuschlag erhalten, wenn sie die besonderen Qualitätsanforderungen des G-BA nach den Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V erfüllen.³⁰⁰

²⁹⁵ Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, abrufbar unter: https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁹⁶ Monoverletzungen stellen singulär abgrenzbare Verletzungsereignisse dar.

²⁹⁷ Zu den Anforderungen gehören unter anderem eine 24-stündige Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Anästhesiologie, Radiologie und Neurochirurgie. Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, abrufbar unter: https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

²⁹⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V, <https://www.g-ba.de/richtlinien/103/>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024. Folglich bezeichnet als G-BA-Notfallstrukturen.

²⁹⁹ Eine detaillierte Darstellung der unterschiedlichen Notfallstufen erfolgt in Abschnitt 6.3.

³⁰⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Zentrums-Regelungen), in der Fassung vom 5. Dezember 2019, zuletzt geändert am 19. Oktober 2023, in Kraft getreten am 24. Januar 2024, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3346/Z-R_2023-10-19_iK-2024-01-24.pdf, zuletzt abgerufen am 06.03.2024.

6.4.1 Standorte und Erreichbarkeitsanalysen

In Thüringen existiert seit 2012 ein nach den Kriterien der DGU zertifiziertes Traumanetzwerk.³⁰¹ Im Jahr 2022 setzte es sich aus 25 Traumazentren zusammen, darunter acht lokale, 13 regionale und drei überregionale Traumazentren.³⁰² Eine Liste der Traumazentren mit der jeweiligen Versorgungsstufe ist im Anhang Kapitel 6 aufgeführt.

Abbildung 45 zeigt die Standorte der Traumazentren in Thüringen sowie die theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Standort. Hierzu wurden alle Krankenhausstandorte ausgewählt, die im Jahr 2022 als Traumazentrum gelistet waren.³⁰³

Zudem ist ersichtlich, ob es sich um ein lokales, regionales oder überregionales Traumazentrum handelt.

Die Berechnung der Fahrzeiten ist zwischen den Standorten und den PLZ8-Regionen erfolgt, also unabhängig davon, ob dort wirklich ein Fall im Jahr 2022 aufgetreten ist.³⁰⁴

Bei der Interpretation der folgenden Abbildungen ist zu beachten, dass wie bei den Erreichbarkeitsanalysen der vorangegangenen Abschnitte nur thüringische Standorte berücksichtigt wurden.

Zur näheren Einordnung der hier ausgewiesenen Fahrzeiten ist zudem zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um die durchschnittliche PKW-Fahrzeit ohne Sonder- und Wegerechte handelt. Insbesondere im Bereich der Traumaversorgung ist jedoch davon auszugehen, dass die Patientinnen und Patienten mit einem entsprechenden Rettungsmittel (überwiegend im Rettungswagen) den jeweiligen Standort erreichen werden und daher die tatsächlich benötigte Fahrzeit des Rettungsmittels unter den ausgewiesenen liegt.

Die Traumazentren sind gleichmäßig über die gesamte Fläche von Thüringen verteilt. In fast jedem Landkreis gibt es ein oder mehrere Traumazentren. In der Planungsregion Mittelthüringen befinden sich die meisten Traumazentren (fünf lokale und vier regionale Traumazentren sowie ein überregionales Traumazentrum). In der Planungsregion Ostthüringen sind sechs Traumazentren (ein lokales und vier regionale Traumazentren sowie ein überregionales Traumazentrum), in Südwestthüringen fünf Traumazentren (ein lokales Traumazentrum und vier regionale Traumazentren) und in Nordthüringen vier Traumazentren (zwei lokale Traumazentren sowie ein regionales und ein überregionales Traumazentrum) angesiedelt. Die drei überregionalen Traumazentren befinden sich an den Standorten Erfurt, Jena und Nordhausen.

In den meisten Teilen Thüringens kann ein Traumazentrum innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden. Insbesondere die Erreichbarkeit eines Traumazentrums entlang der Thüringer Städtekette zwischen Jena und Erfurt sowie um die Städte Eisenach und Gotha ist sehr gut und liegt bei unter 15 Minuten.

Nur in wenigen und meist dünn besiedelten Regionen (zum Beispiel in den Landkreisen Hildburghausen, Sonneberg oder dem Landkreis Saale-Orla-Kreis an der Grenze zu Bayern und Sachsen) ergeben sich für die Bevölkerung Fahrzeiten von über 45 Minuten.

Zu beachten ist hierbei jedoch, dass es auch Traumanetzwerke außerhalb Thüringens gibt, wie zum Beispiel das Traumanetzwerk Oberfranken. Würden diese in die Fahrzeitanalyse miteinbezogen, würden sich die

³⁰¹ Krankenhausspiegel Thüringen: Versorgung von Schwerverletzten, abrufbar unter: <https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/versorgung-von-schwerverletzten/traumanetzwerk-thueringen>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

³⁰² Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte im Jahr 2022 und Krankenhausspiegel Thüringen: Versorgung von Schwerverletzten, abrufbar unter: <https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/versorgung-von-schwerverletzten/traumanetzwerk-thueringen>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

³⁰³ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

³⁰⁴ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

theoretischen Fahrzeiten für die Bevölkerung Thüringens zum nächsten Traumazentrum in den entsprechenden Regionen teilweise auf unter 30 Minuten Fahrzeit verkürzen.

Thüringenweit konnte im Jahr 2022 etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung (52,5 %) innerhalb von maximal 15 Minuten Fahrzeit ein Traumazentrum erreichen. Für rund 13 % der Bevölkerung (12,9 %) lag die Fahrzeit bei 30 Minuten und länger.

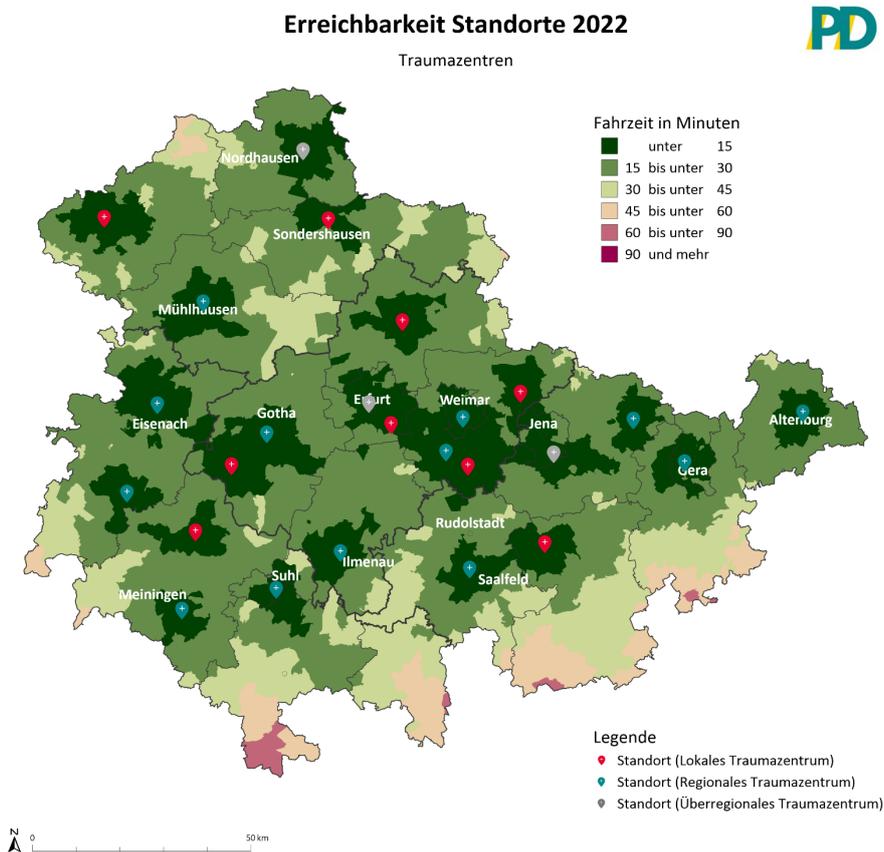


Abbildung 45: Erreichbarkeit eines Traumazentrums nach Versorgungsstufen im Jahr 2022³⁰⁵

Deutlich wird die gute Erreichbarkeit von Traumazentren entlang der Städtekette auch bei Analyse der Fahrzeiten zu den alternativen Traumazentren (Abbildung 46). Fielen die nächstgelegenen Traumazentren eines Einzugsgebietes weg, blieben die theoretischen Fahrzeit in manchen Regionen entlang der Städtekette teilweise noch unter 15 Minuten. Auch in den anderen Regionen in der Mitte Thüringens sowie um die Städte Eisenach, Gotha und Nordhausen im Norden von Thüringen wäre die Erreichbarkeit weiterhin gut. Traumazentren könnten in diesen Regionen nach wie vor weitestgehend innerhalb von 30 Minuten erreicht werden.

In großen Teilen Nordthüringens (wie zum Beispiel in den Landkreisen Kyffhäuserkreis, Unstrut-Hainich-Kreis oder Eichsfeld), Südwestthüringens (wie zum Beispiel in den Landkreisen Hildburghausen und Sonneberg) und Ostthüringens (wie zum Beispiel in den Landkreisen Saalfeld-Rudolstadt, Saale-Orla-Kreis, Greiz

³⁰⁵ Eigene Darstellung auf Basis § 21-KHEntgG-Datensatzes 2022, der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte sowie der Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 3., erweiterte Auflage, https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

und Altenburg) würde sich die Fahrzeit bei Wegfall des nächstliegenden Traumazentrums hingegen auf bis zu 45 Minuten, teilweise sogar auf mehr als 45 Minuten, erhöhen. In manchen Landkreisen, die an Hessen, Bayern oder Sachsen angrenzen, wie zum Beispiel Eichsfeld, der Wartburgkreis, Hildburghausen, Sonneberg, der Saale-Orla-Kreis oder Greiz würde die Fahrzeit bei mehr als 60 Minuten liegen.

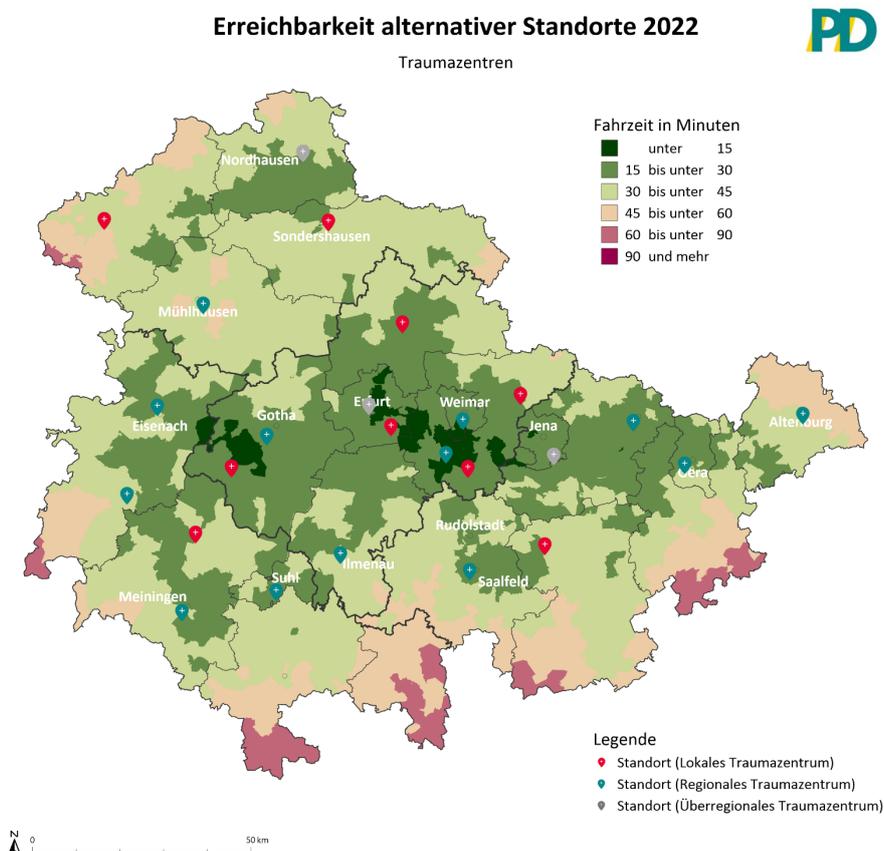


Abbildung 46: Erreichbarkeit eines alternativen Traumazentrums nach Versorgungsstufen im Jahr 2022³⁰⁶

Auch bei der Betrachtung der theoretischen Fahrzeiten zu den drei überregionale Traumazentren zeigt sich, dass insbesondere die Bevölkerung rund um die Städte Jena und Erfurt ein überregionales Traumazentrum in der Regel innerhalb von 30 Minuten erreichen kann (Abbildung 47). Dies gilt auch für die Bevölkerung, die rund um den Standort Nordhausen herum wohnhaft ist. Ein Großteil der Bevölkerung in dieser Region kann das überregionale Traumazentrum innerhalb von 30 Minuten erreichen.

Thüringenweit konnten im Jahr 2022 rund 15 % Bevölkerung (15,7 %) innerhalb von maximal 15 Minuten Fahrzeit ein überregionales Traumazentrum erreichen. Für knapp zwei Drittel der Bevölkerung (64,0 %) lag die Fahrzeit bei 30 Minuten und länger.

Insbesondere im Süden und Südwesten von Thüringen in den Landkreisen Wartburgkreis, Schmalkalden-Meiningen, Hildburghausen, Sonneberg und Saalfeld-Rudolstadt ergeben sich teilweise lange Fahrzeiten. Sie liegen größtenteils bei über 60 Minuten, teilweise sogar bei 90 Minuten und mehr. Etwas besser ist die

³⁰⁶ Eigene Darstellung auf Basis § 21-KHEntgG-Datensatzes 2022, der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte sowie der Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 3., erweiterte Auflage, https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

Erreichbarkeit, wenn bei der Analyse Traumanetzwerke außerhalb Thüringens (wie zum Beispiel das Traumanetzwerk Oberfranken) berücksichtigt werden. Hierdurch würde sich die Fahrzeit in den entsprechenden Regionen teilweise verkürzen. In großen Teilen der betroffenen Regionen beträgt die Fahrzeit zum nächsten Standort allerdings weiterhin über 60 Minuten.

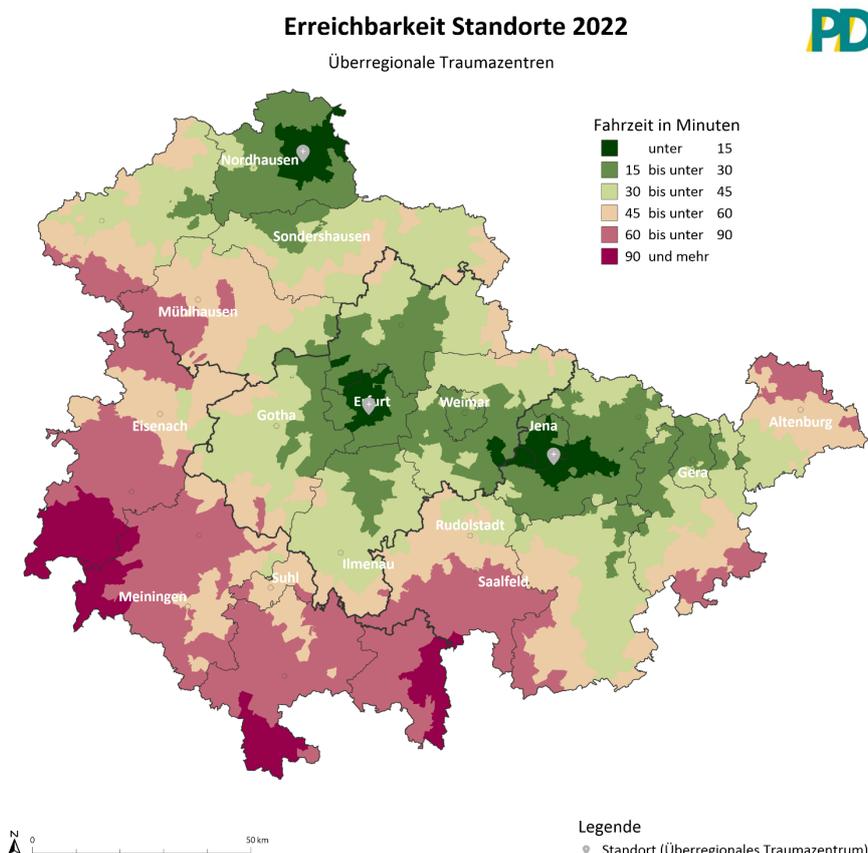


Abbildung 47: Erreichbarkeit eines überregionalen Traumazentrums im Jahr 2022³⁰⁷

6.4.2 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In Thüringen existiert seit 2012 ein nach den Kriterien der DGU zertifiziertes Traumanetzwerk.³⁰⁸ Im Jahr 2022 setzte es sich aus 25 Traumazentren zusammen, darunter acht lokale, 13 regionale und drei überregionale Traumazentren.

Entlang der Städtekette in der Mitte von Thüringen sind Traumazentren aller drei Versorgungsstufen zu meist innerhalb von 15 Minuten erreichbar. Auch in anderen Regionen in Thüringen kann ein Traumazentrum größtenteils innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden. Eine flächendeckende Erreichbarkeit von Traumazentren aller drei Versorgungsstufen ist daher in großen Teilen Thüringens gewährleistet. Der

³⁰⁷ Eigene Darstellung auf Basis § 21-KHEntgG-Datensatzes 2022, der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte sowie der Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 3., erweiterte Auflage, https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

³⁰⁸ Krankenhausspiegel Thüringen: Versorgung von Schwerverletzten, abrufbar unter: <https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/versorgung-von-schwerverletzten/traumanetzwerk-thueringen>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

von der DGU geforderte Zeitrahmen, wonach ein Eintreffen am geeigneten Traumazentrum innerhalb von 30 Minuten nach der Erstversorgung am Unfallort erfolgen soll, kann damit flächendeckend für die meisten Regionen in Thüringen gewährleistet werden.³⁰⁹

Bei der Einordnung der ausgewiesenen Fahrzeiten ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um die durchschnittliche PKW-Fahrzeit ohne Sonder- und Wegerechte handelt und die Fahrzeit mit einem entsprechenden Rettungsmittel (überwiegend im Rettungswagen) im Allgemeinen unter den ausgewiesenen liegen wird.

In den eher dünn besiedelten Regionen im Süden und Südwesten Thüringens angrenzend an Bayern und Sachsen ergeben sich für die Bevölkerung teilweise Fahrzeiten zu einem Traumazentrum in Thüringen von über 45 Minuten. Die Erreichbarkeiten verbessern sich in diesen Landesteilen jedoch deutlich, wenn die Traumanetzwerke in Bayern mitberücksichtigt werden. Ein zwischen den Ländern abgestimmtes Vorgehen bei der Planung könnte, wie bereits in mehreren Analysen hier im Gutachten gezeigt wurde, helfen trotz zurückgehender Ressourcen die Versorgung flächendeckend sicherzustellen.

6.5 Schlaganfallversorgung

In diesem Abschnitt wird die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Thüringen untersucht. Der Begriff Schlaganfall bezeichnet eine plötzlich einsetzende Funktionsstörung des Gehirns. Dabei wird zwischen zwei Ursachen unterschieden:

- ein Blutgerinnsel verschließt ein gehirnversorgendes Gefäß und führt zu einer Durchblutungsstörung (Hirninfarkt, ischämischer Infarkt).
- ein Blutgefäß im Gehirn reißt plötzlich und es kommt zu einer Blutansammlung (hämorrhagischer Infarkt).

Der Schlaganfall zählt zusammen mit den Herz- und Kreislauferkrankungen zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland.^{310/311}

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Behandlungen der betroffenen Patientinnen und Patienten auf einer Stroke Unit³¹² nachweislich und maßgeblich zur Reduzierung der funktionellen Beeinträchtigung und Mortalität beiträgt,³¹³ wird die Verfügbarkeit entsprechender Strukturen in Thüringen analysiert. Dabei

³⁰⁹ Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2024): TraumaNetzwerk DGU®, abrufbar unter: <https://www.dgu-online.de/versorgung-wissenschaft/qualitaet-und-sicherheit/schwererletzte/traumanetzwerk-dgu>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

³¹⁰ Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe: Factsheets zum Thema Schlaganfall für Journalisten, <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/presse/factsheets-fuer-journalisten#:~:text=Jedes%20Jahr%20erleiden%20in%20Deutschland,%2C%20einem%20wiederholten%20Schlaganfall%2C%20betreffen>, zuletzt abgerufen am 04.03.2024.

³¹¹ Robert Koch-Institut: Schlaganfall, https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Schlaganfall/Schlaganfall_inhalt.html, zuletzt abgerufen am 04.03.2024.

³¹² Stroke Units (oder Schlaganfall-Stationen) sind Spezialeinheiten für die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten.

³¹³ Langhorne, P.; Ramachandra, S. (2020): Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD000197.

ist zu beachten, dass der Begriff „Stroke Unit“ in Deutschland nicht einheitlich verwendet wird und gesetzlich nicht geschützt ist.^{314/315} Nach dem Konzept der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) sind Stroke Units stationäre Sondereinrichtungen, in denen ein integratives Behandlungskonzept der Schlaganfallpatientinnen und -patienten im Akutstadium umgesetzt wird.³¹⁶

Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) hat in Zusammenarbeit mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe ein Zertifizierungsverfahren für Schlaganfall-Stationen entwickelt, in dem Strukturqualitätskriterien und Prozessqualitätskriterien systematisch geprüft werden und auf dessen Basis sich Krankenhausstandorte mit Stroke Units in Deutschland zertifizieren lassen können.

In diesem Abschnitt wird zunächst dargestellt, wie viele Schlaganfälle in Thüringen im Jahr 2022 stationär behandelt wurden. Anschließend werden die vorhandenen Stroke Units in Thüringen identifiziert und es wird bestimmt, wie hoch der Anteil der Schlaganfallpatientinnen und -patienten ist, die in Stroke Units behandelt wurden.

Abschließend erfolgt eine Darstellung der theoretischen Fahrzeiten für die Bevölkerung zu den Krankenhausstandorten mit Stroke Units in Thüringen.

6.5.1 Behandlung von Schlaganfällen in Thüringen

Im Jahr 2022 wurden in Thüringen rund 11.800 Schlaganfälle³¹⁷ an 45 Standorten behandelt. Acht Standorte erbrachten dabei rund die Hälfte des gesamten Fallzahlvolumens. 16 Standorte behandelten weniger als 100 Fälle im Jahr 2022 und damit durchschnittlich weniger als jeden dritten Tag einen Fall. Diese Standorte versorgten rund 6 % der Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall.

Grundsätzlich ist bei der Interpretation der Fallzahlen in Abbildung 48 zu beachten, dass Schlaganfall als Hauptdiagnose nicht nur im Rahmen eines Akutereignisses kodiert wird (akuter Schlaganfall), sondern auch bei einer möglichen Folgebehandlung, die beispielsweise in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird.

³¹⁴ Ringleb, P.; Köhrmann, M.; Jansen O. et al. (2022): Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2022, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, www.dgn.org/leitlinien, zuletzt abgerufen am 04.03.2024.

³¹⁵ Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Spezialstationen für schlaganfallbetroffene Menschen, <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/fuer-be-troffene/akutbehandlung/stroke-unit>, zuletzt abgerufen am 04.03.2024.

³¹⁶ Berlit, P.; Busse, O., Diener, H. C. et al. (1998): Empfehlungen für die Einrichtung von Schlaganfall-Spezialstationen („Stroke Units“) - Aktualisierung 1997, erschienen in: Der Nervenarzt (96), S. 180-185.

³¹⁷ Als Schlaganfälle werden im Rahmen der Analysen alle Fälle mit den Hauptdiagnosen G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64 gemäß ICD10 klassifiziert.

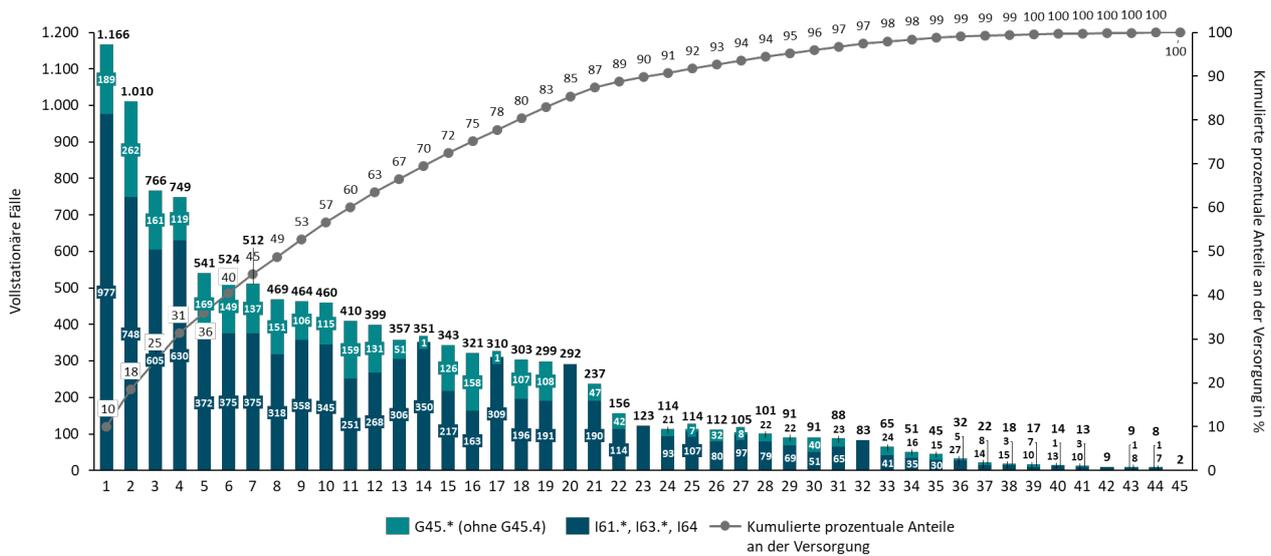


Abbildung 48: Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) je Krankenhausstandort im Jahr 2022³¹⁸

Die S2e-Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls empfiehlt, dass alle akuten Schlaganfallpatientinnen und -patienten auf einer Stroke Unit behandelt werden sollen.³¹⁹ Wie eingangs bereits erwähnt, wird der Begriff „Stroke Unit“ jedoch nicht einheitlich verwendet. In Deutschland gibt es zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens 348 nach den Kriterien der DSG zertifizierte Stroke Units.³²⁰ Dabei wird zwischen drei verschiedenen Zertifizierungsstufen unterschieden. Neben regionalen und überregionalen Stroke Units können seit 2011 auch sogenannte telemedizinisch vernetzte Stroke Units zertifiziert werden. Schätzungen zufolge werden zwischen 70 % und 80 % aller akuten Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Deutschland in zertifizierten Stroke Units behandelt.³²¹

In Thüringen gibt es derzeit 16 Krankenhausstandorte mit zertifizierten Stroke Units, darunter:

- fünf überregionale Stroke Units,
- neun regionale Stroke Units sowie
- zwei telemedizinisch vernetzte Stroke Units.³²²

³¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes des Jahres 2022.

³¹⁹ Ringleb, P.; Köhrmann, M.; Jansen O. et al. (2022): Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2022, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, www.dgn.org/leitlinien, zuletzt abgerufen am 04.03.2024.

³²⁰ Deutsche Schlaganfall Gesellschaft (2024): Liste der zertifizierten Stroke Units in Deutschland, <https://www.dsg-info.de/stroke-units-neurovas-kulaere-netzwerke/>, zuletzt abgerufen am 04.03.2024.

³²¹ Neumann-Haefelin, T.; Busse, O.; Koennecke, H.-C. et al. (2022): Zertifizierungskriterien für Stroke-Units in Deutschland: Update 2022, erschienen in: Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.

³²² Deutsche Schlaganfall Gesellschaft (2024): Liste der zertifizierten Stroke Units in Deutschland, <https://www.dsg-info.de/stroke-units-neurovas-kulaere-netzwerke/>, zuletzt abgerufen am 04.03.2024.

Neben personellen und strukturellen Anforderungen ist für eine erfolgreiche Zertifizierung das Erreichen gewisser Mindestfallzahlen notwendig. So müssen telemedizinisch vernetzte Stroke Units derzeit mindestens 200, regionale Stroke Units mindestens 250 und überregionale Stroke Units mindestens 500 akute Schlaganfälle versorgen.³²³

Darüber hinaus gibt es in Thüringen das sogenannte SATELIT-Netzwerk. In diesem Netzwerk sind 15 Kliniken in Thüringen³²⁴ zusammengeschlossen, die eine sogenannte Tele Stroke Unit vorhalten. Sie sind so ausgestattet und telemedizinisch mit größeren Stroke Units vernetzt, dass sie Schlaganfallpatientinnen und -patienten jederzeit fachgerecht erstversorgen und weiterbetreuen können.³²⁵ Die geforderten Strukturvoraussetzungen für Tele Stroke Units lassen sich im 7. Thüringer Krankenhausplan finden.³²⁶ Vier dieser 15 Tele Stroke Units sind zusätzlich nach den Kriterien der DSG zertifiziert.

Mit den 16 zertifizierten Stroke Units und den 11 nicht zertifizierten Tele Stroke Units des SATELIT-Netzwerks ergibt sich eine Gesamtanzahl von 27 Einrichtungen, die für die Versorgung eines akuten Schlaganfalls infrage kommen. Wie in Abbildung 48 dargestellt, wurden Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall jedoch an 45 Krankenhausstandorten in Thüringen versorgt. Die Differenz ergibt sich zum einem dadurch, dass, wie bereits erwähnt, die Hauptdiagnose Schlaganfall nicht nur kodiert, wenn es sich um ein akutmedizinisches Ereignis handelt, sondern auch im Rahmen einer Folgebehandlung. Daher gibt es Krankenhausstandorte, die Schlaganfälle nach der Akutphase in größerer Anzahl rehabilitativ behandeln, ohne dass sie über eine Stroke Unit verfügen.

Aufgrund der rehabilitativen Ausrichtung dieser Standorte ist das Fehlen einer Stroke Unit bei diesen Standorten nicht als Strukturmangel anzusehen. Im weiteren Verlauf dieses Abschnitts wird auf diesen Sachverhalt noch näher eingegangen.

Zudem kann davon ausgegangen werden, dass es – zumindest im geringen Umfang – zu Fehlkodierungen bei den Standorten mit sehr geringen Fallzahlen gekommen ist.

Außerdem können akute Schlaganfälle auch in anderen Strukturen beziehungsweise nicht zertifizierten Stroke Units behandelt werden.

Zur Identifizierung aller Standorte mit Stroke Units – und somit auch der nicht zertifizierten – können die OPS-Kodes 8-981.* (neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) und 8-98b.* (andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) herangezogen werden. Die Kodierung dieser OPS-Kodes setzen die Erfüllung bestimmter Struktur- und Mindestmerkmale voraus, die üblicherweise an Stroke Units gestellt werden. Dazu gehören beim OPS-Kode 8-981.* unter anderem:

- die notwendige Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt beziehungsweise eine Fachärztin für Neurologie,

³²³ Deutsche Schlaganfall Gesellschaft: Zertifizierungsantrag regionale / überregionale / telemedizinisch vernetzte SU 2023, <https://www.dsg-info.de/stroke-units-neurovaskulaere-netzwerke/zertifizierungsantraege-kriterien/>, zuletzt abgerufen am 04.03.2024.

³²⁴ Zudem gehören dem Netzwerk weitere Kliniken außerhalb Thüringens an.

³²⁵ Krankenhausspiegel Thüringen: SATELIT-Netzwerk, <https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/schlaganfall-versorgung/satelit-netzwerk>, zuletzt abgerufen am 04.03.2024.

³²⁶ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2020): 7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017 – 2022, https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/thueringer_krankenhausplan_stand_januar2020.pdf, zuletzt abgerufen am 11.03.2024.

- die 24-Stunden-Präsenz eines Neurologen oder einer Neurologin,³²⁷
- ein mindestens 24-stündiges Monitoring von Vitalparametern sowie
- die Durchführung einer Computer- oder Magnetresonanztomographie innerhalb von 60 Minuten bei Indikation zur Thrombolysse oder Thrombektomie.

Der OPS-Kode 8-98b.* stellt weniger hohe Anforderungen an die Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten. So kann die Behandlungsleitung unter anderem auch durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin erfolgen. Die neurologische Fachexpertise kann in diesem Fall entweder durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Neurologie, der beziehungsweise die im Team fest eingebunden ist, gewährleistet werden (ohne Telekonsildienst), oder über einen Telekonsildienst zu einer neurologischen Stroke Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes (mit Telekonsildienst).

Basierend auf den vorherigen Ausführungen werden für die folgenden Darstellungen und Analysen Standorte mit Stroke Units identifiziert: Stroke Units sind Behandlungseinheiten an Krankenhausstandorten, in denen im Jahr 2022 Fälle mit den OPS-Kodes 8-981.* oder 8-98b.* erbracht wurden. Um dabei Fehlkodierungen auszuschließen, wurde angenommen, dass nur Standorte mit einer Fallzahl größer als zehn über die notwendigen Strukturen einer Stroke Unit verfügen.

Wird diese Definition zugrunde gelegt, ergeben sich für die folgenden Analysen fünf verschiedenen Kategorien:

1. Zertifizierte Stroke Unit (mit OPS-Kode 8-98b.* oder 8-981.*)
2. Nicht zertifizierte Stroke Unit (mit OPS-Kode 8-98b.*)
3. Keine Stroke Unit³²⁸, aber Mitglied im SATELIT-Netzwerk
4. Keine Stroke Unit³²⁹
5. Spezielles Versorgungsangebot im Bereich NNF/GFK³³⁰

In Tabelle 11 ist zum einem dargestellt, wie viele Standorte es je Kategorie in Thüringen gibt, und zum anderen, wie viele Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall dort jeweils behandelt wurden.

Wie bereits erwähnt, gibt es 16 zertifizierte Stroke Units in Thüringen. Diese haben im Jahr 2022 zusammen rund 8.700 Schlaganfallpatientinnen und -patienten behandelt, was bezogen auf das gesamte Fallzahlvolumen einem Anteil von rund 74 % beziehungsweise von rund drei Vierteln entspricht.

Darüber hinaus gibt es vier nicht zertifizierte Stroke Units (identifiziert über den OPS-Kode 8-98b.*) an den Krankenhausstandorten in Thüringen und elf Standorte, die zwar keine Stroke Unit vorhalten, aber Mitglied im SATELIT-Netzwerk sind. Jeweils haben sie rund 7 % und damit gemeinsam rund 14 % der Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Thüringen behandelt.

³²⁷ Dies kann ein Facharzt beziehungsweise eine Fachärztin für Neurologie oder ein Assistenzarzt beziehungsweise eine Assistenzärztin mit neurologischer Weiterbildung sein.

³²⁸ Unter „keine Stroke Unit“ wurden Krankenhausstandorte gefasst, die weder von der DSG als Stroke Unit zertifiziert sind, noch als Stroke Units aufgrund des OPS-Kodes 9-891.* (Fallzahl > 10) oder des OPS-Kodes 8-98b.* (Fallzahl > 10) identifiziert wurden.

³²⁹ Unter „keine Stroke Unit“ wurden Krankenhausstandorte gefasst, die weder von der DSG als Stroke Unit zertifiziert sind, noch als Stroke Units aufgrund des OPS-Kodes 9-891.* (Fallzahl > 10) oder des OPS-Kodes 8-98b.* (Fallzahl > 10) identifiziert wurden.

³³⁰ Spezielles Versorgungsangebot in den Bereichen neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlung (NNF) oder geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK).

Lediglich 88 Schlaganfälle, was einem Anteil von rund 1 % entspricht, wurden an Standorten versorgt, die weder eine Stroke Unit aufweisen, noch Mitglied im SATELIT-Netzwerk sind. Insgesamt verteilen sich diese Fälle auf sieben Standorte.

Die verbleibenden 1.378 Fälle (rund 12 %) mit der Diagnose Schlaganfall wurden an Standorten versorgt, die ein spezielles Versorgungsangebot in den Bereichen neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlung (NNF) oder geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) vorhalten. Es kann daher mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass bei diesen Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Behandlung kein akuter Schlaganfall mehr vorlag, sondern die Hauptdiagnose im Rahmen einer rehabilitativen Folgebehandlung kodiert wurde. Werden diese Fälle nicht in die Analyse mit einbezogen, wurden im Jahr 2022 in Thüringen rund 84 % aller Schlaganfälle in einer zertifizierten Stroke Unit behandelt.

Tabelle 11: Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) im Jahr 2022³³¹

Kategorie	Anzahl Standorte	Anzahl Schlaganfälle ³³²	Anteil an Gesamtfallzahl	Anteil an Fallzahl ohne NNF/GFK
Zertifizierte Stroke Unit (mit OPS-Kode 8-98b.* oder 8-981.*)	16	8.706	74 %	84 %
Nicht zertifizierte Stroke Unit (mit OPS-Kode 8-98b.*)	4	803	7 %	8 %
Keine Stroke Unit, aber Mitglied im SATELIT-Netzwerk	11	791	7 %	8 %
Keine Stroke Unit	7	88	1 %	1 %
Spezielles Versorgungsangebot im Bereich NNF/GFK	7	1.378	12 %	-
Gesamt	45	11.766	100 %³³³	100 %³³⁴

Wie sich die Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall auf die 45 Standorte im Jahr 2022 verteilen, ist in Abbildung 49 dargestellt. Im Unterschied zu Abbildung 48 ist zudem ersichtlich, welche der fünf Kategorien die Standorte jeweils angehören.

Es zeigt sich, dass die 16 zertifizierten Stroke Units zwischen 237 und 1.166 Schlaganfälle im Jahr 2022 behandelt haben. Von den vier nicht zertifizierten Stroke Units haben zwei jeweils mehr als 300 Fälle behandelt. Die Standorte, die Mitglied im SATELIT-Netzwerk sind, aber keine eigene Stroke Unit gemäß der hier geltenden Definition aufweisen, haben zwischen 22 und 156 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall behandelt.

Wie bereits in Tabelle 11 dargestellt, gab es im Jahr 2022 sieben Standorte in Thüringen, die gemäß Definition keinen Bezug zu einer Stroke Unit aufweisen und auch nicht Mitglied im SATELIT-Netzwerk sind. Der Standort mit den meisten Fällen behandelte dabei 18 und der mit den wenigsten lediglich zwei Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall.

³³¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

³³² Als Schlaganfälle werden im Rahmen der Analysen alle Fälle mit den Hauptdiagnosen G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64 gemäß ICD10 klassifiziert.

³³³ Rechnerisch durch Rundung mehr als 100 %.

³³⁴ Rechnerisch durch Rundung mehr als 100 %.

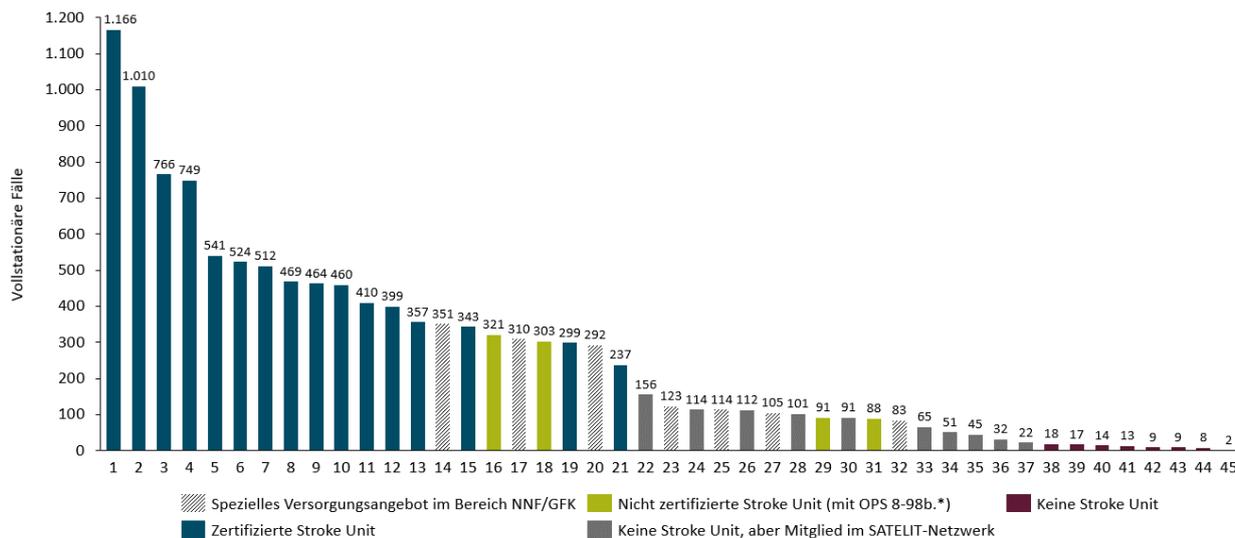


Abbildung 49: Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) je Krankenhausstandort mit und ohne Stroke Unit im Jahr 2022³³⁵

Von den 88 Fällen, die weder auf einer Stroke Unit noch durch ein Mitglied des SATELIT-Netzwerks behandelt wurden, wurden 67 (rund 76 %) mit dem Aufnahmearbeit „Notfall“ aufgenommen. Bei diesen Fällen kann angenommen werden, dass es sich um akute Schlaganfälle gehandelt hat. Vor dem Hintergrund des positiven Outcome-Effekts, den die Behandlung auf einer Stroke Unit nachweislich hat, hätten die 67 Patientinnen und Patienten aus Qualitätsgesichtspunkten dort initial behandelt werden sollen. Allerdings ist es durchaus möglich, dass der Anfahrtsweg zu lang gewesen wäre oder es keine freien Kapazitäten mehr auf den Stroke Units gab.

Zudem ist es denkbar, dass die Fälle zu einem späteren Zeitpunkt auf eine Stroke Unit verlegt wurden. Auf diesen Aspekt wird später noch näher eingegangen.

Für die restlichen 21 Fälle wurde als Aufnahmegrund „Einweisung durch einen Arzt“, „Verlegung“, „Verlegung innerhalb von 24 Stunden“ oder „Verlegung aus einer Reha-Klinik“ kodiert (Tabelle 12) angegeben. Hier kann keine valide Aussage darüber getroffen werden, ob es sich um akute Schlaganfälle gehandelt hat oder ob diese Patientinnen und Patienten gegebenenfalls im Rahmen einer Folgebehandlung aufgenommen und betreut wurden.

Auch für die restlichen Kategorien ist die Verteilung der Schlaganfälle auf die verschiedenen Aufnahmearbeit in Tabelle 12 dargestellt.

³³⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

Tabelle 12: Aufnahmeanlässe von Fällen der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64)³³⁶

Aufnahmeanlass	Zertifizierte Stroke Unit	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.*	Keine Stroke Unit, aber Mitglied im SATELIT-Netzwerk	Keine Stroke Unit	Spezielles Versorgungsangebot im Bereich NNF/GFK	Alle Cluster
A – Verlegung mit Behandlungsdauer < 24 Std.	133	4	0	2	114	253
E – Einweisung durch einen Arzt / eine Ärztin	413	16	14	14	19	476
N – Notfall	7.847	779	756	67	0	9.449
R – Aufnahme aus einer Rehabilitationseinrichtung	0	0	0	0	1	1
V – Verlegung	313	4	21	5	1.244	1.587
Gesamt	8.706	803	791	88	1.378	11.766

Von den 67 Schlaganfallpatientinnen und -patienten mit dem Aufnahmeanlass Notfall, die an einem Krankenhausstandort ohne Stroke Unit behandelt wurden, wurden rund ein Viertel in ein anderes Krankenhaus verlegt. Auf Basis der diesem Gutachten zugrundeliegenden Daten ist jedoch nicht ersichtlich, ob sie anschließend auf einer Stroke Unit behandelt wurden. Bei rund der Hälfte der Patientinnen und Patienten wurde die Behandlung regulär beendet. Weitere 9 % wurden in eine Pflege- oder Rehabilitationseinrichtung entlassen. Bei elf Fällen (rund 16 %) wurde der Entlassgrund „Tod“ angegeben.³³⁷

Auswertung zugehöriger OPS-Komplexcodes

Die nachfolgende Abbildung 50 zeigt für die 20 Krankenhausstandorte mit zertifizierten und nicht zertifizierten Stroke Units in Thüringen, wie viele der dort behandelten Schlaganfälle³³⁸ eine neurologische Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-981.* und OPS-Kode 8-98b.*) erhalten haben.

Zusätzlich ist im Falle des OPS-Kodes 8-981 ersichtlich, ob in der jeweiligen Einrichtung durchgängig (24/7) die Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien³³⁹ und intrakraniellen Eingriffen bestand (Identifikation über den OPS-Kode 8-981.3).

Im Falle des OPS-Kodes 8-98b wird dahingehend unterschieden, ob für die Einbindung der neurologischen Fachexpertise ein Telekonsildienst genutzt wurde oder ob dies nicht notwendig war, da ein Facharzt beziehungsweise eine Fachärztin für Neurologie vor Ort zur Verfügung stand.

Anhand von Abbildung 50 zeigt sich, dass insgesamt bei rund drei Vierteln der in Stroke Units behandelten Schlaganfallpatientinnen und -patienten eine Komplexbehandlung durchgeführt wurde. Gründe, warum

³³⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

³³⁷ § 21-KHEntgG-Datensatz des Jahres 2022.

³³⁸ Als Schlaganfälle werden im Rahmen der Analysen alle Fälle mit den Hauptdiagnosen G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64 gemäß ICD10 klassifiziert.

³³⁹ Unter Thrombektomie wird die Entfernung eines Blutgerinnsels (Thrombus) aus einem Blutgefäß mithilfe eines Katheters verstanden.

bei den restlichen Fällen keine Komplexbehandlung durchgeführt wurde oder warum diese zumindest nicht kodiert werden konnte, könnten beispielsweise sein, dass die entsprechenden Patientinnen und Patienten frühzeitig verstorben sind oder nicht mindestens 24 Stunden überwacht wurden.

Zudem besteht die Möglichkeit, dass kein akuter Schlaganfall zum Zeitpunkt der Aufnahme vorlag oder die Diagnose Schlaganfall fehlerhaft kodiert wurde.

Zudem ist anhand von Abbildung 50 ersichtlich, dass an fünf Standorten in Thüringen mit Stroke Unit durchgängig (24/7) die Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen bestand. An sieben weiteren Standorten, die den OPS-Kode 8-981.* kodiert haben, bestanden dafür Kooperationsvereinbarungen mit anderen Stroke Units.

Acht Standorte mit Stroke Unit haben im Jahr 2022 den OPS-Kode 8-98b.* kodiert, davon haben fünf einen Telekonsildienst hinzugezogen. An den restlichen drei Standorten stand demnach kontinuierlich eine Fachärztin beziehungsweise ein Facharzt für Neurologie vor Ort zur Verfügung.

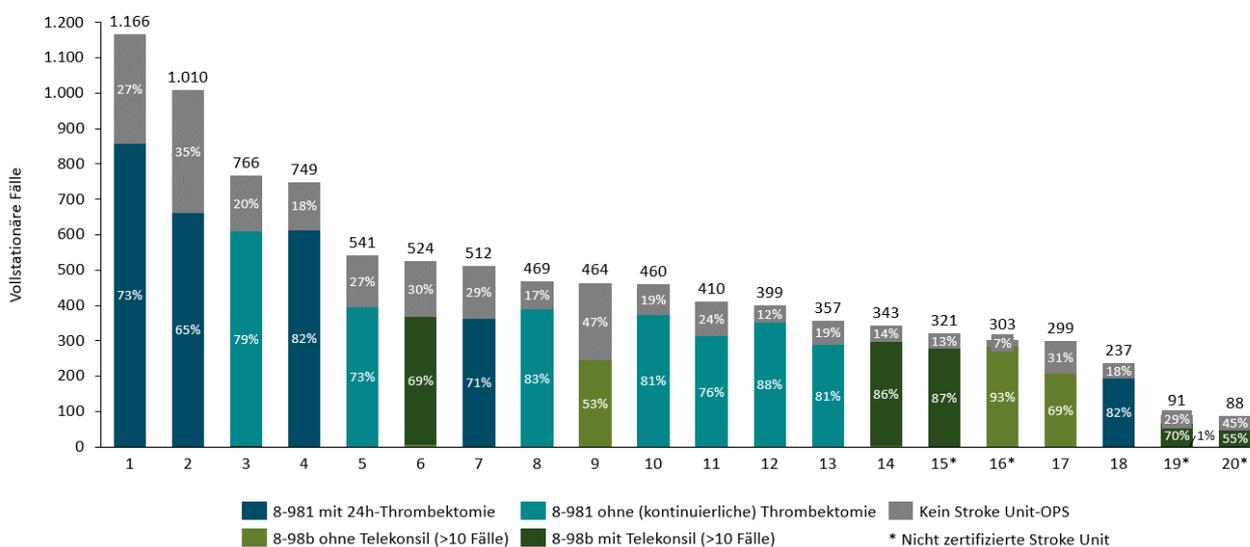


Abbildung 50: Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) und Komplex-OPS je Krankenhausstandort im Jahr 2022³⁴⁰

6.5.2 Erreichbarkeit von Stroke Units in Thüringen

In Abbildung 51 sind zunächst nur die Standorte mit zertifizierten Stroke Units und deren Erreichbarkeit dargestellt. Zudem ist ersichtlich, ob es sich um eine regionale, überregionale oder telemedizinisch vernetzte Stroke Unit handelt.³⁴¹

Es zeigt sich, dass im Jahr 2022 in den meisten Teilen Thüringens eine zertifizierte Stroke Unit innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden konnte. Ausgenommen davon sind jedoch weite Teile der Landkreise Eichsfeld und Kyffhäuserkreis im Norden von Thüringen sowie des Landkreises Saale-Orla-Kreis im Südosten des Freistaats.

³⁴⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

³⁴¹ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

Zudem zeigt sich, dass sich die überregionalen Stroke Units größtenteils entlang der Städtekette befinden. Eine Ausnahme davon stellt der Standort in Meiningen im Südwesten des Bundeslandes dar.

Insgesamt können rund 76 % der Bevölkerung Thüringens einen Standort mit zertifizierter Stroke Unit innerhalb von 30 Minuten erreichen. Nur rund 0,1 % benötigen länger als eine Stunde zu einem Standort.

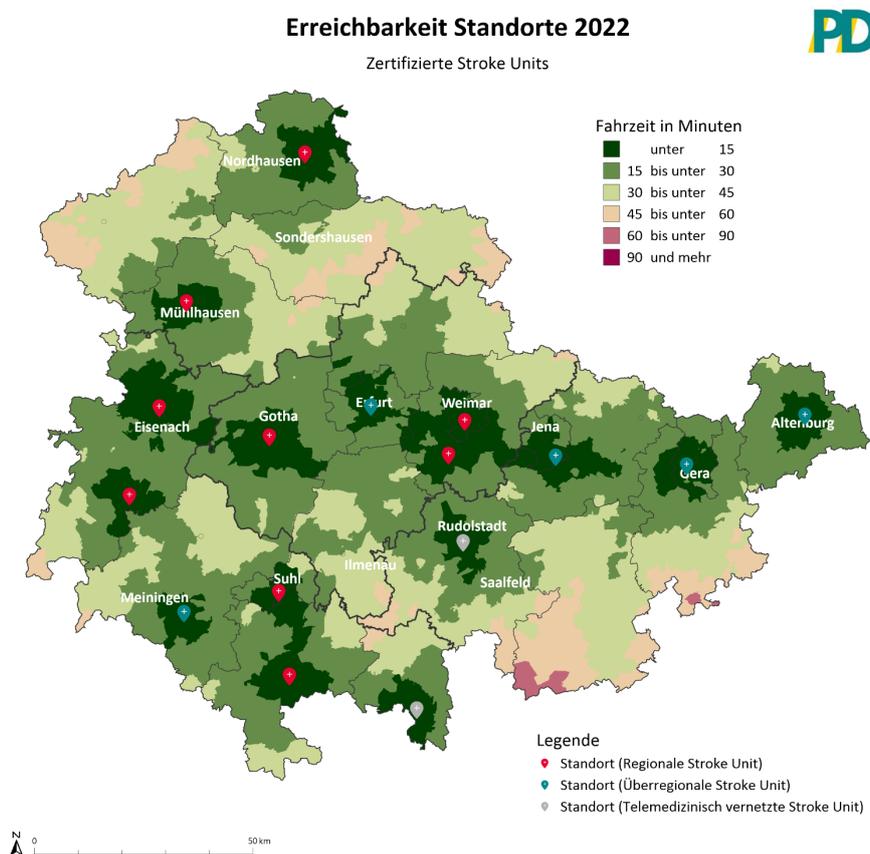


Abbildung 51: Erreichbarkeit von zertifizierten Stroke Units in Thüringen³⁴²

Werden in die Erreichbarkeitsanalyse auch die vier Standorte mit nicht zertifizierten Stroke Units einbezogen, verkürzen sich die theoretischen Fahrzeiten für die Bevölkerung insbesondere im Landkreis Eichsfeld und im Süden des Landkreises Greiz deutlich, wie anhand von Abbildung 52 ersichtlich wird.

Da sich die beiden anderen nicht zertifizierten Stroke Units in geografischer Nähe zu zertifizierten Stroke Units befinden, verringern sich die Fahrzeiten für die Bevölkerung rund um Erfurt und Mühlhausen nur kleinräumig von unter 30 auf unter 15 Minuten.

Thüringenweit können rund 83 % der Bevölkerung einen Standort mit zertifizierter oder nicht zertifizierter Stroke Unit innerhalb des Freistaats erreichen. Innerhalb von 40 Minuten sind es rund 95 %.

In den Landkreisen Kyffhäuserkreis, Saale-Orla-Kreis, Saale-Holzland-Kreis und Ilm-Kreis gibt es weder eine zertifizierte noch eine nicht zertifizierte Stroke Unit. Allerdings sind dort Standorte angesiedelt, die Mitglied im SATELIT-Netzwerk sind und somit eine Tele Stroke Unit vorhalten. In Abbildung 52 sind diese Standorte hellgrau hinterlegt. Sie wurden jedoch nicht in die Berechnung der Fahrzeiten miteinbezogen.

³⁴² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes des Jahres 2022.

Generell ist bei der Interpretation der Karten zu beachten, dass ausschließlich Standorte mit Stroke Units in Thüringen betrachtet wurden. Würden auch die Standorte in den an Thüringen angrenzenden Bundesländern berücksichtigt werden, würden sich die Fahrzeiten insbesondere im Kyffhäuserkreis und im Saale-Orla-Kreis verringern.

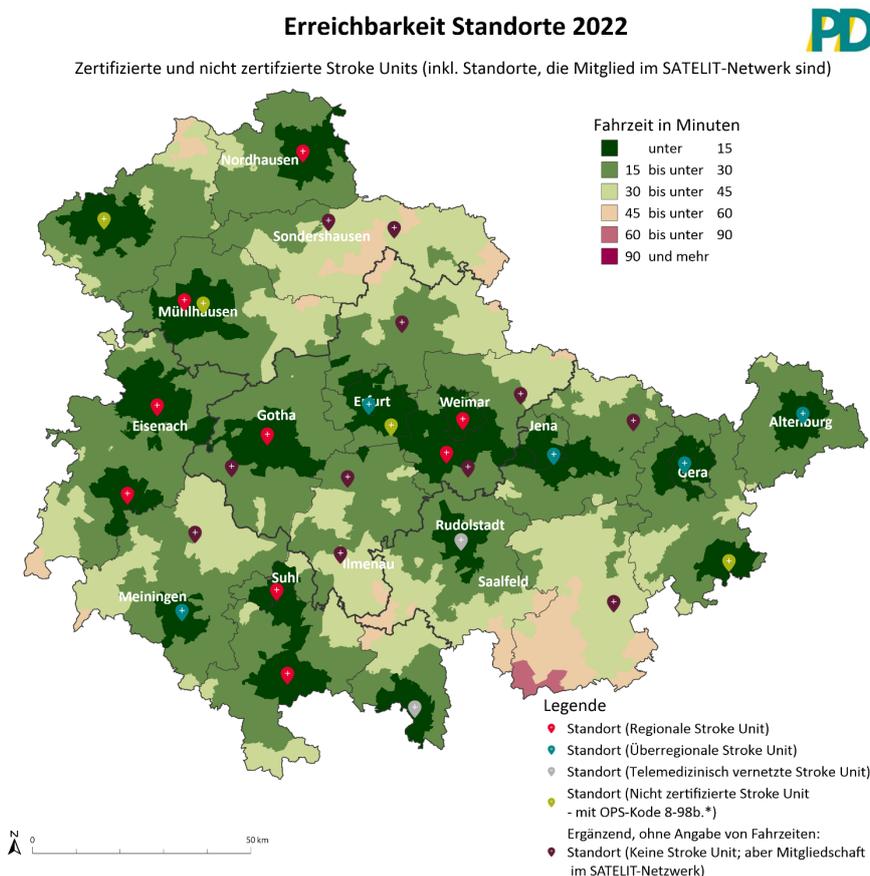


Abbildung 52: Erreichbarkeit der zertifizierten und nicht zertifizierten Stroke Units in Thüringen³⁴³

In Abbildung 53 sind die Fahrzeiten zu einem alternativen Standort, also dem zweitnächsten Standort, mit einer Stroke Unit dargestellt. Es wird deutlich, dass die Bevölkerung, die in den Gebieten zwischen den Städten Eisenach und Gera wohnhaft ist, einen Standort mit Stroke Unit weiterhin innerhalb von 30 Minuten erreichen könnte. Auch rund um Mühlhausen und in Teilen der Landkreise Schmalkalden-Meiningen und Hildburghausen wäre dies der Fall.

Im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt würden sich die Fahrzeiten beispielsweise deutlich verlängern, wenn die Bevölkerung statt dem nächsten den zweitnächsten Standort aufsuchen würde, was die Bedeutung des Standorts für die lokale Bevölkerung in Rudolstadt hervorhebt. Auch in anderen Landkreisen würden teilweise Fahrzeiten von bis zu einer Stunde entstehen.

³⁴³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

Erreichbarkeit alternativer Standorte 2022



Zertifizierte und nicht zertifizierte Stroke Units (inkl. Standorte, die Mitglied im SATELIT-Netzwerk sind)

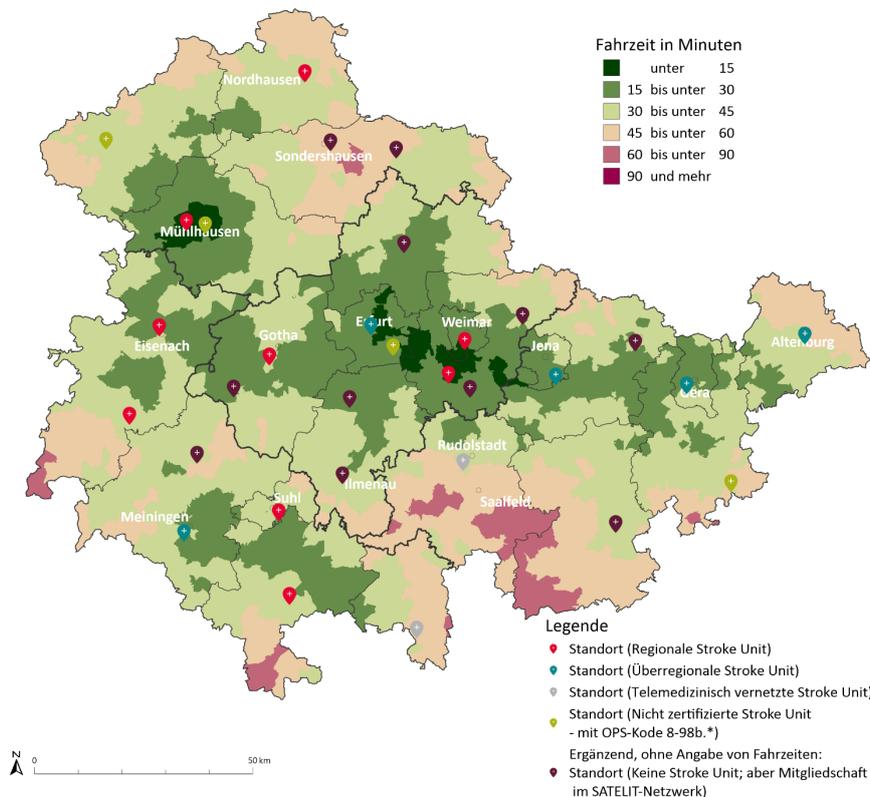


Abbildung 53: Erreichbarkeit einer alternativen Stroke Unit in Thüringen³⁴⁴

Da sich die Thrombektomie seit 2015 – nach der Veröffentlichung von fünf unabhängigen randomisiert-kontrollierten Studien – als Standardverfahren für die Behandlung akuter ischämischer Schlaganfälle etabliert hat,³⁴⁵ werden die Standorte, die diese Behandlung in Thüringen (24/7) anbieten, in der Abbildung 54 separat betrachtet. Aufgrund der hohen Strukturvoraussetzungen und Qualitätsansprüche steht die Thrombektomie nur in ausgewiesenen Zentren jederzeit zur Verfügung.³⁴⁶ Es wird davon ausgegangen, dass bei etwa 10 % bis 20 % aller Patientinnen und Patienten mit ischämischem Schlaganfall eine Thrombektomie infrage kommt.^{347/348}

³⁴⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

³⁴⁵ Goyal, M. et al. (2016): Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials, erschienen in: Lancet, 2016; 387, S. 1723-1731.

³⁴⁶ Barlinn, J. et al. (2021): Telemedizin in der Schlaganfallversorgung – versorgungsrelevant für Deutschland, erschienen in: Der Nervenarzt, 92(6), S. 593-601.

³⁴⁷ Vanacker, P. et al. (2016): Eligibility and predictors for acute revascularization procedures in a stroke center, erschienen in: Stroke, 47(7), S. 1844-1849.

³⁴⁸ Rai, A.T. et al. (2017): A population-based incidence of acute large vessel occlusions and thrombectomy eligible patients indicates significant potential for growth of endovascular stroke therapy in the USA, erschienen in: Journal of NeuroInterventional Surgery, 9(8), S. 722-726.

In Thüringen führen fünf Standorte 24/7 Thrombektomien durch. Dabei handelt es sich um die Standorte, die auch als überregionale Stroke Unit zertifiziert sind (Abbildung 54). Vier der fünf Standorte befinden sich in den Städten Erfurt, Bad Berka, Jena und Gera. Demnach kann ein Standort, der Thrombektomien durchführt, in diesen Regionen innerhalb von 30 Minuten erreicht werden. Da es zudem einen Standort in Meiningen gibt, sind auch die Fahrzeiten in großen Teilen des Landkreises Schmalkalden-Meiningen im Vergleich zu anderen Regionen Thüringens verhältnismäßig kurz.

Insgesamt können rund 41 % der Einwohnerinnen und Einwohner Thüringens einen Standort innerhalb von 30 Minuten erreichen. Knapp 20 % benötigen mehr als eine Stunde.

Insbesondere im Norden und Süden von Thüringen können Fahrzeiten von über einer Stunde auftreten. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass Patientinnen und Patienten, die nach einem Schlaganfall eine Thrombektomie benötigen, mitunter zu einem Standort, der Thrombektomien durchführen kann, verlegt werden. Darüber hinaus gibt es, wie in Abbildung 50 dargestellt, Standorte, die eine Kooperationsvereinbarung mit einer Schlaganfalleinheit mit der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien haben.

Auffällig ist, dass in Mühlhausen zwei Standorte akute Schlaganfälle behandeln, keiner aber 24/7 Thrombektomien durchführt. Möglicherweise ergibt sich durch die Zusammenlegung an einem Standort die Option, bei den dann erreichbaren höheren Fallzahlen auch 24/7 Thrombektomien durchzuführen. Dies würde die Versorgung im Nord-Westen Thüringens noch weiter verbessern. Eventuell ist auch die Bildung eines gemeinsamen Thrombektomie-Teams denkbar, dass an beiden Einrichtungen tätig wird. Die Planungsbehörde sollte entsprechende Gespräche mit den versorgenden Einrichtungen führen.

Erreichbarkeit Standorte 2022

Stroke Units mit Möglichkeiten zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS 8-981.3*)

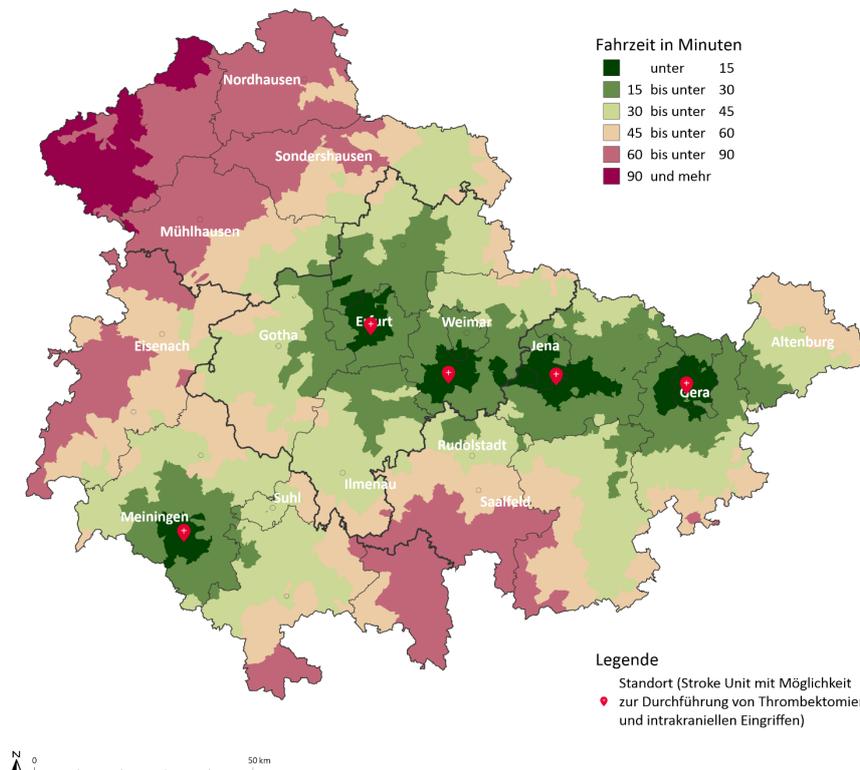


Abbildung 54: Erreichbarkeit von Stroke Units in Thüringen mit Möglichkeit zur Durchführung einer kontinuierlichen Thrombektomie³⁴⁹

6.5.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Anteil der auf zertifizierten Stroke Units behandelten Schlaganfallpatientinnen und -patienten im Jahr 2022 bei rund 84 %³⁵⁰ lag. Weitere 8 % wurden an Standorten mit nicht zertifizierten Stroke Units behandelt. Lediglich 88 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall – und somit nur ein sehr geringer Anteil – wurden an Standorten versorgt, die auf Basis der hier geltenden Definition im Jahr 2022 keine Stroke Unit vorgewiesen haben oder Mitglied im SATELIT-Netzwerk 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 jedoch die Landkreise Kyffhäuserkreis und Saale-Orla-Kreis. Hier benötigt die Bevölkerung in der Regel länger als eine halbe Stunde, in manchen Gebieten sogar bis zu einer Stunde.

Etwas verbessern würde sich die Erreichbarkeit für die Bevölkerung, wenn die Versorgungsangebote der angrenzenden Bundesländer mit in die Erreichbarkeitsanalyse einbezogen würden. Es empfiehlt sich daher,

³⁴⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntg-Datensatzes des Jahres 2022.

³⁵⁰ Dieser Anteil gilt, sofern die 1.378 Fälle, die an Standorten versorgt wurden, die ein spezielles Versorgungsangebot im Bereich NNF oder GFK vorhalten, nicht miteinbezogen werden, da bei ihnen davon ausgegangen werden kann, dass es sich nicht um akute Schlaganfälle handelt.

die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten bundesländerübergreifend zu betrachten und sich mit den Planungsbehörden in den angrenzenden Bundesländern abzustimmen.

Zudem gibt es in Thüringen neben den Standorten mit zertifizierten und nicht zertifizierten Stroke Units noch die sogenannten Tele Stroke Units, die wiederum im bereits erwähnten SATELIT-Netzwerk organisiert sind. Sie ergänzen das Versorgungsangebot insbesondere in den Regionen, wo andere Standorte nur nach längeren Fahrzeiten zu erreichen sind. Im Landkreis Kyffhäuserkreis gibt es beispielsweise zwei Tele Stroke Units und im Saale-Orla-Kreis eine.

Insgesamt wurden in Thüringen im Jahr 2022 rund 800 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall an Standorten versorgt, die keine eigene Stroke Unit vorhalten, jedoch Mitglied im SATELIT-Netzwerk sind und somit eine Tele Stroke Unit aufweisen. Im Rahmen dieses Gutachtens kann allerdings keine Aussage darüber getroffen werden, wie gut der Outcome der Behandlung auf einer Tele Stroke Unit im Vergleich zu einer Behandlung auf einer zertifizierten oder nicht zertifizierten Stroke Unit ist. Hierzu sind weitere Analysen notwendig, die auf Basis der diesem Gutachten zugrundeliegenden Daten nicht möglich sind.

Grundsätzlich können telemedizinische Schlaganfallnetzwerke jedoch dazu beitragen, die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten und insbesondere den Zugang zu zeitkritischen Schlaganfalltherapien in vorrangig strukturschwachen, ländlichen Regionen zu gewährleisten.³⁵¹

Im 7. Krankenhausplan von Thüringen wird in den Empfehlungen zur Qualitätssicherung bei der Schlaganfallbehandlung in Thüringen festgehalten, dass „in Übereinstimmung mit den Leitlinien [...] Schlaganfälle in einer Neurologischen Klinik auf einer Stroke Unit oder in einer internistischen Klinik mit zertifizierter Stroke Unit behandelt werden [sollen]. Ist dies aufgrund der Entfernung (Transportzeit < 30 min) nicht möglich, kann auch die Behandlung in anderen, spezifisch dafür eingerichteten Stroke Units, bei der der neurologische Sachverstand vor Ort vorhanden ist oder durch Telemedizin eingebracht wird, als Alternative gelten.“³⁵²

Werden diese Bestimmungen aus dem Krankenhausplan zugrunde gelegt und mit den vorherigen Aussagen zur Erreichbarkeit, dem Anteil der an Standorten mit zertifizierten Stroke Units behandelten Schlaganfällen und den Aussagen zu den Tele Stroke Units abgeglichen, kann für das Analysejahr 2022 eine gute Übereinstimmung von Realität und Plan in Bezug auf die Schlaganfallversorgung festgestellt werden.

Für ein kontinuierliches Monitoring der Versorgungssituation bietet es sich an, insbesondere die Kennzahlen regelmäßig zu erfassen, die bereits im 7. Krankenhausplan von Thüringen festgehalten wurden und die unter anderem auch Grundlage für die Analysen in diesem Abschnitt waren. Dazu zählt zum Beispiel die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64 gemäß ICD10) und der Anteil mit Behandlung in einer zertifizierten oder nicht zertifizierten Stroke Unit (OPS-Kode 8-981.* und 8-98b.*) an allen Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall.

Sollte beispielsweise beobachtet werden, dass sich der Anteil reduziert, müssen weitere Untersuchungen durchgeführt und möglicherweise Gegenmaßnahmen eingeleitet werden, um das derzeit – im Hinblick auf die hier untersuchten Indikatoren – gute Versorgungsniveau auch zukünftig halten zu können.

³⁵¹ Barlinn, J. et al. (2021): Telemedizin in der Schlaganfallversorgung – versorgungsrelevant für Deutschland, erschienen in: Der Nervenarzt, 92(6), S. 593-601.

³⁵² Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2020): 7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017 – 2022, https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/thueringer_krankenhausplan_stand_januar2020.pdf, zuletzt abgerufen am 11.03.2024.

6.6 Psychiatrische und psychosomatische Versorgung

Die stationäre Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt in Deutschland in Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, darunter zahlreiche Universitätskliniken. Daneben gibt es auch psychosomatische Krankenhäuser, die ebenfalls an der stationären Versorgung beteiligt sind.³⁵³ Eine Krankenhausbehandlung kann dabei nicht nur vollstationär erfolgen, sondern auch teilstationär in Tageskliniken. Eine tagesklinische Behandlung kann sowohl eine Alternative zur stationären Behandlung darstellen, als auch im Sinne einer Übergangsbildung an diese anschließen oder eine gegebenenfalls nicht ausreichende ambulante Behandlung intensivieren.³⁵⁴

Darüber hinaus wurde im Jahr 2018 mit der Einführung des § 115d SGB V zur stationsäquivalenten Behandlung (StäB) die Möglichkeit geschaffen, Krankenhausbehandlungen im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams durchzuführen. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.³⁵⁵

Die Vergütung von voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Leistungen erfolgt über die sogenannten PEPP-Entgelte. Seit dem 1. Januar 2018 ist für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten gemäß § 17d KHG verbindlich³⁵⁶ anzuwenden. Die Abkürzung PEPP wird sowohl für die einzelnen Fallgruppen als auch für das Entgeltsystem im Allgemeinen (PEPP-System) verwendet. Die PEPP-Entgelte werden analog zu den DRG-Entgelten jährlich durch das InEK kalkuliert.

Die nachfolgenden Analysen untersuchen die Versorgung von psychisch kranken Menschen in Krankenhäusern. Betrachtet werden sowohl voll- als auch teilstationäre Fälle.

6.6.1 Versorgungsstruktur psychiatrischer und psychosomatischer Fächer im Bundesvergleich

Um einen Vergleich der stationären Versorgungsstrukturen psychiatrischer und psychosomatischer Fächer auf der Bundesländerebene vornehmen zu können, wurde zum einen auf die Grunddaten der Krankenhäuser³⁵⁷ und zum anderen auf die PEPP-Statistik zurückgegriffen. Die PEPP-Statistik wurde im Jahr 2018 zusätzlich zur DRG-Statistik eingeführt und erfasst alle Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 1 KHG.

Die Analysen in diesem Abschnitt beziehen sich dabei nur auf vollstationäre Kennzahlen. Eine Analyse der teilstationären Kennzahlen im Bundesländervergleich ist aufgrund der unzureichenden beziehungsweise heterogenen Datenlage im Rahmen des Gutachtens nicht möglich gewesen.

³⁵³ DGPPN: Neue Lösungen für wachsenden Hilfebedarf, <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung.html>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

³⁵⁴ DGPPN (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Springer, Berlin.

³⁵⁵ Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d Absatz 2 SGB V, [2017_08_01_KH_Vereinbarung_Staeb_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf \(gkv-spitzenverband.de\)](#), zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

³⁵⁶ Von 2013 bis 2017 wurde das Entgeltsystem noch auf freiwilliger Basis unter budgetneutralen Bedingungen angewendet.

³⁵⁷ Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

Im Jahr 2022 wurden 23.601 vollstationäre PEPP-Fälle aus Thüringer Krankenhäusern entlassen. Im Vergleich zum Jahr 2018 ist die Fallzahl um rund 11 % gesunken und somit etwas stärker als im Bundesdurchschnitt (-9 %), wie Tabelle 13 zu entnehmen ist. Einen prozentual höheren Fallzahlrückgang verzeichneten nur die Bundesländer Rheinland-Pfalz (-11 %), Saarland (-12 %), Brandenburg (-17 %) und Bremen (-26 %).

Neben der Fallzahlentwicklung zwischen den Jahren 2018 und 2022 ist in Tabelle 13 zudem dargestellt, wie viele Fälle je 100.000 EW im Jahr 2022 behandelt wurden. Bundesweit lag der Wert bei rund 964. Die meisten Fälle je 100.000 EW wurden in Schleswig-Holstein behandelt (1.144 Fälle), gefolgt von Hamburg mit 1.116 Fällen und an dritter Stelle Thüringen mit 1.110 Fällen. Die wenigsten Fälle je 100.000 EW wurden in Baden-Württemberg (805 Fälle) versorgt.

Tabelle 13: Vollstationäre PEPP-Fälle in Deutschland nach Behandlungsort (Bundesland) der Patientinnen und Patienten in den Jahren 2018 und 2022³⁵⁸

Bundesland	Fallzahlen in 2018	Fallzahlen in 2022	Δ Fallzahl 2018 und 2022	Fallzahl je 100.000 EW in 2022
Baden-Württemberg	97.464	90.845	-7 %	805
Bayern	135.139	126.017	-7 %	943
Berlin	40.073	36.506	-9 %	972
Brandenburg	29.709	24.690	-17 %	960
Bremen	9.889	7.326	-26 %	1.070
Hamburg	23.242	21.108	-9 %	1.116
Hessen	65.413	60.449	-8 %	946
Mecklenburg-Vorpommern	19.387	17.771	-8 %	1.091
Niedersachsen	80.500	72.056	-10 %	885
Nordrhein-Westfalen	200.438	183.062	-9 %	1.009
Rheinland-Pfalz	47.328	41.909	-11 %	1.008
Saarland	11.577	10.136	-12 %	1.021
Sachsen	42.814	39.386	-8 %	964
Sachsen-Anhalt	24.959	22.342	-10 %	1.022
Schleswig-Holstein	37.381	33.774	-10 %	1.144
Thüringen	26.398	23.601	-11 %	1.110
Deutschland	891.711	810.978	-9 %	961

³⁵⁸ Eigene Darstellung auf Basis der PEPP-Statistik der Jahre 2018 und 2022.

Hinsichtlich der Ausstattung mit vollstationären Betten³⁵⁹ in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen, die in Tabelle 14 abgebildet sind, zeigt sich, dass kein Bundesland mehr Betten je 100.000 EW in der Fachabteilung Allgemeine Psychiatrie vorhält als Thüringen. Mit rund 81 Betten je 100.000 EW liegt Thüringen folglich deutlich über dem Bundesdurchschnitt von rund 68 Betten je 100.000 EW.

Auch im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ist Thüringen vergleichsweise überdurchschnittlich gut mit Betten ausgestattet. Bundesweit kommen auf 100.000 EW rund acht Betten. In Thüringen sind es rund 14. Mehr Betten je 100.000 EW gibt es im bundesweiten Vergleich nur im benachbarten Sachsen-Anhalt (17 Betten).

Im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie weist Thüringen mit rund elf Betten je 100.000 EW hingegen weniger Betten auf als im Bundesdurchschnitt (15 Betten). Allerdings gibt es einige Bundesländer, die in dieser Fachabteilung noch deutlich weniger Betten je 100.000 EW vorhalten. Darunter beispielsweise Bremen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen mit jeweils rund vier Betten je 100.000 EW. Diesbezüglich ist allerdings anzumerken, dass die Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Thüringen erst seit einem Urteil des Verwaltungsgerichtes Weimar vom April 2016 getrennt beplant werden.

Tabelle 14: Aufgestellte Betten (vollstationär) der Fachabteilungen Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik/Psychotherapie nach Bundesländern im Jahr 2022³⁶⁰

Bundesland	Allgemeine Psychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Psychosomatik/ Psychotherapie	
	Betten	Betten je 100.000 EW	Betten	Betten je 100.000 EW	Betten	Betten je 100.000 EW
Baden-Württemberg	7.077	63	731	6	1.976	18
Bayern	7.746	58	811	6	4.949	37
Berlin	2.282	61	242	6	241	6
Brandenburg	1.895	74	255	10	253	10
Bremen	515	75	50	7	30	4
Hamburg	1.499	79	237	13	155	8
Hessen	4.014	63	573	9	1.240	19
Mecklenburg-Vorpommern	1.247	77	211	13	86	5
Niedersachsen	5.455	67	735	9	1.122	14
Nordrhein-Westfalen	13.638	75	1.218	7	651	4

³⁵⁹ Unter „vollstationären Betten“ werden im Kontext der Grunddaten der Krankenhäuser betriebsbereite aufgestellten Betten des Krankenhauses, die zur vollstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten bestimmt sind, verstanden. Die Anzahl der Betten wird als Jahresdurchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Betten ermittelt. Die Zählung der Betten erfolgt dabei unabhängig von deren Förderung. Die in diesem Abschnitt genannte Bettenanzahl kann von der Anzahl der Planbetten in den Krankenhausplänen abweichen.

³⁶⁰ Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

Bundesland	Allgemeine Psychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Psychosomatik/ Psychotherapie	
	Betten	Betten je 100.000 EW	Betten	Betten je 100.000 EW	Betten	Betten je 100.000 EW
Rheinland-Pfalz	2.386	57	306	7	589	14
Saarland	748	75	38	4	96	10
Sachsen	2.971	73	427	10	181	4
Sachsen-Anhalt	1.630	75	368	17	233	11
Schleswig-Holstein	2.189	74	254	9	802	27
Thüringen	1.719	81	307	14	240	11
Deutschland	57.011	68	6.763	8	12.844	15

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Thüringen sowohl hinsichtlich der stationären Fälle je 100.000 EW als auch hinsichtlich der Ausstattung mit vollstationären Betten³⁶¹ über dem Bundesdurchschnitt liegt. Ausgenommen hiervon sind die Bettenkapazitäten im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie. Hier weist Thüringen weniger Betten je 100.000 EW auf, als es bezogen auf die gesamte Bundesrepublik der Fall ist.

Anhand dieser Auswertungen kann jedoch nicht grundsätzlich von einer höheren Krankheitslast in Thüringen im Vergleich zu anderen Bundesländern ausgegangen werden. Genauso denkbar ist, dass möglicherweise relativ wenige ambulante Kapazitäten vorgehalten werden, sodass die Versorgung von psychiatrischen und psychosomatischen Patientinnen und Patienten primär durch stationäre Standorte vorgenommen wird. Hier kann nur eine umfassende sektorenübergreifende Analyse valide Auskunft geben, was jedoch über den Ansatz des Gutachtens hinausgeht.

6.6.2 Versorgungsstruktur in Thüringen

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt ein bundesländerübergreifender Vergleich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen vorgenommen wurde, erfolgt in diesem Abschnitt eine detailliertere Analyse des Versorgungsgeschehens in Thüringen. Einbezogen in die Analyse werden dabei ausschließlich Fälle, für die ein PEPP-Entgelt kodiert wurde. Betrachtet werden 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.

³⁶¹ Unter „vollstationären Betten“ werden im Kontext der Grunddaten der Krankenhäuser betriebsbereite aufgestellten Betten des Krankenhauses, die zur vollstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten bestimmt sind, verstanden. Die Anzahl der Betten wird als Jahresdurchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Betten ermittelt. Die Zählung der Betten erfolgt dabei unabhängig von deren Förderung. Die in diesem Abschnitt genannte Bettenanzahl kann von der Anzahl der Planbetten in den Krankenhausplänen abweichen.

Anders als in den vorangegangenen Abschnitten erfolgt die Analyse der PEPP-Fälle nicht auf Ebene der NRW-Leistungsbereiche beziehungsweise -gruppen. Dies hat folgende Gründe: Zum einen bieten die NRW-Leistungsbereiche beziehungsweise -gruppen keine Unterscheidung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Fällen, zum anderen war zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens davon auszugehen, dass im Rahmen der Krankenhausreform für die PEPP-Fälle zukünftig keine separaten Leistungsgruppen definiert werden.³⁶²

Stattdessen haben sich die Gutachtenden in Absprache mit dem TMASGFF dazu entschieden, die PEPP-Fälle anhand der sogenannten Strukturkategorien zu differenzieren und auf dieser Basis die Analyse vorzunehmen (Tabelle 15).

Insgesamt sieht das Entgeltsystem zehn Strukturkategorien vor, die sich in die drei Behandlungsbereiche Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik unterteilen lassen. Innerhalb dieser Behandlungsbereiche können die Fälle entweder stationär, teilstationär oder im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung versorgt werden. Die Fehler-PEPP und sonstige PEPP bilden eine eigene Kategorie und können nicht weiter unterteilt werden.³⁶³

Tabelle 15: PEPP-Strukturkategorien³⁶⁴

PEPP-Strukturkategorie	Behandlungsbereich	Behandlungsform
TA	Psychiatrie, teilstationär	Psychiatrie
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, teilstationär	Kinder- und Jugendpsychiatrie
TP	Psychosomatik, teilstationär	Psychosomatik
P0	Prä-Strukturkategorie	Kinder- und Jugendpsychiatrie (P002)
		Psychiatrie (P001) ³⁶⁵
PA	Psychiatrie, vollstationär	Psychiatrie
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, vollstationär	Kinder- und Jugendpsychiatrie
PP	Psychosomatik, vollstationär	Psychosomatik
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	Unbekannt
QA	Psychiatrie, vollstationär	Psychiatrie
QK	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, vollstationär	Kinder- und Jugendpsychiatrie

³⁶² Bundesministerium für Gesundheit (2023): Eckpunktepapier Krankenhausreform, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf, zuletzt abgerufen am 21.03.2024.

³⁶³ Im Jahr 2022 wurde lediglich bei einem Fall ein Fehler-PEPP oder sonstige PEPP kodiert.

³⁶⁴ Eigene Darstellung auf Basis InEK (2024): Definitionshandbuch PEPP-Version 2024 Kompaktversion, <https://www.g-drg.de/media/files/pepp-entgeltsystem-2024/definitionshandbuch-pepp-version-2024-kompaktversion>, zuletzt abgerufen am 28.03.2024.

³⁶⁵ Die Fälle, bei denen die P001 kodiert wurde, wurden in den folgenden Analysen dem Behandlungsbereich Psychiatrie zugeordnet, da dies aufgrund der jeweiligen Hauptdiagnosen plausibler erscheint.

Fallzahlentwicklung

Im Abschnitt 4.1 wurden bereits alle vollstationären Fälle in Thüringen, die nach PEPP oder DRG abgerechnet wurden, für die Jahre 2018 bis 2022 auf Basis des §21-KHEntgG-Datensatzes miteinander verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Fallzahlen im betrachteten Zeitraum um rund 14 % zurückgegangen sind. Im Folgenden werden nun lediglich die PEPP-Fälle betrachtet, differenziert nach voll- und teilstationären Fällen.

Wie Abbildung 55 zeigt, gab es im Jahr 2022 in Thüringen 23.600 vollstationäre und PEPP-Fälle³⁶⁶. Im Jahr 2018 waren es noch 26.414 Fälle. Somit ist die Fallzahl in den fünf Jahren um rund 11 % gesunken und somit weniger stark als die DRG-Fälle. Nach einem starken Fallzahlrückgang von 2019 auf 2020, der sich größtenteils auf die Effekte der COVID-19-Pandemie zurückführen lässt, hat sich die Anzahl der Fälle in den folgenden Jahren auf einem relativ konstanten Niveau eingependelt. Eine Rückkehr zum Niveau von 2018 oder 2019 ist aktuell noch nicht absehbar.

Bei den teilstationären PEPP-Fällen fiel der prozentuale Fallzahlrückgang zwischen 2019 und 2020 mit 18 % sogar noch höher aus. Allerdings sind die Fallzahlen in den folgenden zwei Jahren wieder deutlich gestiegen, sodass im Jahr 2022 (6.255 teilstationäre Fälle) fast wieder das Fallzahlniveau von 2018 (6.306 teilstationäre Fälle) erreicht werden konnte. Insgesamt ist die Fallzahl von 2018 auf 2022 somit lediglich um rund 1 % gesunken.

StäB-Fälle werden in Thüringen seit dem Jahr 2020 behandelt. Allerdings bewegen sich die Fallzahlen seitdem nur im mittleren zweistelligen Bereich und werden nur von einem Standort in einem relevanten Umfang erbracht, weswegen auf eine detaillierte Darstellung im Folgenden verzichtet wird.³⁶⁷

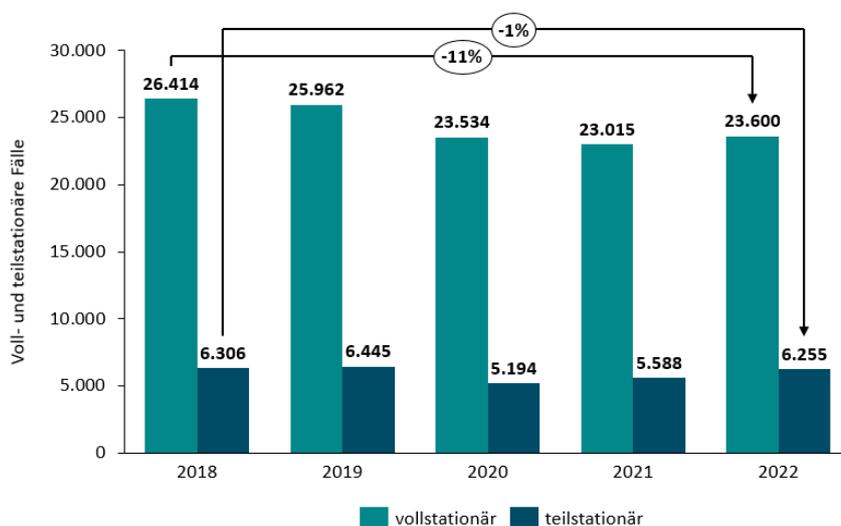


Abbildung 55: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle in den Jahren 2018 bis 2022^{368/369}

³⁶⁶ Die Anzahl der vollstationären Fälle weicht von der in Tabelle 13 im Abschnitt 6.6.1 ab, da hier der Fall mit der kodierten Fehler-PEPP nicht berücksichtigt wurde. Auch sind die 65 StäB-Fälle nicht enthalten, die im Jahr 2022 erbracht wurden.

³⁶⁷ Im Jahr 2022 wurden insgesamt 65 Fälle im StäB-Bereich in Thüringen behandelt.

³⁶⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁶⁹ Die Anzahl der vollstationären Fälle weicht von der in Tabelle 13 im Abschnitt 6.6.1 ab, da hier der Fall mit der kodierten Fehler-PEPP nicht berücksichtigt wurde. Auch sind die 65 StäB-Fälle nicht enthalten, die im Jahr 2022 erbracht wurden.

Bei Betrachtung der unterschiedlichen Behandlungsbereiche zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede hinsichtlich der Fallzahlentwicklung. Wie anhand von Abbildung 56 ersichtlich wird, sind die vollstationären Fallzahlen in den Bereichen Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie um 13 % gesunken, wohingegen sie im Bereich Psychosomatik um rund 28 % gestiegen sind. Zwar gab es auch hier einen Fallzahlrückgang von 2019 auf 2020, jedoch konnte bis 2022 wieder ein Anstieg verzeichnet werden.

Zudem ist erwähnenswert, dass die Fälle im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie während der COVID-19-Pandemie weniger stark gesunken sind als im Bereich Psychiatrie.

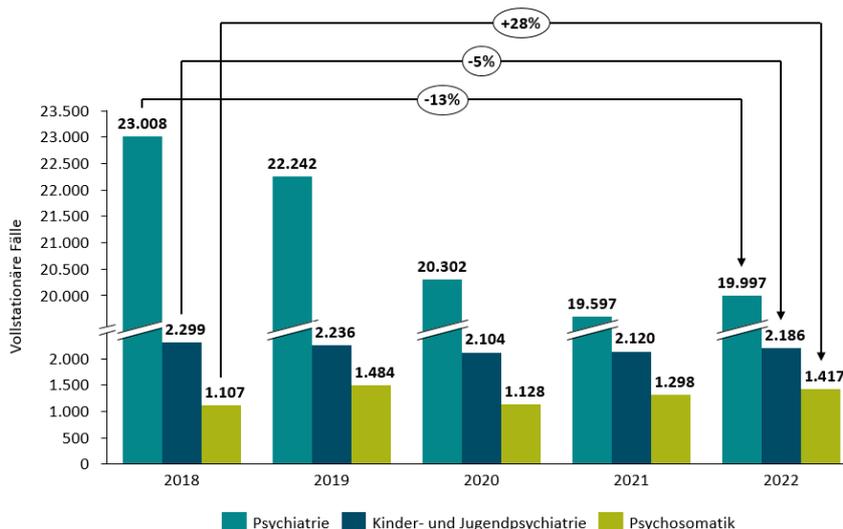


Abbildung 56: Vollstationäre PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2018 bis 2022^{370/371}

Bei den teilstationären PEPP-Fällen zeigt sich ein ähnliches Bild (Abbildung 57), wobei die Anzahl an teilstationären Fällen im Bereich Psychiatrie zwischen den Jahren 2018 und 2022 im Vergleich zu der Anzahl an vollstationären Fällen mit rund 3 % deutlich weniger stark rückläufig war.

Auffällig ist auch der starke Anstieg der Fallzahl in Höhe von rund 50 % im Bereich Psychosomatik. Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen in diesem Behandlungsbereich handelt es sich allerdings nur um einen nominellen Anstieg von 178 Fällen im Betrachtungszeitraum.

³⁷⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁷¹ Die Anzahl der vollstationären Fälle weicht von der in Tabelle 13 im Abschnitt 6.6.1 ab, da hier der Fall mit der kodierten Fehler-PEPP nicht berücksichtigt wurde. Auch sind die 65 StäB-Fälle nicht enthalten, die im Jahr 2022 erbracht wurden.

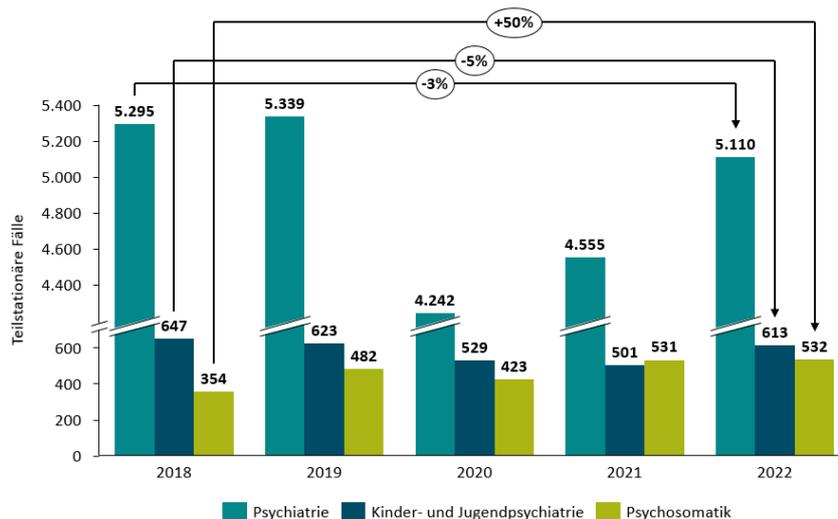


Abbildung 57: Teilstationäre PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2018 bis 2022³⁷²

Verweildauer

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die Fallzahlentwicklung der voll- und teilstationären PEPP-Fälle zwischen den Jahren 2018 und 2022 näher betrachtet wurde, erfolgt nun für den besagten Zeitraum eine Darstellung der durchschnittlichen Verweildauern nach den drei Behandlungsbereichen und den Behandlungsformen voll- und teilstationär.

Wie Abbildung 58 verdeutlicht, ist die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären PEPP-Fälle seit 2018 insgesamt leicht gesunken, wobei der Rückgang im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 5 % am stärksten war (-1,9 Tage). Zudem wird anhand der Abbildung ersichtlich, dass die durchschnittliche Verweildauer der psychiatrischen Fälle in den jeweiligen Jahren wesentlich kürzer war als die der psychosomatischen und der Fälle im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie.

³⁷² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

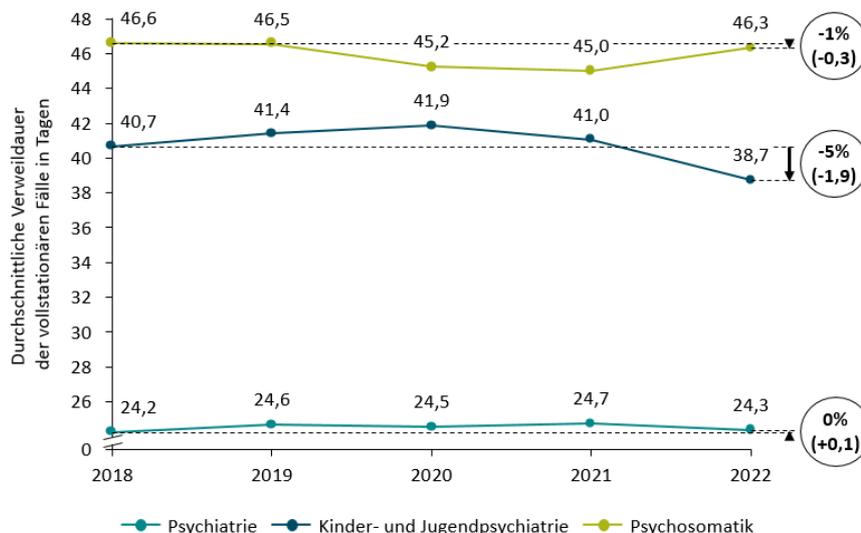


Abbildung 58: Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2018 bis 2022³⁷³

In Abbildung 59 ist die durchschnittliche Verweildauer der teilstationären PEPP-Fälle untergliedert nach den unterschiedlichen Behandlungsbereichen dargestellt. Wie auch bei den vollstationären Fällen ist die durchschnittliche Verweildauer der teilstationären Fälle insgesamt gesunken, jedoch deutlich stärker.

Bei den psychiatrischen Fällen und den Fällen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es jeweils einen Rückgang von rund 13 %, was fünf beziehungsweise dreieinhalb Tagen entspricht.

Die durchschnittliche Verweildauer der psychosomatischen Fälle ist hingegen vergleichsweise konstant geblieben. So waren Patientinnen und Patienten im Jahr 2018 durchschnittlich 24,9 Tage in Behandlung. Im Jahr 2022 waren es 24,3 Tage, was einem prozentualen Rückgang von rund 2 % entspricht.

³⁷³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

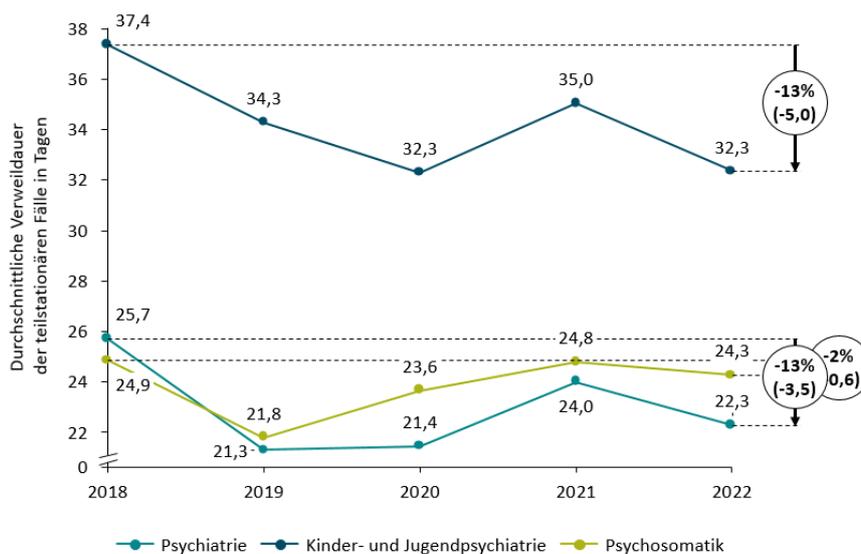


Abbildung 59: Durchschnittliche Verweildauer der teilstationären PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2018 bis 2022³⁷⁴

Da die Fallzahlen in den Bereichen Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2018 gesunken sind, aber die durchschnittliche Verweildauer annähernd gleichgeblieben ist, kann davon ausgegangen werden, dass auch die Auslastung der insgesamt zur Verfügung stehenden Betten rückläufig war, sofern die Kapazitäten nicht im vergleichbaren Umfang abgebaut wurden.

Standorte

Wie bereits erwähnt, wurden im Jahr 2022 über alle Behandlungsbereiche hinweg 23.600³⁷⁵ voll- und 6.255 teilstationäre PEPP-Fälle in Thüringen behandelt. In den folgenden Abbildungen (Abbildung 60, Abbildung 61 und Abbildung 62) ist nun für die einzelnen Behandlungsbereiche dargestellt, wie sich die voll- und teilstationären Fälle auf die jeweiligen Standorte verteilt haben.

Im Jahr 2022 haben 29 Standorte in Thüringen voll- und/oder teilstationäre Fälle im Bereich Psychiatrie erbracht (Abbildung 60). Dabei weist der Standort mit der höchsten Fallzahl 5.085 voll- und teilstationäre Fälle auf, wohingegen der mit der niedrigsten Anzahl 61 teilstationäre Fälle behandelte.

Teilstationäre psychiatrische Leistungen wurden an allen 29 Standorten erbracht, wobei die Fallzahlen zwischen 61 und 554 Fällen lagen. An 12 der 29 Standorte wurden zusätzlich vollstationäre Fälle behandelt. Hier reicht die Spannweite bei der Anzahl an Fällen von 634 bis 4.885. Auf den Standort mit den meisten stationären Fällen entfällt somit rund ein Fünftel des gesamten stationären Leistungsvolumens.

³⁷⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁷⁵ Die Anzahl der vollstationären Fälle weicht von der in Tabelle 13 im Abschnitt 6.6.1 ab, da hier der Fall mit der kodierten Fehler-PEPP nicht berücksichtigt wurde. Auch sind die 65 StäB-Fälle nicht enthalten, die im Jahr 2022 erbracht wurden.

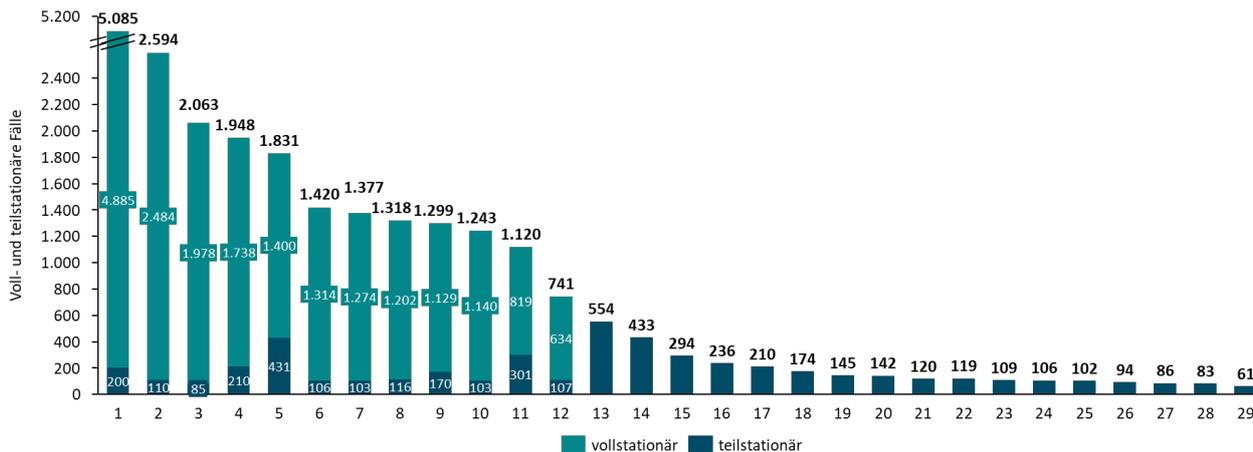


Abbildung 60: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle je Standort in der Psychiatrie im Jahr 2022³⁷⁶

Voll- und teilstationäre Leistungen, die dem Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet werden können, wurden im Jahr 2022 insgesamt an elf Standorten erbracht (Abbildung 61). Dabei handelt es sich bei fünf Standorten um reine Tageskliniken, in denen Kinder und Jugendliche teilstationär behandelt wurden. An den restlichen sechs Standorten wurden die Patientinnen und Patienten sowohl voll- als auch teilstationär versorgt.

Im 7. Thüringer Krankenhausplan (Stand 2020) findet sich der Hinweis, dass „soweit neue Standorte für Tageskliniken ausgewiesen werden, [...] dies derzeit nicht mit der Zuweisung zusätzlicher Plätze einher[geht], sondern der Betrieb [...] im Rahmen der dem Träger zur Bedarfsdeckung an den bisherigen Standorten zugesprochenen Kapazitäten [erfolgt]“³⁷⁷.

Zudem ist anhand von Abbildung 61 ersichtlich, dass die Fallzahlen je Standort im vollstationären Bereich zwischen 221 und 562 Fällen schwanken. Im teilstationären Bereich bewegen sich die Fallzahlen zwischen 12 und 85. Wobei die 12 teilstationären Fälle an dem Standort versorgt wurden, der im Jahr 2022 die meisten vollstationären Fälle erbracht hat.

Inwiefern diese Konzentration auf verhältnismäßig wenige Standorte einen Einfluss auf die Erreichbarkeiten für die Bevölkerung hat, wird im weiteren Verlauf dieses Abschnitts näher betrachtet.

³⁷⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁷⁷ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2020): 7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017 – 2022, https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/thueringer_krankenhausplan_stand_januar2020.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

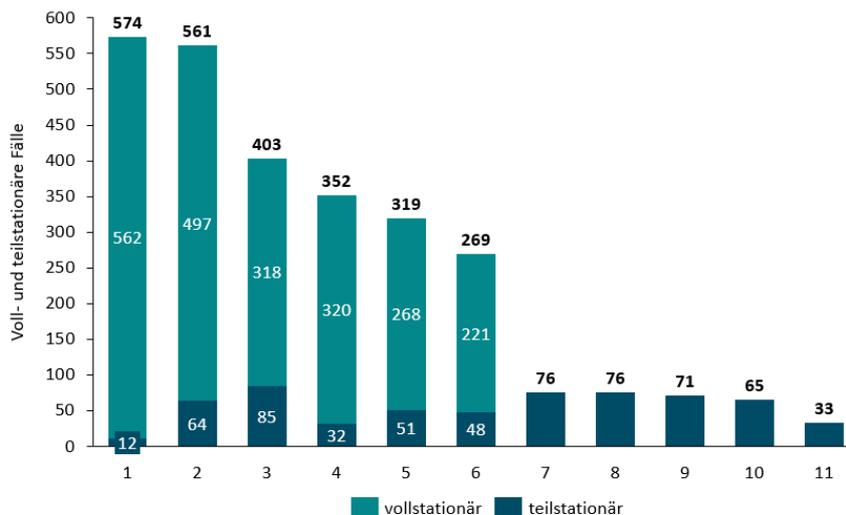


Abbildung 61: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle je Standort in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2022³⁷⁸

Im Bereich Psychosomatik behandelten im Jahr 2022 insgesamt zehn Standorte Patientinnen und Patienten voll- und/oder teilstationär. Hierbei handelt es sich jedoch teilweise nicht um diejenigen Standorte, denen im 7. Krankenhausplan Thüringen Planbetten beziehungsweise tagesklinische Kapazitäten zugewiesen wurden.

Zudem haben nicht alle Standorte mit einem Versorgungsauftrag für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch tatsächlich psychosomatische PEPP-Fälle im Jahr 2022 erbracht. Allerdings heißt es hierzu im 7. Krankenhausplan von Thüringen: „Durch die planerische Ausweisung des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie soll die bisherige Leistungserbringung – zunächst bis zum Abschluss der Nachplanung 2018 – nicht beschränkt werden“ und weiter: „Die bis zum Abschluss der Nachplanung 2018 vorliegenden Daten lassen eine Evaluierung noch nicht zu, da nicht alle Versorgungsaufträge über die Laufzeit von zwei Jahren wirksam geworden sind. Der Krankenhausplanungsausschuss wird im Lauf des Jahres 2019 das weitere Vorgehen abstimmen.“³⁷⁹

Abbildung 62 zeigt, dass an drei der zehn Standorte ausschließlich eine vollstationäre und an einem Standort eine rein teilstationäre Versorgung stattfand. An den verbleibenden sechs Standorten wurden Patientinnen und Patienten sowohl voll- als auch teilstationär behandelt.

³⁷⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁷⁹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2020): 7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017 – 2022, https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/thueringer_krankenhausplan_stand_januar2020.pdf, zuletzt abgerufen am 13.03.2024.

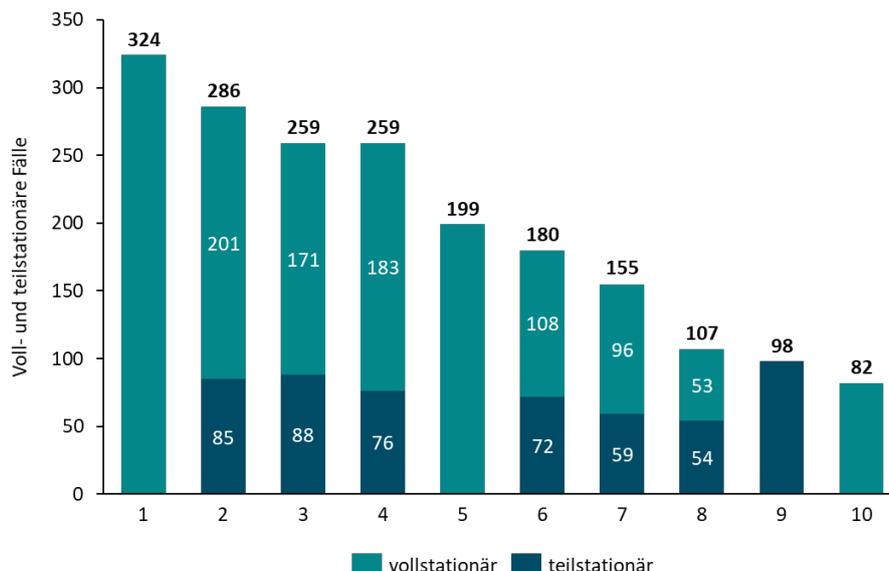


Abbildung 62: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle je Versorger in der Psychosomatik im Jahr 2022³⁸⁰

Neben der reinen Anzahl an Versorgern spielt zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zudem die regionale Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten eine Rolle. Diese wird im folgenden Abschnitt anhand der theoretischen Fahrzeiten zum wohnortnächsten, zum zweitnächsten und zum tatsächlich in Anspruch genommenen Versorger analysiert.

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Zunächst erfolgt die Betrachtung der theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten beziehungsweise zum zweitnächsten Versorger (alternativen Versorger). Hierzu wurden alle Krankenhausstandorte ausgewählt, die im Jahr 2022 voll- und/oder teilstationäre Leistungen in den drei Behandlungsbereichen erbracht haben.

In den folgenden kartografischen Abbildungen ist für die jeweiligen Behandlungsbereiche zum einen dargestellt, wo sich die Krankenhausstandorte befinden, und zum anderen, wie lange die durchschnittlichen theoretischen Fahrzeiten in Minuten für die Bevölkerung zum nächstgelegenen beziehungsweise zweitnächsten Versorger sind.

Zudem ist ersichtlich, ob es sich um einen Standort handelt, der voll-, teil oder voll- und teilstationäre Leistungen erbracht hat. Die Berechnung der Fahrzeiten in den Abbildungen sind zwischen den Versorgern und den PLZ8-Regionen ermittelt worden, also unabhängig davon, ob dort wirklich ein Fall im Jahr 2022 aufgetreten ist. Bei der Interpretation der folgenden Abbildungen ist zu beachten, dass wie bei den Erreichbarkeitsanalysen der vorangegangenen Abschnitte nur thüringische Versorger berücksichtigt wurden.³⁸¹

Für den Behandlungsbereich Psychiatrie zeigt sich anhand von Abbildung 63, dass sich die teilstationären Standorte gleichmäßig über die gesamte Fläche von Thüringen verteilen. In fast jedem Landkreis gibt es einen oder mehrere Versorger. Die Standorte, die auch vollstationäre psychiatrische Leistungen erbringen, befinden sich insbesondere entlang der Städtekette von Erfurt nach Gera.

³⁸⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁸¹ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

In den meisten Teilen Thüringens kann ein voll- und/oder teilstationärer Versorger in unter 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden. Nur in wenigen Regionen und meist dünn besiedelten Regionen (zum Beispiel im Saale-Orla-Kreis an der Grenze zu Bayern) ergeben sich für die Bevölkerung Fahrzeiten von über 45 Minuten.

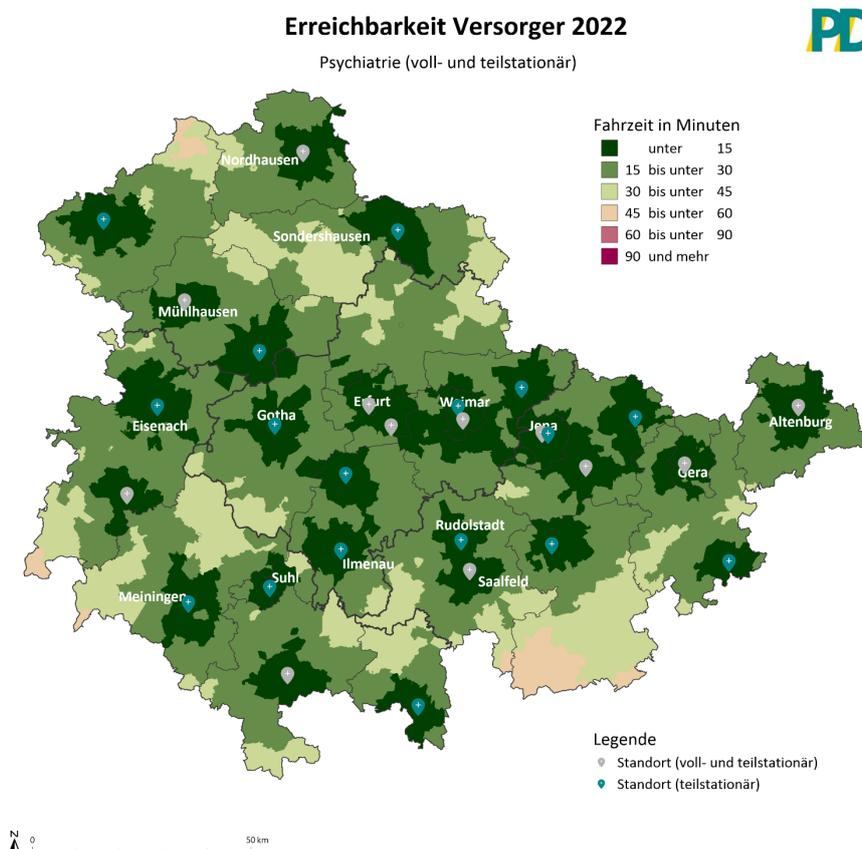


Abbildung 63: Erreichbarkeit eines Versorgers der Psychiatrie im Jahr 2022³⁸²

Bei Betrachtung der Fahrzeiten zum zweitnächsten Versorger (alternativen Versorger)³⁸³ wird insbesondere die Relevanz der Standorte deutlich, die sich in Landkreisen befinden, die an der Landesgrenze Thüringens liegen. Würde hier ein Versorger sein Leistungsangebot im Bereich Psychiatrie einstellen, würden sich für die dort ansässige Bevölkerung teilweise deutlich längere Fahrzeiten ergeben. Lediglich rund um die Städte Erfurt, Weimar und Jena wäre ein Versorger immer noch in weniger als 15 Minuten erreichbar (Abbildung 64).

³⁸² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

³⁸³ Durch die Simulation der Fahrzeiten zum zweitnächsten Versorger ist es möglich, einen ersten Eindruck davon zu gewinnen, welche Auswirkungen der potenzielle Wegfall eines Standortes beziehungsweise eines bestimmten Leistungsangebots auf die Fahrzeiten für die Bevölkerung in den entsprechenden Regionen hätte. Bei der Interpretation der Abbildungen ist zu beachten, dass Standortschließungen in der Regel partiell erfolgen. Sollte also beispielsweise ein Standort im Norden Thüringens schließen, hätte das keine (oder nur marginale) Auswirkungen auf die theoretischen Fahrzeiten für die Bevölkerung in den südlichen Regionen Thüringens und vice versa.

Erreichbarkeit alternativer Versorger 2022

Psychiatrie (voll- und teilstationär)

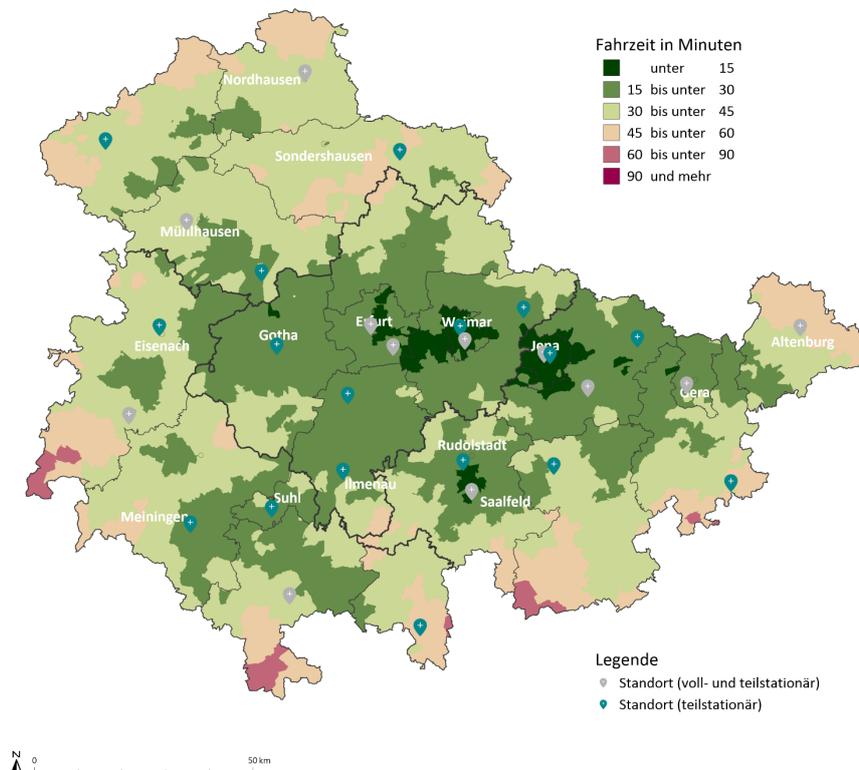


Abbildung 64: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der Psychiatrie im Jahr 2022³⁸⁴

Die elf voll- oder voll- und teilstationären Versorger im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sind weniger gleichmäßig über die Fläche von Thüringen verteilt, sodass sich in einigen Landkreisen Fahrzeiten von über 45 Minuten ergeben (Abbildung 65). Hervorzuheben ist insbesondere der Landkreis Saalfeld-Rudolstadt. Hier betragen die Fahrzeiten zum nächstgelegenen Versorger für die Bevölkerung teilweise mehr als eine Stunde. Auffällig ist auch, dass im Nordwesten von Thüringen kein stationäres Versorgungsangebot vorgehalten wird.

Wie auch bei den psychiatrischen Versorgern sind die Fahrzeiten entlang der dicht besiedelten Städtekette vergleichsweise kurz. Ein Versorger kann in der Regel innerhalb von 30 Minuten erreicht werden, teilweise sogar innerhalb von 15 Minuten.

³⁸⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes des Jahres 2022.

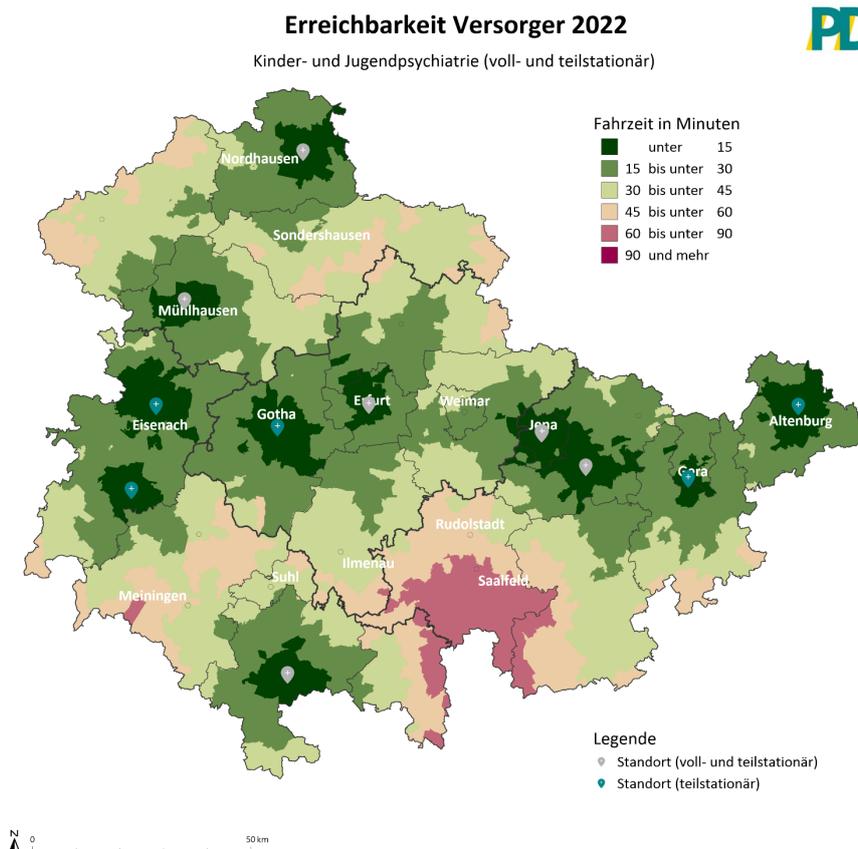


Abbildung 65: Erreichbarkeit eines Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2022³⁸⁵

Erwartungsgemäß verschlechtert sich die Erreichbarkeit aufgrund der insgesamt geringen Anzahl an Standorten, die Leistungen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie erbringen, deutlich bei Betrachtung der alternativen Versorger (Abbildung 66). Vor allem im Norden und im Süden Thüringens würden sich Fahrzeiten von über 60 Minuten ergeben. Besonders deutlich wird die Bedeutung der Standorte in den Landkreisen Nordhausen und Hildburghausen. Ein potenzieller Wegfall hätte einen starken Einfluss auf die Länge der Fahrzeiten zu einem thüringischen Versorger für die im Umkreis wohnhafte Bevölkerung.

³⁸⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes des Jahres 2022.

Erreichbarkeit alternativer Versorger 2022



Kinder- und Jugendpsychiatrie (voll- und teilstationär)

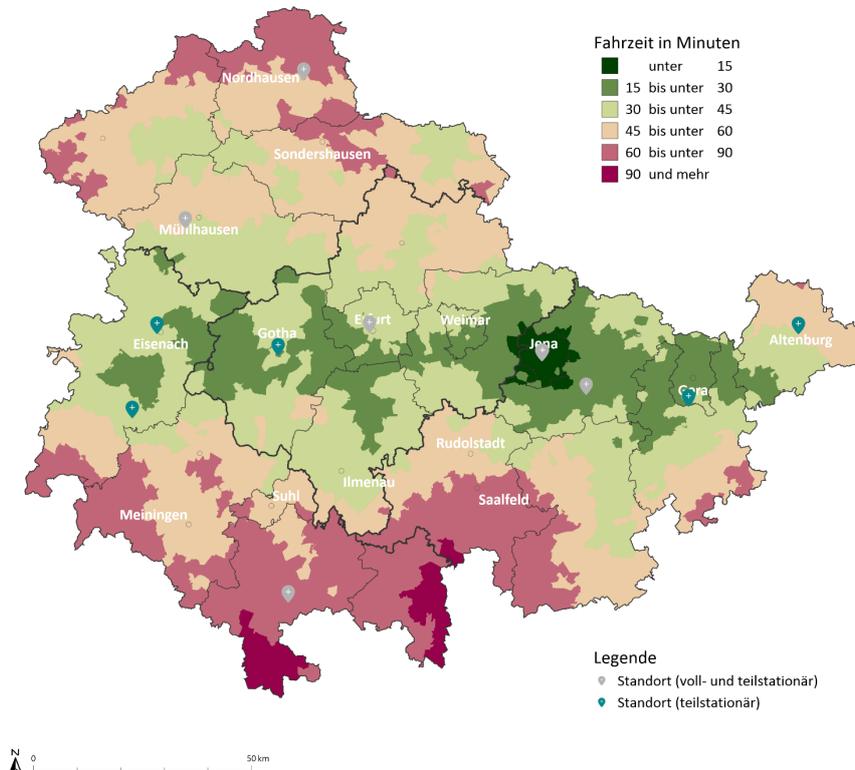


Abbildung 66: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2022³⁸⁶

Bei den Versorgern im Bereich Psychosomatik wird deutlich, dass diese ähnlich wie die Versorger im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht gleichmäßig über die Fläche von Thüringen verteilt sind (Abbildung 67). Vergleichsweise kurze Fahrzeiten (unter 30 Minuten) für die Bevölkerung ergeben sich unter anderem in den Landkreisen Nordhausen, Wartburgkreis, Hildburghausen und Saalfeld-Rudolstadt sowie rund um die Städte Weimar und Jena.

In weiten Teilen Thüringens müssen jedoch mitunter lange Strecken zurückgelegt werden, um einen Versorger zu erreichen, sodass sich regelhaft Fahrzeiten von über 45 Minuten ergeben. In wenigen, vornehmlich an den Landesgrenzen liegenden Regionen sogar über 60 Minuten.

³⁸⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes des Jahres 2022.

Erreichbarkeit Versorger 2022

Psychosomatik (voll- und teilstationär)

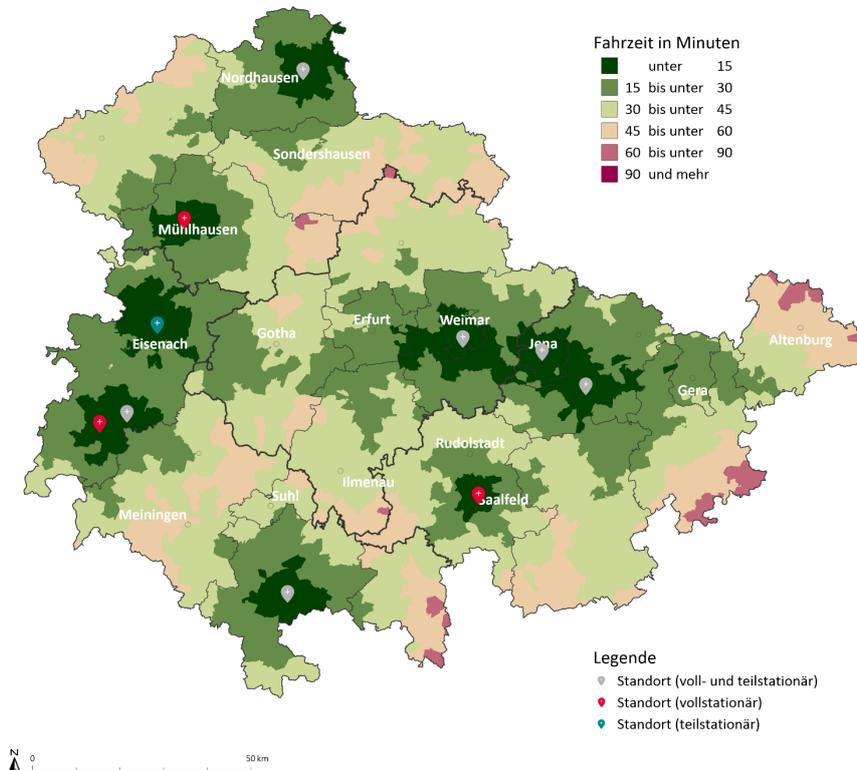


Abbildung 67: Erreichbarkeit eines Versorgers der Psychosomatik im Jahr 2022³⁸⁷

Bei den Fahrzeiten zu einem alternativen Versorger zeigt sich anhand von Abbildung 68, dass ein Versorger in Thüringen nur in einigen Regionen des Wartburgkreises und rund um die Städte Weimar und Jena weiterhin innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreichbar wäre, da hier mehrere Versorger in geografischer Nähe zueinander liegen.

Vor allem im Norden, Osten und Süden Thüringens würden sich teilweise Fahrzeiten von bis zu 90 Minuten ergeben, würde einer der Standorte in den jeweiligen Regionen wegfallen.

³⁸⁷ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

Erreichbarkeit alternativer Versorger 2022

Psychosomatik (voll- und teilstationär)

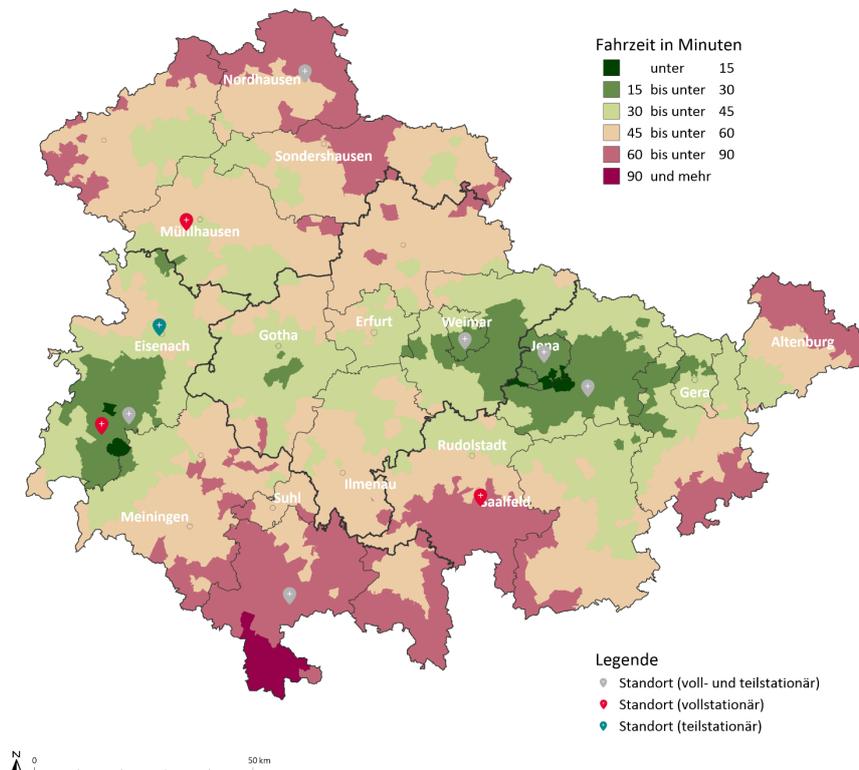


Abbildung 68: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der Psychosomatik im Jahr 2022³⁸⁸

Erreichbarkeitsanalysen auf Fallebene

Nachdem in den vorangegangenen Abbildungen die theoretischen Fahrzeiten zum nächstgelegenen beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Thüringen dargestellt wurden, zeigt die folgende Tabelle 16 die tatsächlichen durchschnittlichen Fahrzeiten zum Ort der Behandlung aller Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Thüringen.³⁸⁹ Dabei wird einerseits nach Behandlungsbereichen und andererseits nach voll- und teilstationären Fällen unterschieden.

Thüringenweit betrug die durchschnittliche Fahrzeit für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Thüringen, die im Jahr 2022 vollstationär im Bereich Psychiatrie in Thüringen behandelt wurden, 31 Minuten. Im Falle einer teilstationären Behandlung war die Fahrzeit durchschnittlich deutlich kürzer und lag bei 17 Minuten.

Allerdings zeigt sich, wie in Tabelle 16 dargestellt, dass die Werte der einzelnen Landkreise teilweise deutlich voneinander abweichen. So erreichten die vollstationären Patientinnen und Patienten mit Wohnort in den Städten Erfurt, Gera, Jena oder Weimar sowie in den Landkreisen Altenburger Land oder Hildburghausen den Ort ihrer Behandlung in durchschnittlich 20 Minuten oder weniger.

³⁸⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

³⁸⁹ Das Vorgehen zur Ermittlung der tatsächlichen Fahrzeiten zum Versorger ist im Kapitel 3 beschrieben.

Am längsten waren die Fahrzeiten im Durchschnitt für die Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis Kyffhäuserkreis (64 Minuten³⁹⁰). Hier gibt es allerdings auch keinen stationären Versorger, sodass sich die Patientinnen und Patienten im Falle einer stationären psychiatrischen Behandlung in einen anderen Landkreis (oder ein anderes Bundesland³⁹¹) begeben müssen. Aber auch in weiteren Landkreisen wurden teils Fahrzeiten von durchschnittlich knapp einer Stunde erreicht. Thüringenweit benötigten rund 12 % der Patientinnen und Patienten länger als eine Stunde zum Ort der Behandlung.³⁹²

Im teilstationären Bereich war die durchschnittliche Fahrzeit für psychiatrische Patientinnen und Patienten, wie bereits erwähnt, thüringenweit kürzer und auch auf der Ebene der einzelnen Landkreise zeigt sich, dass die Fahrzeiten im Schnitt nicht über einer halben Stunde lagen. Insgesamt erreichten rund 84 % der Patientinnen und Patienten ihren Versorger innerhalb von 30 Minuten. Im Umkehrschluss benötigten rund 16 % länger. Über eine Stunde betrug die Fahrzeit jedoch nur für rund 1 % der Fälle.³⁹³

Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie waren die tatsächlichen Fahrzeiten landesweit im Durchschnitt sowohl bei den voll- als auch bei den teilstationären Fällen länger. Die Fahrzeit zu einem stationären Versorger in Thüringen betrug durchschnittlich 38 Minuten und zu einem teilstationären durchschnittlich 22 Minuten.

Besonders lange Strecken im Falle einer stationären Behandlung wurden in den Landkreisen Saalfeld-Rudolstadt, Schmalkalden-Meiningen und Wartburgkreis zurückgelegt. Hier betrug die Fahrzeiten durchschnittlich mehr als eine Stunde.

Besonders kurz war die Fahrzeit im Schnitt hingegen für Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Jena (12 Minuten).

Der Landkreis Saalfeld-Rudolstadt sticht auch bei Betrachtung der teilstationären Fälle heraus. Auch hier führen die Patientinnen und Patienten durchschnittlich länger als 60 Minuten zu ihrem Behandlungsort.

Bezogen auf das gesamte Bundesland benötigten rund 17 % der Patientinnen und Patienten im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie länger als 60 Minuten zum Erreichen ihres stationären Versorgers. Im teilstationären Bereich waren es hingegen nur 2 %.³⁹⁴ Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass teilstationäre Versorgungsangebote in Gebieten (insbesondere im Norden Thüringens), wo ein Versorger nur nach langen Fahrzeiten erreicht werden kann, gegebenenfalls trotz medizinischer Notwendigkeit nicht in Anspruch genommen werden (können).

Bei den psychosomatischen Fällen fällt auf, dass die durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten im Falle einer vollstationären Behandlung thüringenweit mit rund 41 Minuten ungefähr doppelt so lang war wie im Falle einer tagesklinischen Behandlung. Auffällig ist, dass es im Landkreis Altenburger Land im Jahr 2022 keine teilstationären Fälle gab, die in Thüringen behandelt wurden. Es kann vermutet werden, dass Patientinnen und Patienten, die wohnhaft in diesem Landkreis waren, im Falle einer psychosomatischen Behandlung einen Versorger im angrenzenden Sachsen aufgesucht haben.

³⁹⁰ Insgesamt benötigten 180 Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Kyffhäuserkreis länger als 60 Minuten zu ihrem Behandlungsort in Thüringen.

³⁹¹ Die tatsächlichen durchschnittlichen Fahrzeiten von Patientinnen und Patienten aus Thüringen in ein anderes Bundesland können aufgrund der zur Verfügung stehenden Datengrundlage nicht bestimmt werden.

³⁹² § 21-KHEntgG-Datensatz des Jahres 2022.

³⁹³ § 21-KHEntgG-Datensatz des Jahres 2022.

³⁹⁴ § 21-KHEntgG-Datensatz des Jahres 2022.

Insgesamt gab es 2022 vier Landkreise beziehungsweise kreisfreie Städte (Suhl, Altenburger Land, Eichsfeld, Kyffhäuserkreis), wo die durchschnittlichen Fahrzeiten zum Behandlungsort mehr als eine Stunde betragen. Am kürzesten war die durchschnittliche Fahrzeit für die Patientinnen und Patienten aus Weimar (19 Minuten), gefolgt von Jena (24 Minuten).

Zum Erreichen des jeweiligen teilstationären Versorgers benötigten die Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt mit Abstand am meisten Zeit (60 Minuten). Für die restlichen Patientinnen und Patienten betragen die tatsächlichen Fahrzeiten zum Behandlungsort durchschnittlich weniger als 40 Minuten.

Insgesamt benötigten rund 23 % der vollstationären und rund 1 % der teilstationären Patientinnen und Patienten länger als eine Stunde zu ihrem Behandlungsort.³⁹⁵

Bei Einordnung und Interpretation der Fahrzeiten sollte jedoch bedacht werden, dass im Jahr 2022 insgesamt nur 1.540 psychosomatische PEPP-Fälle mit Wohnort in Thüringen durch thüringische Versorger behandelt wurden.^{396/397}

Tabelle 16: Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeiten in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in den Behandlungsbereichen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2022³⁹⁸

Landkreis	Psychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Psychosomatik	
	Stationär	Teilstationär	Stationär	Teilstationär	Stationär	Teilstationär
Altenburger Land	14	12	50	15	64	–
Eichsfeld	46	21	43	36	62	36
Erfurt, Stadt	17	17	20	14	49	30
Gera, Stadt	15	17	28	15	34	25
Gotha	56	18	58	18	56	29
Greiz	40	23	44	30	59	38
Hildburghausen	20	18	20	23	46	18
Ilm-Kreis	55	17	41	40	56	33
Jena, Stadt	14	11	13	12	24	15
Kyffhäuserkreis	64	23	47	45	62	28
Nordhausen	21	16	16	16	30	12
Saale-Holzland-Kreis	22	18	23	21	26	22

³⁹⁵ § 21-KHEntgG-Datensatz des Jahres 2022.

³⁹⁶ § 21-KHEntgG-Datensatz des Jahres 2022.

³⁹⁷ Zusätzlich wurden im Jahr 2022 409 voll- und teilstationäre Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern in Thüringen behandelt, die in die Fahrzeitanalyse nicht miteinbezogen wurden.

³⁹⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes des Jahres 2022.

Landkreis	Psychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Psychosomatik	
	Stationär	Teilstationär	Stationär	Teilstationär	Stationär	Teilstationär
Saale-Orla-Kreis	39	21	40	40	48	37
Saalfeld-Rudolstadt	29	25	65	65	48	60
Schmalkalden-Meiningen	50	24	66	45	46	34
Sömmerda	56	30	55	30	56	33
Sonneberg	52	22	46	41	55	37
Suhl, Stadt	38	15	41	32	67	39
Unstrut-Hainich-Kreis	22	16	24	17	27	35
Wartburgkreis	39	12	64	16	33	16
Weimar, Stadt	15	10	29	30	19	10
Weimarer Land	29	19	35	28	33	24
Thüringen	31	17	38	22	41	20

6.6.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Bundesvergleich weist Thüringen in den psychiatrischen Disziplinen sowohl eine hohe Bettendichte als auch eine hohe Fallzahl je 100.000 EW auf. Kein Bundesland hat für das Jahr 2022 mehr vollstationäre Betten in der Fachabteilung Allgemeine Psychiatrie ausgewiesen als Thüringen. Auch im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie hat nur Sachsen-Anhalt mehr Betten je 100.000 EW vorgehalten.

Nichtsdestotrotz sind die vollstationären Versorgungsangebote für die Behandlung psychischer Erkrankungen nicht gleichmäßig über die Fläche von Thüringen verteilt. Kompensiert wird dies teilweise durch ergänzende teilstationäre Angebote, sodass zumindest im Bereich Psychiatrie in weiten Teilen Thüringens ein voll- und/oder teilstationärer Versorger in unter 30 Minuten erreicht werden kann. Eine flächendeckende Versorgung kann daher zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens für diesen Behandlungsbereich als weitestgehend gewährleistet angesehen werden. Zu beachten ist jedoch, dass sich diese Einschätzung nur auf die Erreichbarkeiten der Versorger bezieht. So kann beispielsweise über etwaige Wartezeiten auf einen Therapieplatz im Rahmen des vorliegenden Gutachtens keine Aussage getroffen werden.

Die Analyse der alternativen Fahrzeiten macht aber gleichzeitig deutlich, dass zum Erhalt dieser guten Erreichbarkeit, insbesondere die Standorte, die stationäre psychiatrische Leistungen erbringen, notwendig für die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sind. Der Wegfall eines Versorgungsangebots würde die Fahrzeiten für die Bevölkerung teilweise deutlich erhöhen.

Gleiches gilt für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei vor allem im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt bereits jetzt lange Fahrzeiten für Teile der Bevölkerung entstehen. Hier würde ein Ausbau des Leistungsangebots die Versorgung voraussichtlich verbessern. Dabei könnte der Fokus zunächst auf der Schaffung von tagesklinischen Versorgungsangeboten liegen.

Da die Teilnahme für Krankenhäuser am PEPP-System seit 2018 verpflichtend ist, sollten die Fallzahlen und Behandlungstage im Bereich Psychosomatik zukünftig systematisch erfasst werden, um daraus den Versorgungsbedarf abzuleiten und die Kapazitäten langfristig zielgerichtet beplanen zu können. Dazu bietet es sich an, zunächst allen Leistungserbringern, die die Strukturvoraussetzungen für die Zuerkennung des Versorgungsauftrages gemäß § 4 Absatz 3 ThürKHG erfüllen, diesen auch zu erteilen.

Nach einem zu definierenden Zeitraum sollte dann eine Evaluierung der erhobenen Daten stattfinden, wie es auch im 7. Thüringer Krankenhausplan vorgesehen war. Dabei sollte zur Orientierung stets ein Abgleich mit den in der PEPP-Statistik ausgewiesenen Fallzahlen stattfinden, um eine Einordnung hinsichtlich Höhe der Fallzahlen vornehmen und einschätzen zu können, ob möglicherweise ein ungedeckter Bedarf in Thüringen besteht.

Zudem sollte durch die Planungsbehörde eruiert werden, warum nicht alle Standorte mit einem Versorgungsauftrag im 7. Krankenhausplan für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie diesem auch nachgekommen sind und tatsächlich psychosomatische PEPP-Fälle im Jahr 2022 erbracht haben.

6.7 Geriatrische Versorgung

Die Analyse der geriatrischen Versorgungssituation in Thüringen wird im Folgenden differenziert nach den Bereichen vollstationäre und teilstationäre geriatrische Behandlung vorgenommen. Die vollstationäre geriatrische Behandlung wird dabei anhand des LB „27 – Geriatrie“ beziehungsweise der LG „27.1 – Geriatrie“ analysiert³⁹⁹.

Die Zuordnung der Fälle zu der Leistungsgruppe erfolgt über den OPS-Code 8-550 „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“. Diese ist ein ganzheitlicher therapeutischer Ansatz, um bei geriatrischen Patientinnen und Patienten die Selbstversorgungsfähigkeit wiederherzustellen und eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.⁴⁰⁰ Die entsprechende Zuordnung und Definition sind zur Übersicht noch einmal in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Leistungsbereich- und Leistungsgruppenzuordnung vollstationärer geriatrischer Leistungen entsprechend der nordrhein-westfälischen Leistungsgruppendefinition⁴⁰¹

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Zuordnungskriterium
27 Geriatrie	27.1 Geriatrie	OPS-Code 8-550 „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“

Es ist klarstellend darauf hinzuweisen, dass die Fälle, die keine geriatrische Komplexbehandlung erhalten haben und trotzdem in der Fachabteilung Geriatrie behandelt wurden, überwiegend in der LG „Allgemeine Innere Medizin“ abgebildet werden. Die Fälle der LG „27.1 – Geriatrie“ bilden daher nicht die gesamte Anzahl an geriatrisch versorgten Patientinnen und Patienten ab.

³⁹⁹ In diesem Fall sind der LB 27 und die LG 27.1 identisch.

⁴⁰⁰ Palzer, Manuel et al. (2021): Geriatrische Komplexbehandlung bei alterstraumatologischen Patienten. Einfluss auf Mobilität, Selbsthilfefähigkeit und Austrittsdestination, erschienen in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Ausgabe 8, S. 816-822.

⁴⁰¹ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022): Übersichtstabelle der LG-Definitionen, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppendefinitionen.pdf, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

Eine Leistungsgruppe für die teilstationäre geriatrische Behandlung existiert nicht. Die Analyse der teilstationären geriatrischen Behandlung erfolgt anhand der DRG A90A „Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung“ und A90B „Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung“. Die Verschlüsselung der jeweiligen Prozeduren und medizinischen Maßnahmen erfolgt jeweils über den OPS-Code 8.98.a.*. Die entsprechende Zuordnung und Definition können in Tabelle 18 nachvollzogen werden.

Tabelle 18: Zuordnung und Definition der teilstationären geriatrischen Behandlung entsprechend dem DRG-System⁴⁰²

Bereich	DRG	Definition
Teilstationäre geriatrische Behandlung	A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung
	A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung

6.7.1 Versorgungssituation der vollstationären geriatrischen Behandlung in Thüringen

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2022 wurden in den Krankenhäusern Thüringens rund 8.200 vollstationäre Fälle der LG „27.1 – Geriatrie“ behandelt und damit 21 % beziehungsweise rund 2.100 Fälle weniger als 2018 (Abbildung 69). Im Jahr 2018 wurden in Thüringen noch rund 10.400 Fälle behandelt. Dieser Rückgang ist hauptsächlich auf die Einschränkungen während der COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Nach Ende der pandemiebedingten Einschränkungen konnte von 2021 auf 2022 ein leichtes Wachstum der Fallzahlen der LG um 2 % verzeichnet werden.

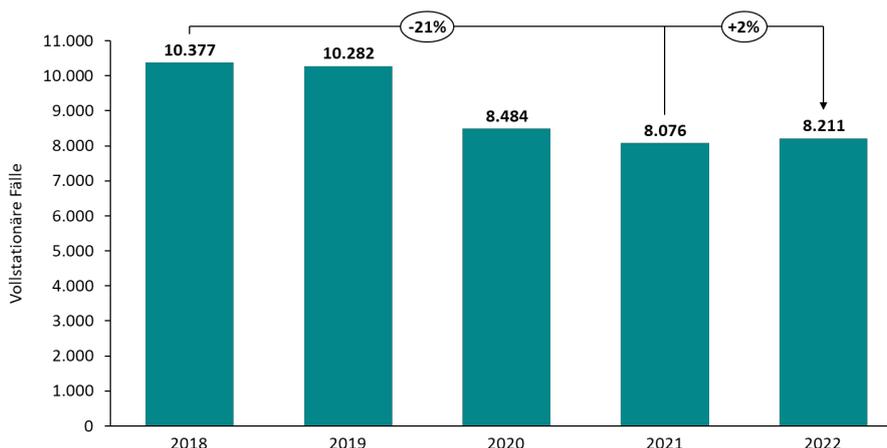


Abbildung 69: Vollstationäre Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ in den Jahren 2018 bis 2022⁴⁰³

⁴⁰² Eigene Darstellung auf Basis der durch die Gutachtenden getroffenen Abgrenzung der teilstationären Geriatrie.

⁴⁰³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Verweildauer

Die Verweildauer der Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ ist zwischen den Jahren 2018 und 2022 leicht um rund 4 % von 21,0 Tagen auf 20,1 Tage gesunken (Abbildung 70). Bei der Analyse ist jedoch zu berücksichtigen, dass die vollstationären Fälle, die eine geriatrische Behandlung benötigen, in der Regel auch eine nicht zu vernachlässigende Anzahl der Tage auf einer anderen Abteilung als in der Geriatrie betreut werden. Erfahrungsgemäß sind die Patientinnen und Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes rund vier bis sechs Tage in anderen Bereichen als in der Geriatrie untergebracht.

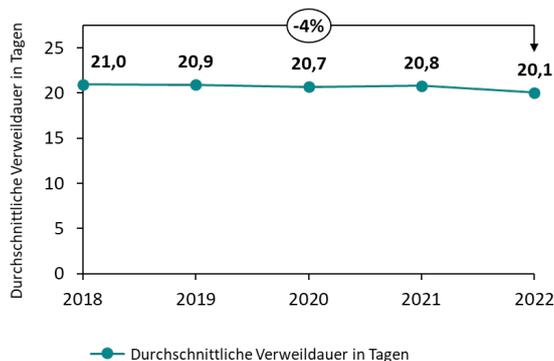


Abbildung 70: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ in den Jahren 2018 bis 2022⁴⁰⁴

Fallzahlprognose Behandlungsebene

Bei der Prognose der Fallzahlen auf Behandlungsebene werden alle Fälle betrachtet, die in Thüringen behandelt werden, unabhängig vom Wohnort der Patientinnen und Patienten. Die Prognose der Fallzahlen auf Behandlungsebene für Thüringen umfasst dabei zwei Szenarien. Zum einem werden die Fallzahlen für das Jahr 2030 auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2019 berechnet und zum anderen auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2022. Es ist nicht davon auszugehen, dass bei den Fällen dieser Leistungsgruppe größere Ambulantisierungspotenziale vorhanden sind. Auf eine gesonderte Ausweisung des Ambulantisierungspotenzials wird daher verzichtet.

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Thüringen kann auf Behandlungsebene für beide Szenarien von einem Anstieg der Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ bis zum Jahr 2030 ausgegangen werden (Abbildung 71). Auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2019 ist jedoch mit einem deutlich höheren Anstieg der Fälle zu rechnen, als wenn als Ausgangsbasis das Jahr 2022 gewählt wird. Die Fallzahlen würden im Vergleich zu 2022 um rund ein Drittel beziehungsweise um rund 2.700 Fälle steigen. Auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2022 ist hingegen nur von einem moderaten Anstieg der Fälle um rund 3 % beziehungsweise rund 220 Fälle auszugehen.

⁴⁰⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

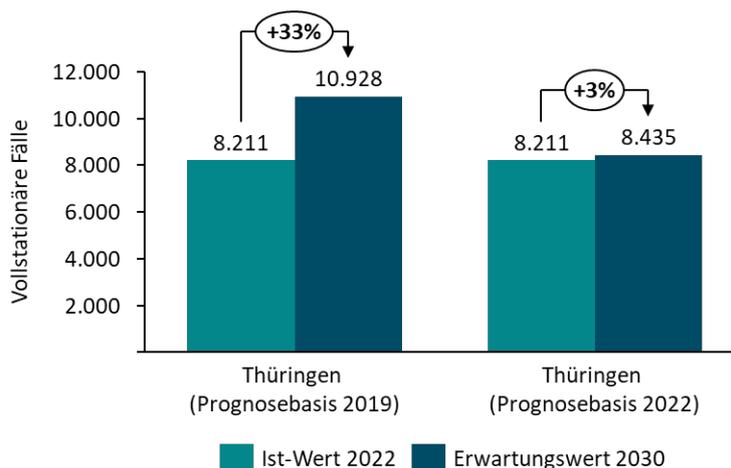


Abbildung 71: Ist-Wert und Erwartungswerte in der LG „27.1 – Geriatrie“ nach Behandlungsort für Thüringen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019 und 2022)⁴⁰⁵

Fallzahlprognose Wohnortebene

In der nachfolgenden Prognose der Fallzahlen auf Wohnortebene werden alle Fälle betrachtet, bei denen die Patientinnen und Patienten ihren Wohnort in Thüringen haben, unabhängig davon, ob sie in Thüringen oder einem anderen Bundesland behandelt werden. Die Prognose der Fallzahlen auf Wohnortebene umfasst ebenfalls zwei Szenarien auf Basis der Inzidenzen des Jahres 2019 und der des Jahres 2022 und erfolgt ebenso ohne eine Berücksichtigung eines möglichen ambulanten Potenzials. Der Erwartungswert für das Jahr 2022 ist ein berechneter Schätzwert, für die tatsächliche Fallzahl der Thüringer Bevölkerung, da für das Jahr 2022 keine Daten auf Ebene der Leistungsgruppen für die Auspendler vorliegen.

Legt man die Inzidenz aus dem Jahr 2019 zugrunde und bestimmt unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung den Bedarf auf Wohnortebene, zeigt sich, dass die Fallzahlen in 2030 in diesem Szenario deutlich über Fallzahlen vor der COVID-19-Pandemie liegen würden. In diesem Szenario würden rund 2.800 Fälle bzw. etwa 33 % mehr Fälle als im Jahr 2022 in der LG „27.1 – Geriatrie“ zu versorgen sein (Abbildung 72). Dabei existieren regionale Unterschiede in den Wachstumsraten, jedoch sind allen Regionen beträchtliche Zuwächse zu erwarten. Während in der etwas stärker besiedelten Planungsregion Mittelthüringen mit einem Anstieg der Fälle von 37 % bis zum Jahr 2030 auszugehen ist, schätzt das Szenario für Ost- und Südwestthüringen „nur“ einen von Anstieg etwas 31 %.

⁴⁰⁵ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2022) in Verbindung mit der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung vom Bevölkerungsstand 31.12.2020 (Thüringer Landesamt für Statistik).

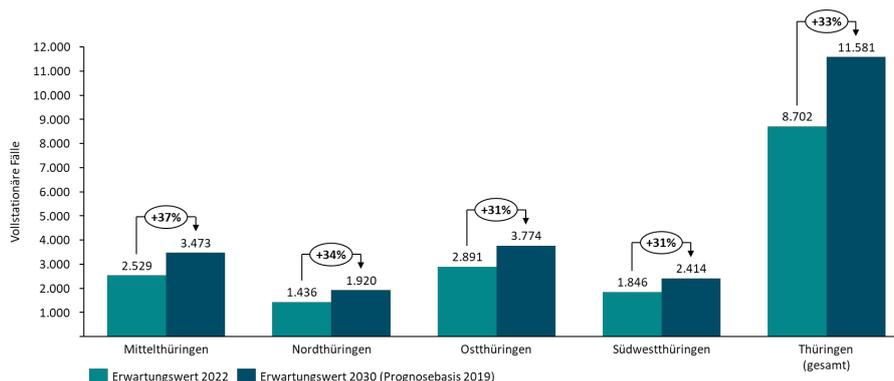


Abbildung 72: Erwartungswerte in der LG „27.1 – Geriatrie“ nach Wohnort Thüringen auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2019)⁴⁰⁶

Werden die geringeren Inzidenzraten des Jahres 2022 zugrunde gelegt, kann hingegen davon ausgegangen werden, dass die Fallzahlen zukünftig nicht mehr das Niveau von 2019, also vor der COVID-19-Pandemie, erreichen werden. Aufgrund der Zunahme der Bevölkerung ab 65 Jahren (Abschnitt 1.3) kann jedoch dennoch in diesem Szenario von einem Anstieg der Fälle mit Wohnort in Thüringen um rund 3 % bis zum Jahr 2030 im Vergleich zum Jahr 2022 ausgegangen werden (Abbildung 73). Dies entspricht einem Anstieg von rund 250 Fällen. Dabei sind jedoch regionale Unterschiede zu erwarten. Während in der etwas stärker besiedelten Planungsregion Mittelthüringen von einem Anstieg der Fälle um 6 % bis zum Jahr 2030 auszugehen ist, wird es aller Voraussicht nach in den weniger dicht besiedelten Planungsregionen Ost- und Südwestthüringen nur zu einem geringfügigen Anstieg kommen. Eine detaillierte Darstellung der unterschiedlichen Prognose-Szenarien befindet sich im Kapitel 5.

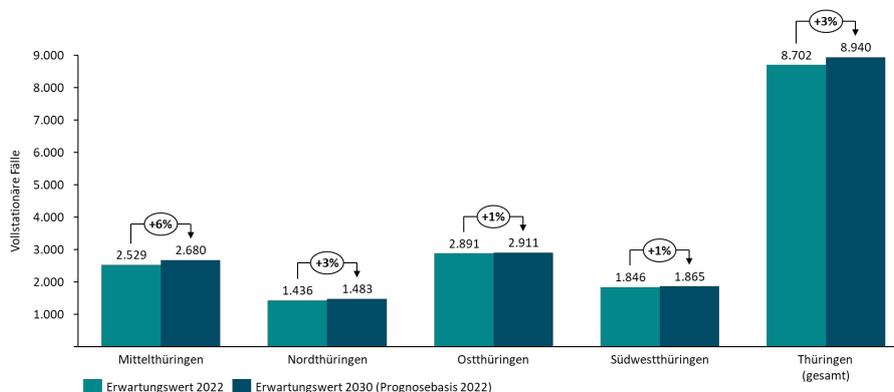


Abbildung 73: Erwartungswerte in der LG „27.1 – Geriatrie“ nach Wohnort Thüringen auf der Ebene der Planungsregionen für die Jahre 2022 und 2030 (Prognosebasis 2022)⁴⁰⁷

Standorte

Im Jahr 2022 wurden die rund 8.200 Fälle der LG „27.1 – Geriatrie“ durch neun Versorger in Thüringen behandelt.⁴⁰⁸ Die Abbildung 74 visualisiert die Verteilung dieser Fälle auf die Versorger. Insgesamt ist das

⁴⁰⁶ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2022) in Verbindung mit der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung vom Bevölkerungsstand 31.12.2020 (Thüringer Landesamt für Statistik).

⁴⁰⁷ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2022) in Verbindung mit der 3. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung vom Bevölkerungsstand 31.12.2020 (Thüringer Landesamt für Statistik).

⁴⁰⁸ Insgesamt haben im Jahr 2022 14 Standorte vollstationäre Leistungen in der LG „27.1 – Geriatrie“ angeboten und zusammen rund 8.211 Fälle behandelt. Fünf Standorte haben insgesamt nur 25 Fälle erbracht und machen damit unter 1 % des Versorgungsanteils aus. Diese Standorte werden in der Darstellung nicht berücksichtigt.

Bild der Leistungserbringer zweigeteilt: Während die eine Hälfte von relativ großen Versorgern mit jeweils über 1.000 Fällen dominiert wird, ist die andere Hälfte von relativ kleinen Einheiten geprägt, die im Jahr jeweils maximal rund 700 Fälle und weniger versorgen. Vier Standorte haben jeweils über 1.000 Fälle erbracht und machen gemeinsam knapp drei Viertel des Versorgungsanteils (72 %) aus. Zwei Standorte haben gemeinsam nur 560 Fälle und damit jeweils nur rund 3 % aller Fälle erbracht.

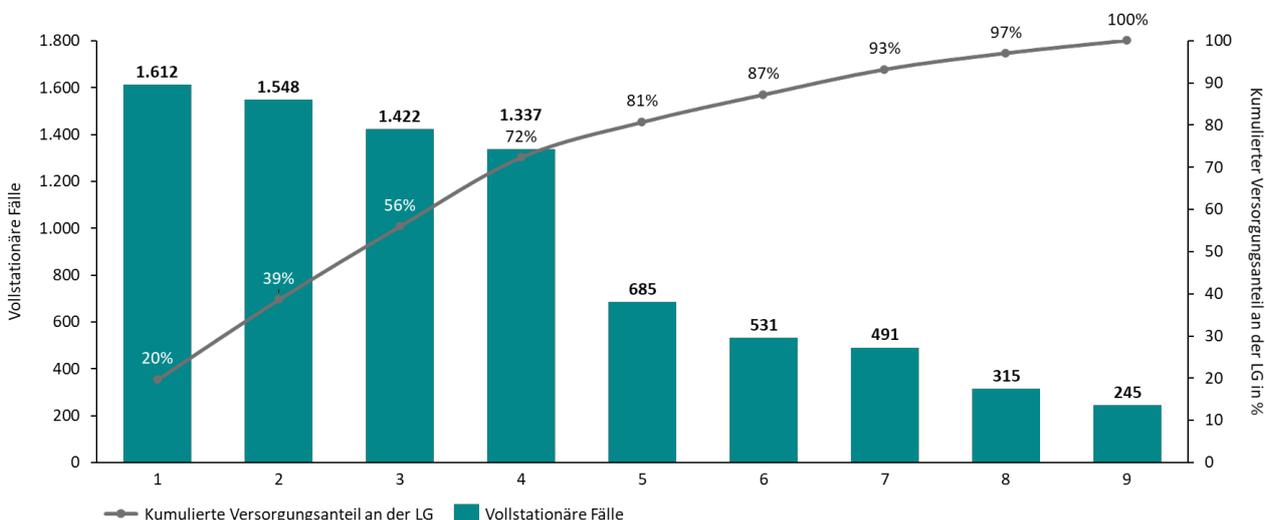


Abbildung 74: Vollstationäre Fälle je Versorger im Jahr 2022 und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „27.1 – Geriatrie“⁴⁰⁹

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Eine Erreichbarkeitsanalyse wurde zunächst auf Basis theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Versorger der LG „27.1 – Geriatrie“ in Thüringen im Jahr 2022 vorgenommen (Abbildung 75).⁴¹⁰

Hierzu wurden alle Krankenhausstandorte ausgewählt, die im Jahr 2022 vollstationäre geriatrische Behandlungen erbracht haben.⁴¹¹

Die Berechnung der Fahrzeiten in den Abbildungen sind zwischen den Versorgern und den PLZ8-Regionen ermittelt worden, also unabhängig davon, ob dort wirklich ein Fall im Jahr 2022 aufgetreten ist.⁴¹²

In den folgenden kartografischen Abbildungen ist für die jeweiligen Behandlungsbereiche zum einen dargestellt, wo sich die Krankenhausstandorte befinden, und zum anderen, wie lange die durchschnittlichen theoretischen Fahrzeiten in Minuten für die Bevölkerung zum nächstgelegenen beziehungsweise zweitnächsten Versorger sind.

Bei der Interpretation der Abbildungen ist zu beachten, dass, wie bei den Erreichbarkeitsanalysen der vorangegangenen Abschnitte, nur thüringische Standorte berücksichtigt wurden.

⁴⁰⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre; nur Standorte mit mind. 1 % Anteil an der Versorgung.

⁴¹⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes 2022; nur Standorte mit mind. 1 % Anteil an der Versorgung.

⁴¹¹ Nur Standorte mit mind. 1 % Anteil an der Versorgung.

⁴¹² Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

Insbesondere die Erreichbarkeit eines Versorgers entlang der Thüringer Städtekette zwischen Jena und Erfurt ist sehr gut und liegt meist bei unter 15 Minuten. Auch um Gera, Rudolstadt und Sondershausen sowie nordöstlich an der Grenze der Landkreise Eichsfeld und Unstrut-Hainich-Kreis ist die Erreichbarkeit eines entsprechenden Versorgers gut und mit einer Fahrzeit von maximal 30 Minuten zu erreichen.

Speziell in Landkreisen an der Grenze zu den Bundesländern Hessen, Bayern und Sachsen, wie zum Beispiel dem Wartburgkreis, Sonneberg oder dem Saale-Orla-Kreis, ergeben sich hingegen Fahrzeiten von 60 Minuten und länger. Zu berücksichtigen sind hierbei jedoch Versorger außerhalb Thüringens (wie zum Beispiel das Klinikum Bad Hersfeld in Hessen, das Klinikum Coburg in Bayern oder das Helios Klinikum Plauen in Sachsen). Hierdurch könnte sich die Fahrzeit in den entsprechenden Regionen teilweise deutlich verkürzen.

Thüringenweit konnten im Jahr 2022 etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung (55,4,8 %) innerhalb von maximal 30 Minuten Fahrzeit einen Versorger in der LG „27.1 – Geriatrie“ erreichen. Für rund 9 % der Bevölkerung (8,3 %) liegt die Fahrzeit bei 50 Minuten und länger.

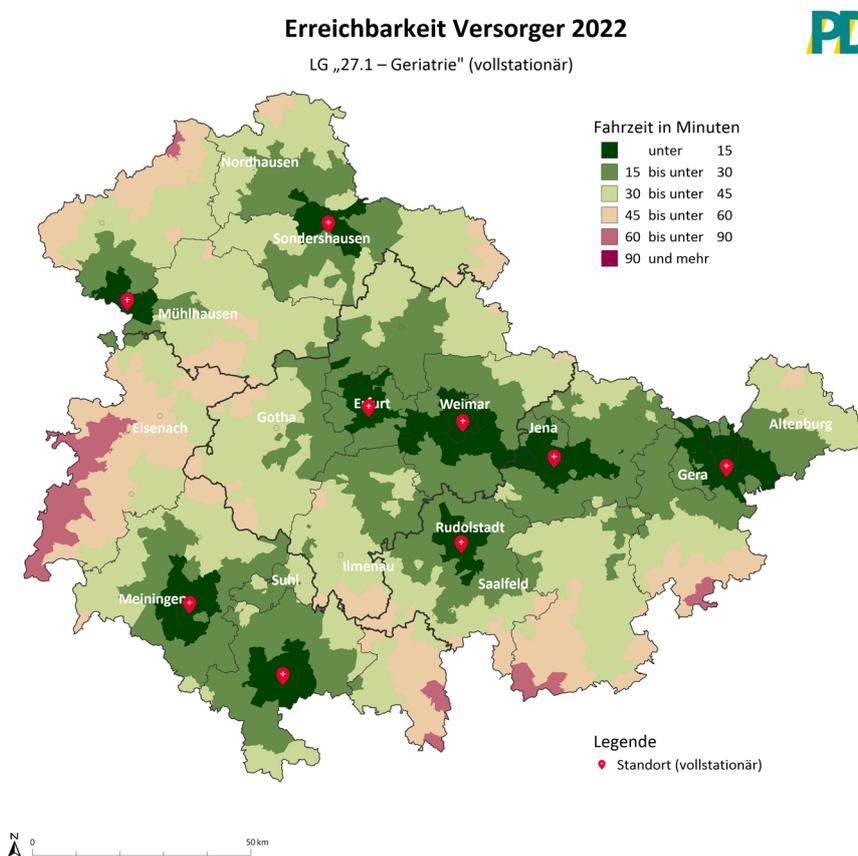


Abbildung 75: Erreichbarkeit eines Versorgers der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2022⁴¹³

Deutlich wird die höhere Konzentration an Versorgern entlang der Städtekette auch bei Analyse der Fahrzeiten zu den alternativen Versorgern (Abbildung 76). Fielen die nächstgelegenen Versorger eines Einzugsgebietes weg, bliebe die Versorgungssituation gemessen an der theoretischen Fahrzeit entlang der Städtekette in der Mitte von Thüringen weiterhin gut. Leistungserbringer könnten nach wie vor weitestgehend innerhalb von 30 Minuten erreicht werden.

⁴¹³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes 2022; nur Standorte mit mind. 1 % Anteil an der Versorgung.

Würde hier ein Versorger sein Leistungsangebot in der Geriatrie einstellen, würden sich für die dort ansässige Bevölkerung teilweise deutlich längere Fahrzeiten ergeben.

Auch die Erreichbarkeit der Versorgung in der Planungsregion Südthüringen um Suhl und in Teilen von Ostthüringen um Gera herum ist weiterhin gut. In allen anderen Regionen erhöht sich die Fahrzeit bei Wegfall des nächstliegenden Versorgers hingegen deutlich und liegt insbesondere in Regionen angrenzend an Niedersachsen, Hessen und Bayern bei mehr als 60 Minuten. Daher wäre eine Lücke in der geriatrischen Versorgung beispielsweise durch einen Ausfall der Kliniken in Sondershausen und Lengenfeld (Nordthüringen) sowie der Klinik in Rudolstadt (Ostthüringen) zu erwarten, wenn diese nicht durch Leistungserbringer anderer Bundesländer ausgeglichen werden kann.

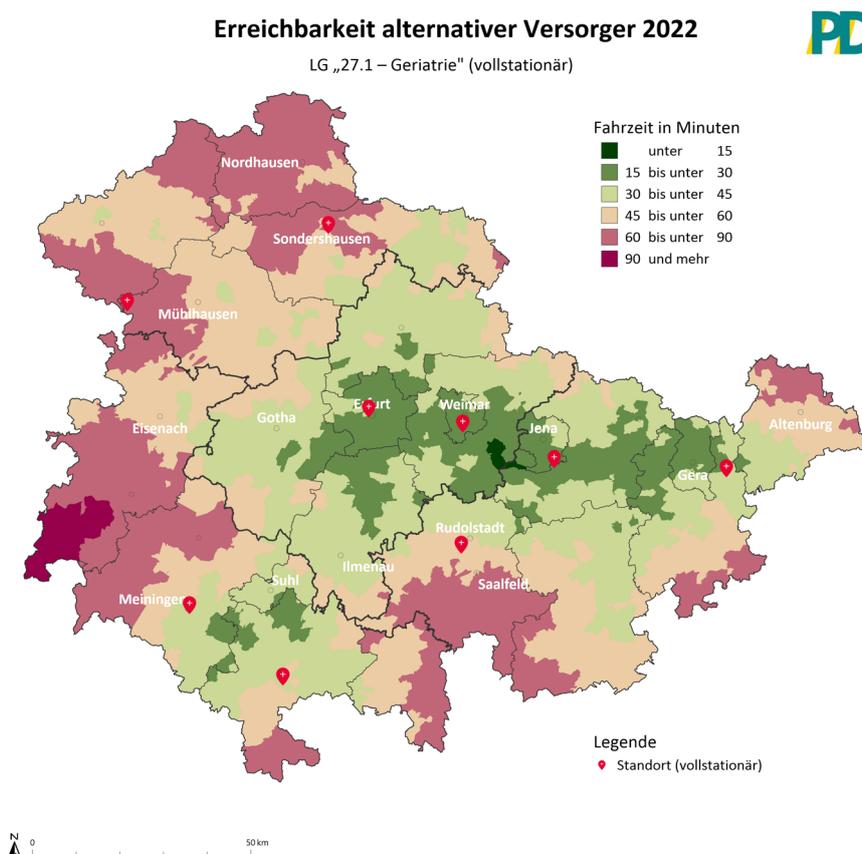


Abbildung 76: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2022⁴¹⁴

Erreichbarkeitsanalysen der tatsächlichen durchschnittlichen Fahrzeit

Ergänzend zu der Darstellung der Erreichbarkeit auf Basis der theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Versorger wurde zudem eine Analyse der tatsächlichen durchschnittlichen Fahrzeiten zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Thüringen, die im Jahr 2022 in der LG „27.1 – Geriatrie“ behandelt wurden, vorgenommen (Tabelle 19).⁴¹⁵

⁴¹⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensatzes 2022; nur Standorte mit mind. 1 % Anteil an der Versorgung.

⁴¹⁵ Das Vorgehen zur Ermittlung der tatsächlichen Fahrzeiten zum Versorger ist im Kapitel 3 beschrieben.

Thüringenweit betrug die tatsächliche Fahrzeit in der LG „27.1 – Geriatrie“ durchschnittlich 32 Minuten. Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Fahrzeiten zwischen den Regionen. Während in den städtischen Regionen, wie Gera, Jena oder Erfurt, die durchschnittliche Fahrzeit maximal 20 Minuten betrug, benötigten die Patientinnen und Patienten im Landkreis Sonneberg mit durchschnittlich 56 Minuten Fahrzeit und im Landkreis Wartburgkreis mit durchschnittlich 63 Minuten Fahrzeit zu ihrem Versorger deutlich länger.

Die beiden Landkreise stellen dabei jedoch eine Ausnahme dar. Patientinnen und Patienten mit Wohnort in den übrigen Landkreisen beziehungsweise kreisfreien Städten benötigten bis auf wenige Ausnahmen maximal 45 Minuten zum Erreichen ihres Versorgers. Thüringenweit hatten im Jahr 2022 rund 70 % der Patientinnen und Patienten eine tatsächliche Fahrzeit von unter 40 Minuten, um ihren Behandlungsort in der LG „27.1 – Geriatrie“ zu erreichen. Rund 7 % der Patientinnen und Patienten hatten eine tatsächliche Fahrzeit von 50 Minuten und länger.

Tabelle 19: Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2022⁴¹⁶

Landkreis	Durchschnittliche Fahrzeit in Minuten
Altenburger Land	32
Eichsfeld	32
Erfurt, Stadt	18
Gera, Stadt	18
Gotha	48
Greiz	41
Hildburghausen	23
Ilm-Kreis	39
Jena, Stadt	14
Kyffhäuserkreis	25
Nordhausen	32
Saale-Holzland-Kreis	34
Saale-Orla-Kreis	48
Saalfeld-Rudolstadt	30
Schmalkalden-Meiningen	27
Sömmerda	39
Sonneberg	56
Suhl, Stadt	30

⁴¹⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Landkreis	Durchschnittliche Fahrzeit in Minuten
Unstrut-Hainich-Kreis	27
Wartburgkreis	63
Weimar, Stadt	32
Weimarer Land	42
Thüringen	32

6.7.2 Versorgungssituation der teilstationären geriatrischen Behandlung in Thüringen

Fallzahlentwicklung

Die Anzahl der behandelten teilstationären Fälle ist im Zeitraum zwischen 2018 und 2022 insgesamt um rund 67 % von 830 auf nur noch rund 190 Fälle gesunken (Abbildung 77). Der Rückgang lässt sich direkt auf die Einschränkung während der COVID-19-Pandemie zurückführen. So gingen die Fallzahlen abrupt von 2019 auf 2020 um fast drei Viertel zurück. Die Versorgung der teilstationären geriatrischen Fälle musste in dieser Zeit häufig zu Hause oder in Pflegeheimen erfolgen, da geriatrische Tageskliniken geschlossen hatten.

Nach der COVID-19-Pandemie von 2021 auf 2022 ist jedoch wieder ein Anstieg der Anzahl der behandelten teilstationären Fälle um rund 32 % von 210 auf 278 Fälle festzustellen und damit aber immer noch nur ein Drittel der Fallzahlen aus 2018.

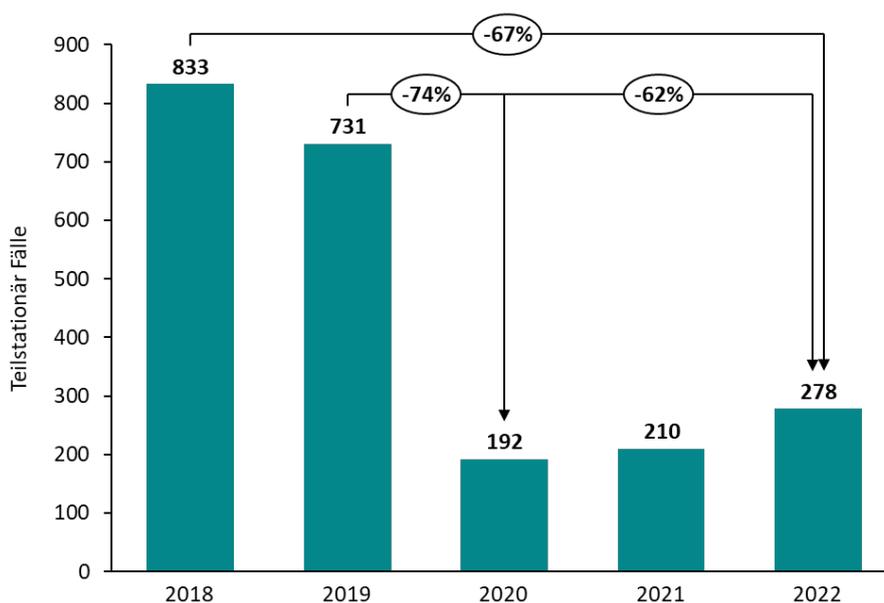


Abbildung 77: Teilstationäre Fälle der Geriatrie, bei denen die DRGs A90A und A90B kodiert wurden, in den Jahren 2018 bis 2022⁴¹⁷

⁴¹⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Im Jahr 2022 haben insgesamt vier Standorte teilstationäre Leistungen angeboten. Das sind zwei Standorte weniger als im Jahr 2020 beziehungsweise vor der COVID-19-Pandemie. Die Analyse der Fahrzeiten zu Standorten mit Leistungen im teilstationären geriatrischen Bereich zeigt, dass insbesondere um Gera, Rudolstadt und Sondershausen sowie nordöstlich an der Grenze der Landkreise Eichsfeld und Unstrut-Hainich-Kreis Versorger gut zu erreichen sind (Abbildung 78). In diesen Regionen beträgt die Erreichbarkeit des nächsten Versorgers maximal 45 Minuten.

In den Landkreisen der Planungsregion Südwestthüringen existieren zu großen Teilen Fahrzeiten von über 60 Minuten zum nächsten Versorger mit teilstationärer geriatrischer Komplexbehandlung. Auffällig ist, dass es keine teilstationären Angebote in den Ballungsgebieten an der Bundesautobahn 4 gibt.

Thüringenweit konnten im Jahr 2022 knapp 40 % Bevölkerung (38,6 %) innerhalb von maximal 40 Minuten Fahrzeit einen Versorger mit Leistungen im teilstationären geriatrischen Bereich erreichen. Für rund 45 % der Bevölkerung (44,6 %) liegt die Fahrzeit bei 50 Minuten und länger.

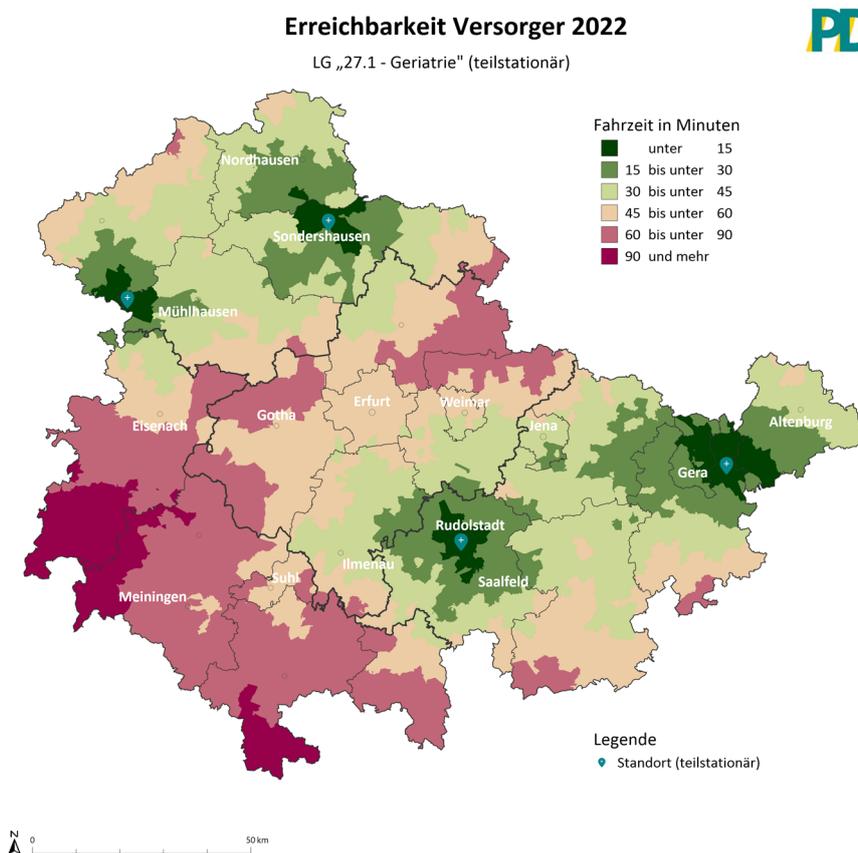


Abbildung 78: Erreichbarkeit eines Versorgers der Geriatrie (teilstationär) im Jahr 2022^{418/419}

⁴¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes 2022; nur Versorger mit mind. 1 % Anteil an der Versorgung.

⁴¹⁹ Aufgrund der geringen Anzahl an Versorgern mit teilstationären Angeboten im Bereich Geriatrie wird auf eine Darstellung der Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers verzichtet.

6.7.3 Zusammenfassung und Empfehlung

Nach einem deutlichen Einbruch der Fallzahlen sowohl in der vollstationären als auch in der teilstationären geriatrischen Versorgung während der COVID-19-Pandemie ist im Jahr 2022 eine leichte Erholung der Fallzahlen zu erkennen. Dabei wird die geriatrische Versorgungssituation im vollstationären Bereich im Jahr 2022 maßgeblich durch vier große Standorte mit jeweils über 1.000 Fällen geprägt, die zusammen knapp drei Viertel der vollstationären Fälle behandeln.

Auf Basis der Inzidenzen von 2019 ist sowohl auf Behandlungsortebene als auch auf Wohnortebene von einem deutlichen Anstieg der Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ für das Jahr 2030 auszugehen. Auf Basis der Inzidenzen von 2022 ist hingegen für beide Ebenen nur von einem leichten Anstieg auszugehen.

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, Sonneberg oder dem Saale-Orla-Kreis, ergeben sich jedoch längere Fahrzeiten von 60 Minuten und länger zu einem Versorger in Thüringen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sind zusätzliche Angebote an geriatrischen Leistungen vor allem in ländlichen Regionen zu begrüßen. Dabei sind allerdings organisatorische und wirtschaftliche Mindestgrößen zu beachten. Große Einheiten lassen sich besser steuern und wirtschaftlicher betreiben, da ein großes therapeutisches Team für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im vollstationären Bereich vorgehalten werden kann.

Insbesondere im Südwesten Thüringens angrenzend an das Nachbarbundesland Hessen besteht jedoch eine Versorgungslücke. Um eine wohnortnahe geriatrische Grundversorgung auch in dieser Region sicherzustellen, sollten Kooperationen zwischen schon bestehenden stationären geriatrischen Leistungserbringern und lokalen ambulanten Leistungserbringern in Betracht gezogen werden. Dabei sind auch Kooperationen mit Versorgern aus dem angrenzenden Bundesland in Erwägung zu ziehen.

Zusätzlich sollte der Aufbau eines telemedizinisch geriatrischen Netzwerks geprüft werden. Dies bietet die Möglichkeit zu einer raschen Beurteilung, ob Patientinnen und Patienten von einer geriatrischen Komplexbehandlung profitieren würden, und kann mögliche regionale Versorgungslücken zumindest für einen gewissen Zeitraum überbrücken.

Zudem sollte geprüft werden, ob weitere teilstationäre Angebote zu den bisherigen bestehenden Angeboten ergänzend geschaffen werden, um kürzere Anfahrtswege für die Patientinnen und Patienten, insbesondere in den Ballungsgebieten, aber auch in den ländlichen Regionen, zu ermöglichen. Die teilstationären geriatrischen Angebote werden aber nicht die starke Versorgungsrelevanz der vollstationären Angebote erreichen, sondern sind nur ergänzende Angebote.

6.8 Mindestmengen

Mindestmengen sind ein Instrument der Qualitätssicherung bei der stationären Versorgung. Für ausgewählte planbare Leistungen an einem Krankenhausstandort, bei denen die Qualität des Behandlungsergeb-

nisses 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.^{420/421}

In Deutschland werden die Mindestmenvorgaben für die jeweiligen Leistungen vom G-BA in den Mindestmengenregelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Mm-R) definiert. Die dort festgesetzten Vorgaben sind jährliche Mindestmengen und gelten pro Standort eines Krankenhauses.⁴²²

Die Leistungen, für die im Jahr 2024 eine Mindestmengenregelung je Standort eines Krankenhauses pro Jahr gilt oder in den nächsten Jahren geplant ist, sind in Tabelle 20 überblicksartig aufgeführt:

Tabelle 20: Leistungen mit Mindestmengen gemäß Mindestmengenregelungen des G-BA im Jahr 2024⁴²³

Mindestmengkatalog für das Jahr 2024	Jährliche Mindestmenge (pro Standort)	Übergangsregelung
Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	20	–
Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25	–
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene (Speiseröhre)	26	Bis 2022: 10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	15	Bis 2023: 10 Ab 2024: 15 Ab 2025: 20
Stammzelltransplantation	25	Bis 2024: 25 Ab 2025: 40
Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	50	–
Koronarchirurgische Eingriffe	Derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge	Derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 Gramm	25	Bis 2022:14 Ab 2023: 20 Ab 2024: 25
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	50	Bis 2023: Keine Festlegung Ab 2024: 50 Ab 2025: 100

⁴²⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss: Mindestmengen für planbare medizinische Eingriffe, <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>, zuletzt abgerufen am 07.03.2024.

⁴²¹ Gemeinsamer Bundesausschuss: Mindestmengenregelungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>, zuletzt abgerufen am 05.03.2024.

⁴²² Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, in der Fassung vom 20. Dezember 2005, in der 1. Neufassung vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 15. Februar 2024, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3365/Mm-R_2023-12-21_iK-2024-02-15.pdf, zuletzt abgerufen am 07.03.2024.

⁴²³ Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, in der Fassung vom 20. Dezember 2005, in der 1. Neufassung vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 15. Februar 2024, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3365/Mm-R_2023-12-21_iK-2024-02-15.pdf, zuletzt abgerufen am 07.03.2024.

Mindestmengenkatalog für das Jahr 2024	Jährliche Mindestmenge (pro Standort)	Übergangsregelung
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	40	Bis 2023: Keine Festlegung Ab 2024: 40 Ab 2025: 75
Herztransplantation	Derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge	Bis 2025: Keine Festlegung Ab 2026: 10

Krankenhäuser dürfen nach § 136b Absatz 5 Satz 1 bis 3 SGB V die entsprechenden Leistungen nur dann erbringen und abrechnen, wenn die in den Mindestmengenregelungen festgelegte Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird.⁴²⁴ Der Krankenhausträger hat diese Erwartung als Prognose gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darzulegen.⁴²⁵

Ausnahmen von dieser Regelung gelten nur dann, wenn ein Standort eines Krankenhauses eine Leistung erstmalig oder erneut erbringen möchte.⁴²⁶

Zudem kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Leistungen, die mit einer Mindestmenge belegt sind, bestimmen, bei denen die Anwendung der Mindestmengenregelung nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet sein könnte. Die Landesbehörde entscheidet auf Antrag eines Krankenhauses im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V für diese Leistungen. In diesem Fall dürfen Krankenhäuser die entsprechende Leistung auch dann erbringen, wenn die vorgegebene Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird. Der Dispens von der Mindestmenge gilt für ein Jahr. Bei erneutem Nichterreichen einer positiven Prognose für das Folgejahr, muss ein neuer Ausnahmeantrag durch das Krankenhaus gestellt werden. Unbefristete Ausnahmegenehmigungen sind nicht möglich.⁴²⁷

Die Analyse der mit Mindestmengen belegten Leistungen in Thüringen erfolgt auf Basis der Angaben in den strukturierten Qualitätsberichten der jeweiligen Standorte. Da zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung die Daten für das Jahr 2022 noch nicht vorlagen, erfolgte eine Leistungsanalyse ausschließlich für die Jahre 2019 und 2021.

In Thüringen wurden im Jahr 2021 folgende Leistungen, für die im Jahr 2021 eine Mindestmenge festgesetzt war, erbracht: Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende), Nierentransplantation (inklusive

⁴²⁴ Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch erbringt, steht gemäß § 136b Absatz 5 Satz 2 SGB V kein Vergütungsanspruch zu.

⁴²⁵ § 136b Absatz 5 Satz 3 SGB V.

⁴²⁶ § 6 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, in der Fassung vom 20. Dezember 2005, in der 1. Neufassung vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 15. Februar 2024.

⁴²⁷ § 136b Absatz 5a SGB V.

Lebendspende), komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus, komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas, Stammzelltransplantation, Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) sowie die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 g.⁴²⁸

Die Leistungen Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) und Nierentransplantation (inklusive Lebendspende) wurden im Jahr 2021 jeweils nur von einem Krankenhausstandort in Thüringen erbracht.⁴²⁹ Stammzelltransplantationen wurden von zwei Versorgern in Thüringen durchgeführt.⁴³⁰

Drei Standorte versorgten Früh- und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 g.⁴³¹ Eine Darstellung dieser Versorgungssituation in Thüringen erfolgt im Abschnitt 6.1.2.

Eine vertiefende Analyse der mit Mindestmengen belegten Leistungen der Knie-TEPs, der komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus sowie der komplexen Eingriffe am Organsystem Pankreas in Thüringen erfolgt in den nachfolgenden Abschnitten.

6.8.1 Versorgungsanalyse der Kniegelenk-Totalendoprothesen

Entwicklung der erbrachten Fallmenge auf Standortebene

Im Jahr 2021 wurden in Thüringen rund 3.500 Knie-TEPs eingesetzt. Dies entspricht einem Rückgang von rund 600 Knie-TEPs beziehungsweise rund 14 % gegenüber dem Jahr 2019.

Abbildung 79 zeigt die Verteilung der Eingriffe auf der Standortebene in den Jahren 2019 und 2021. Die Leistung wurde im Jahr 2021 an insgesamt 30 Standorten erbracht und damit von genauso vielen Versorgern wie im Jahr 2019.

Zwar ist die Anzahl der Standorte seit 2019 konstant geblieben, es ist jedoch ersichtlich, dass die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Standorte stark variiert. Auffällig ist, dass im Jahr 2021 der Standort mit den meisten Eingriffen (rund 760 Eingriffe) mehr als zweieinhalbmal so viele Knie-TEPs eingesetzt hat wie der Zweitplatzierte (rund 270 Eingriffe). An 20 Standorten wurde der Eingriff hingegen weniger als 100 Mal im Jahr 2021 vorgenommen.⁴³²

Ein Standort hat dabei im Jahr 2021 die vorgegebene Mindestmenge von 50 Eingriffen jährlich nicht erreicht.⁴³³

⁴²⁸ Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte im Jahr 2021.

⁴²⁹ Die Leistungen wurden vom Universitätsklinikum Jena mit folgender Leistungsmenge im Jahr 2021 erbracht: Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) 68 Eingriffe und Nierentransplantation (inklusive Lebendspende) 47 Eingriffe. Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 bis 2021.

⁴³⁰ Die Leistung wurde vom Universitätsklinikum Jena (43 Eingriffe) und dem HELIOS Klinikum Erfurt (109 Eingriffe) im Jahr 2021 erbracht. Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 bis 2021.

⁴³¹ Die Leistung wurden vom Universitätsklinikum Jena (43 Eingriffe) und dem HELIOS Klinikum Erfurt (109 Eingriffe) im Jahr erbracht. Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 bis 2021.

⁴³² Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 und 2021.

⁴³³ Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 und 2021.

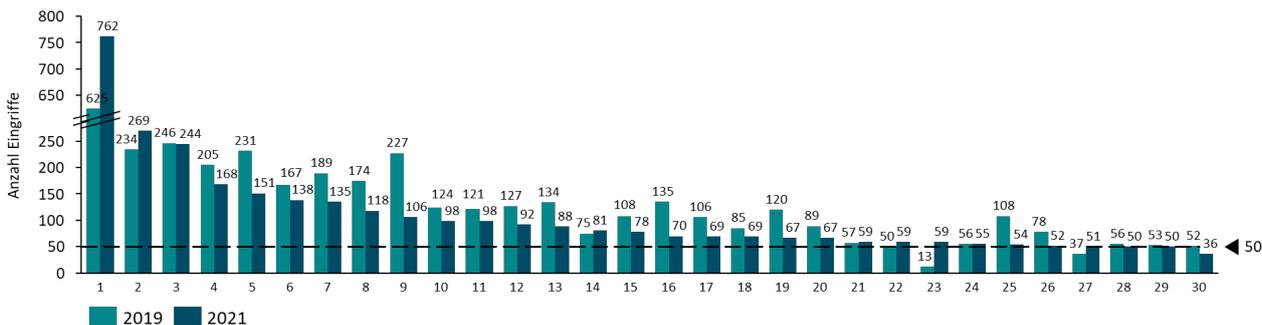


Abbildung 79: Erbrachte Fallmenge für Knie-TEP je Standort in den Jahren 2019 und 2021⁴³⁴

Anmerkung: Die Mindestmengenregelungen gemäß G-BA⁴³⁵ sehen für Knie-TEP 50 Eingriffe pro Jahr/Standort vor.

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Abbildung 80 zeigt die Standorte, die im Jahr 2021 die Leistung Knie-TEP in Thüringen erbracht haben, sowie die theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Standort.⁴³⁶ Zudem ist ersichtlich, ob der Standort die vorgegebene Mindestmenge bei der Leistung Knie-TEP erreicht hat oder nicht.^{437/438}

Die Standorte, die im Jahr 2021 die Leistung Knie-TEP in Thüringen erbracht haben, sind gleichmäßig über die Fläche Thüringens verteilt. In fast jedem Landkreis gibt es einen oder mehrere Standorte. Die meisten Standorte befinden sich entlang der Städtekette in der Mitte von Thüringen.

In den meisten Regionen Thüringens kann ein entsprechender Standort innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden. Insbesondere entlang der Thüringer Städtekette zwischen Jena und Erfurt, aber auch im Osten Thüringens in den Regionen um Gera und Altenburg sowie im Westen von Thüringen rund um die Städte Eisenach, Gotha und Mühlhausen sind entsprechende Standorte dabei sogar in bis zu 15 Minuten zu erreichen.

Nur in wenigen und meist dünn besiedelten Regionen (zum Beispiel im Saale-Orla-Kreis) ergeben sich für die Bevölkerung teilweise Fahrzeiten von über 45 Minuten.

Thüringenweit konnten im Jahr 2021 mehr als 90 % der Bevölkerung (93,1 %) innerhalb von maximal 30 Minuten Fahrzeit einen Standort mit der Leistung Knie-TEP erreichen.

⁴³⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 bis 2021.

⁴³⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss: Mindestmengenregelungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>, zuletzt abgerufen am 05.03.2024.

⁴³⁶ Die Berechnung der Fahrzeiten ist zwischen den Standorten und den PLZ8-Regionen ermittelt worden, also unabhängig davon, ob dort wirklich ein Fall im Jahr 2021 aufgetreten ist. Bei der Interpretation der folgenden Abbildungen ist zu beachten, dass wie bei den Erreichbarkeitsanalysen der vorangegangenen Abschnitte nur thüringische Versorger berücksichtigt wurden. Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

⁴³⁷ Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 und 2021.

⁴³⁸ Das Vorgehen zur Ermittlung der Fahrzeiten ist im Kapitel 3 dargestellt.

Erreichbarkeit Standorte 2021

Kniegelenk-Totalendoprothesen

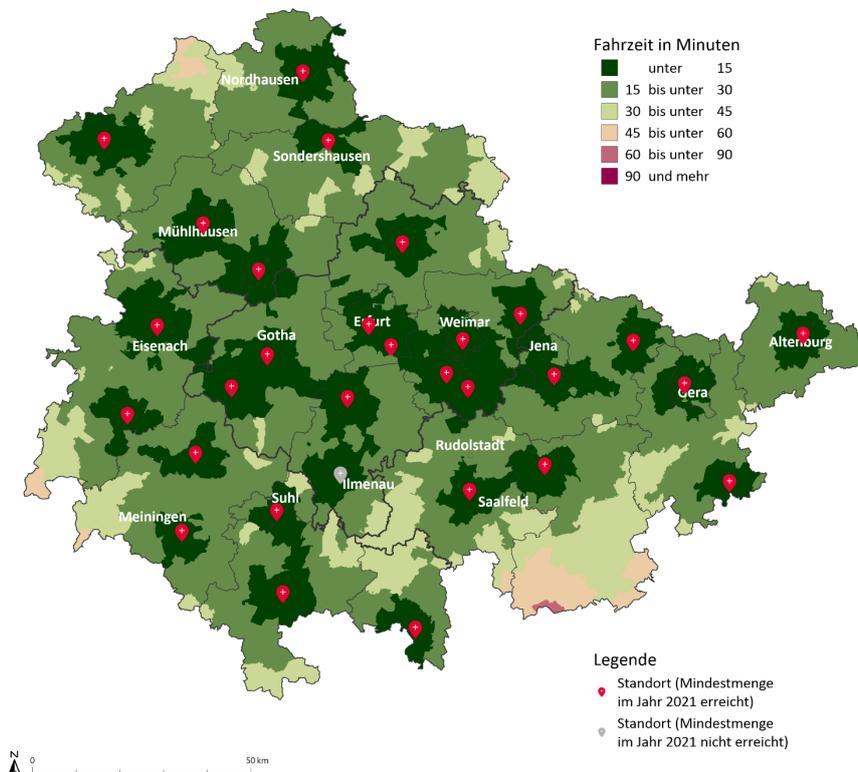


Abbildung 80: Erreichbarkeit eines Standortes für Knie-TEP im Jahr 2021⁴³⁹

Werden bei der Analyse der Erreichbarkeit lediglich die Standorte berücksichtigt, die die vorgegebene Mindestmenge bei der Leistung Knie-TEP im Jahr 2021 erreicht haben, zeigt sich gegenüber der vorherigen Betrachtung keine wesentliche Verschlechterung der Erreichbarkeiten (Abbildung 81).

Des Weiteren könnte ein Großteil der Bevölkerung einen Standort, der die Leistung Knie-TEP anbietet, in unter 30 Minuten erreichen. Einige wenige Ausnahmen bestehen zum Beispiel in der Region um Ilmenau im Süden von Thüringen.

⁴³⁹ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte des Jahres 2021.

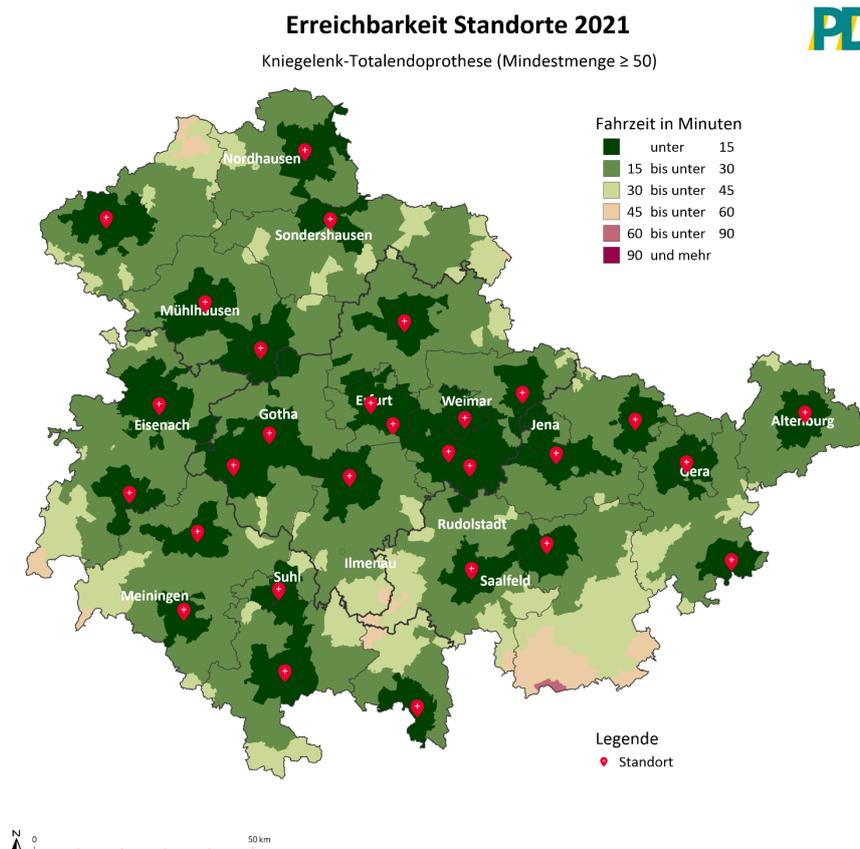


Abbildung 81: Erreichbarkeit eines Standortes für Knie-TEP im Jahr 2021⁴⁴⁰

6.8.2 Versorgungsanalyse der komplexen Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Entwicklung der erbrachten Fallmenge auf Standortebene

Im Jahr 2021 wurden in ganz Thüringen rund 430 komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas durchgeführt und damit ungefähr genauso viele wie im Jahr 2019.⁴⁴¹

Abbildung 82 zeigt die Verteilung der Eingriffe auf der Standortebene in den Jahren 2019 und 2021. Die Anzahl der Standorte, die komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas durchgeführt haben, hat sich dabei von 20 Standorten im Jahr 2019 auf 17 Standorte im Jahr 2021 reduziert.⁴⁴²

⁴⁴⁰ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte des Jahres 2021. Es sind ausschließlich die Standorte dargestellt, die die Mindestmengenvorgabe von 50 Eingriffen pro Jahr/Standort im Jahr 2021 erfüllt haben.

⁴⁴¹ Im Jahr 2019 wurden 425 komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus durchgeführt und im Jahr 2021 429 Eingriffe. Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 und 2021.

⁴⁴² Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 und 2021.

Zudem zeigt die Analyse je Standort, dass die Anzahl der durchgeführten Eingriffe stark variiert. Zwei Krankenhäuser haben mehr als 75 komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas im Jahr 2021 durchgeführt. An vier weiteren Standorten wurde die Leistung öfter als zwanzigmal im Jahr 2021 erbracht. Elf Standorte haben hingegen weniger als 20 Eingriffe im Jahr 2021 durchgeführt. Zwei der 17 Standorte haben zudem im Jahr 2021 die vorgegebene Mindestmenge von zehn Eingriffen pro Jahr nicht erreicht.

Die Übergangsregelung von zehn Eingriffen pro Jahr/Standort für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene galt bis zum Jahr 2023. Ab dem Jahr 2024 gilt eine Übergangsregelung von 15 Eingriffen pro Jahr/Standort und ab dem Jahr 2025 eine neue Mindestmengenvorgabe von 20 Eingriffen pro Jahr/Standort. Diese Mindestmengenvorgabe hätten im Jahr 2021 nur sechs Standorte erfüllt.⁴⁴³

Sollten einige der Standorte, die aktuell unter der Mindestmengenvorgabe von 20 Eingriffen pro Jahr liegen, die Leistung nicht mehr erbringen, ist zu erwarten, dass einige der Fälle sich auch auf kleine Standorte verteilen, die dadurch die Mindestmenge erreichen können. Die Krankenhausplanung kann hier mit der Zuweisung von Versorgungsaufträgen der entsprechenden Leistungsgruppe (LG „16.4 – Pankreaseingriffe“) einen Weg weisen.

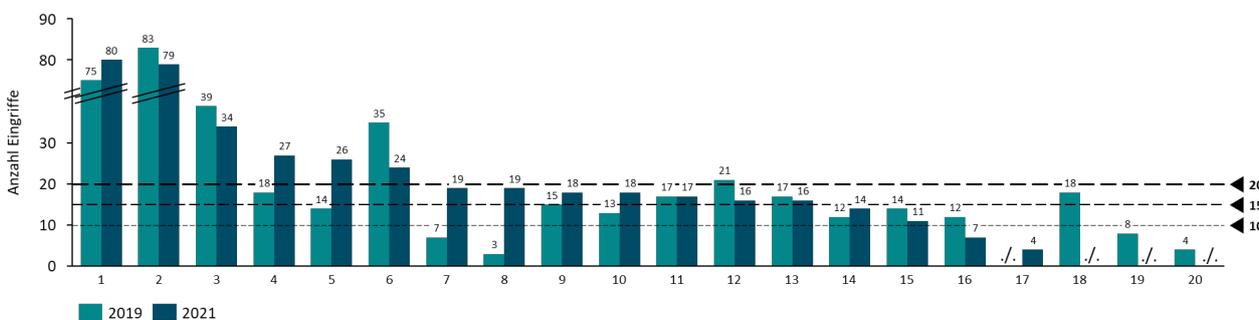


Abbildung 82: Erbrachte Fallmenge für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene in den Jahren 2019 und 2021⁴⁴⁴

Anmerkung: Die Mindestmengenregelungen gemäß G-BA⁴⁴⁵ sehen für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene bis zum Jahr 2023 eine Übergangsregelung von 10 Eingriffen pro Jahr/Standort vor. Ab dem Jahr 2024 gilt eine Übergangsregelung von 15 Eingriffen pro Jahr/Standort. Ab dem Jahr 2025 gilt eine neue Mindestmengenvorgabe von 20 Eingriffen pro Jahr/Standort.⁴⁴⁶

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Abbildung 83 zeigt die Standorte, die im Jahr 2021 komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas in Thüringen durchgeführt haben, sowie die theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Standort. Zudem ist ersichtlich, ob der Standort die vorgegebenen Mindestmengen bei komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas erreicht hat oder nicht.⁴⁴⁷

⁴⁴³ Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 und 2021.

⁴⁴⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte der Jahre 2019 und 2021.

⁴⁴⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss: Mindestmengenregelungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>, zuletzt abgerufen am 05.03.2024.

⁴⁴⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte der Jahre 2019 und 2021.

⁴⁴⁷ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte der Jahre 2019 und 2021.

Die Standorte, die im Jahr 2021 komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas in Thüringen durchgeführt haben, waren insbesondere entlang der Städtekette in der Mitte von Thüringen angesiedelt. Dementsprechend liegt die Fahrzeit zum wohnortnächsten Standort in diesen Regionen bei unter 15 Minuten. Im Osten Thüringens in den Regionen um Gera und Altenburg sowie im Westen von Thüringen rund um die Städte Eisenach, Gotha und Mühlhausen sind entsprechende Standorte in maximal 30 Minuten zu erreichen.

Insgesamt kann in den meisten Regionen Thüringens ein entsprechender Standort innerhalb von 30 bis 45 Minuten Fahrzeit erreicht werden.

Nur in wenigen und meist dünn besiedelten Regionen (zum Beispiel in den Landkreisen Wartburgkreis, Hildburghausen, Sonneberg oder im Saale-Orla-Kreis) ergeben sich für die Bevölkerung teilweise Fahrzeiten von über 45 Minuten zu einem Standort in Thüringen.

Thüringenweit konnten im Jahr 2021 rund drei Viertel der Bevölkerung (76,5 %) innerhalb von maximal 30 Minuten Fahrzeit einen Standort mit der Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene“ erreichen. Für rund 10 % der Bevölkerung (9,7 %) liegt die Fahrzeit bei 40 Minuten und länger.

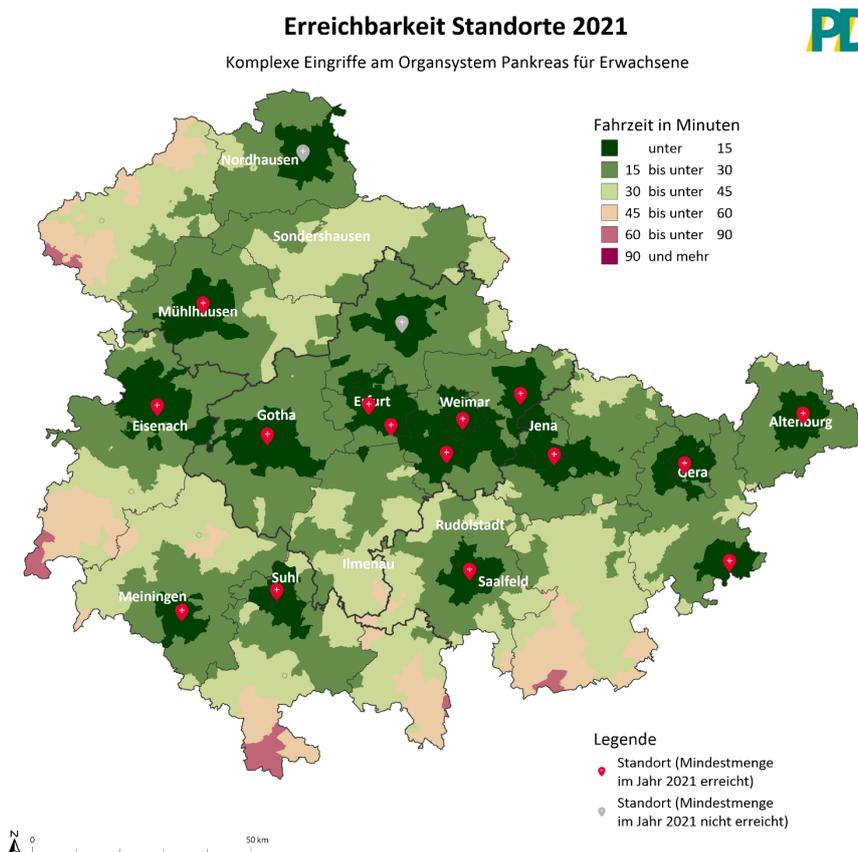


Abbildung 83: Erreichbarkeit eines Standortes für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene im Jahr 2021⁴⁴⁸

⁴⁴⁸ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte des Jahres 2021.

Bei der Analyse der Erreichbarkeit von ausschließlich den Standorten, die die vorgegebene Mindestmenge bei der Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene“ im Jahr 2021 erreicht haben, wird insbesondere die Relevanz des Standortes Nordhausen deutlich (Abbildung 84). Würde der Standort die Leistung nicht mehr anbieten, würden sich für die dortige Bevölkerung deutlich längere Fahrzeiten von 60 Minuten und mehr ergeben.

Standorte in der Mitte von Thüringen entlang der Städtekette sowie im Osten und Westen Thüringens sind weiterhin mit einer Fahrzeit von bis zu 30 Minuten erreichbar.

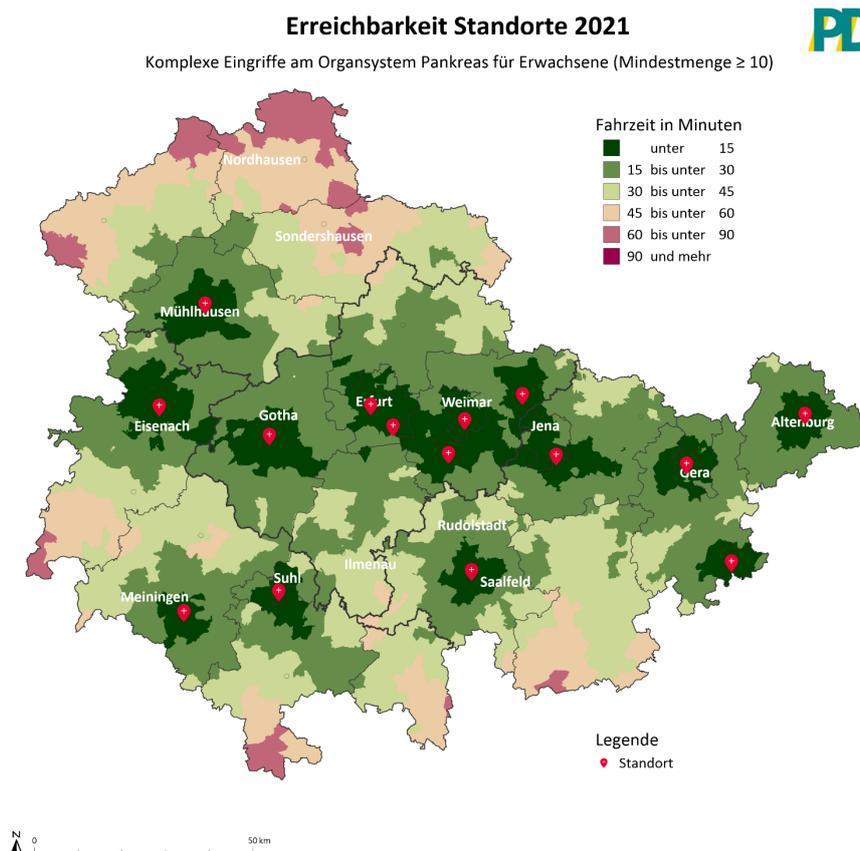


Abbildung 84: Erreichbarkeit eines Standortes für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene im Jahr 2021⁴⁴⁹

6.8.3 Versorgungsanalyse der komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Entwicklung der erbrachten Fallmenge auf Standortebene

Im Jahr 2021 wurden in Thüringen 87 komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus durchgeführt und damit 24 Eingriffe mehr als im Jahr 2019, was einem Anstieg von rund 38 % entspricht.

⁴⁴⁹ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte des Jahres 2021. Es sind ausschließlich die Standorte dargestellt, die die Mindestmengenvorgabe von zehn Eingriffen pro Jahr/Standort im Jahr 2021 erfüllt haben.

Abbildung 85 zeigt die Verteilung der Eingriffe auf der Standortebene. Die Anzahl an Standorten, die komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus durchgeführt haben, hat sich dabei von fünf Standorten im Jahr 2019 auf sechs Standorte im Jahr 2021 erhöht.⁴⁵⁰

Zudem zeigt die Analyse der Fälle auf der Standortebene, dass auch die Anzahl der durchgeführten komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus stark variiert. Ein Standort hat im Jahr 2021 30 komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus durchgeführt und drei Standorte bis zu 20 Eingriffe.

Zwei weitere Standorte haben im Jahr 2021 weniger als fünfmal die Eingriffe durchgeführt und damit die derzeit geltende Mindestmenge von zehn Eingriffen jährlich nicht erreicht. Die Anzahl der Standorte, die die Mindestmenge von zehn Eingriffen jährlich erfüllen, blieb dabei seit 2019 ungefähr konstant bei vier Standorten.

Seit dem Jahr 2023 gilt eine neue Mindestmengenvorgabe von 26 Eingriffen pro Jahr/Standort. Diese Mindestmengenvorgabe hätte im Jahr 2021 nur ein Standort erfüllt.⁴⁵¹

Auf Basis der im Jahr 2021 erbrachten Leistungsmenge könnten in Thüringen maximal drei Standorte die aktuellen Mindestmengenvorgaben erfüllen.

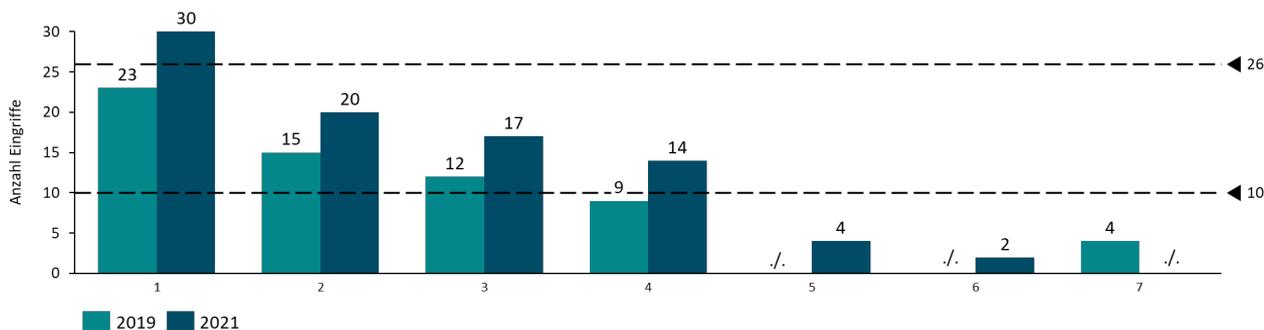


Abbildung 85: Erbrachte Fallmenge für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene in den Jahren 2019 und 2021⁴⁵²

Anmerkung: Die Mindestmengenregelungen gemäß G-BA sehen für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene bis zum Jahr 2022 eine Übergangsregelung von 10 Eingriffen pro Jahr/Standort vor. Ab dem Jahr 2023 gilt eine neue Mindestmengenvorgabe von 26 Eingriffen pro Jahr/Standort.⁴⁵³

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Abbildung 86 zeigt die Standorte, die im Jahr 2021 komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus in Thüringen durchgeführt haben, sowie die theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Standort. Zudem ist ersichtlich, ob der Standort die vorgegebenen Mindestmengen bei komplexen Eingriffen am Organsystem Ösophagus erreicht hat oder nicht.⁴⁵⁴

⁴⁵⁰ Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 und 2021.

⁴⁵¹ Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 und 2021.

⁴⁵² Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte der Jahre 2019 und 2021.

⁴⁵³ Gemeinsamer Bundesausschuss: Mindestmengenregelungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>, zuletzt abgerufen am 05.03.2024.

⁴⁵⁴ Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 und 2021.

Die Standorte, die im Jahr 2021 komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus in Thüringen durchgeführt haben, sind insbesondere entlang der Städtekette in der Mitte von Thüringen angesiedelt. Dementsprechend liegt die Fahrzeit in diesen Regionen für die Bevölkerung zum nächsten Standort bei unter 30 Minuten. Auch in den Regionen um die Städte Gera, Eisenach und Nordhausen sind entsprechende Standorte in maximal 30 Minuten zu erreichen.

In den anderen Regionen Thüringens kann ein entsprechender Standort allerdings nur mit einer Fahrzeit von über 30 Minuten erreicht werden.

Insbesondere im Süden und Südwesten von Thüringen (zum Beispiel in den Landkreisen Wartburgkreis, Hildburghausen, Sonneberg oder im Saale-Orla-Kreis) ergeben sich für die Bevölkerung teilweise Fahrzeiten von über 45 Minuten, teilweise sogar mehr als 90 Minuten.

Thüringenweit konnte im Jahr 2021 etwas weniger als die Hälfte der Bevölkerung (46,4 %) innerhalb von maximal 30 Minuten Fahrzeit einen Standort mit der Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene“ erreichen. Für rund ein Viertel der Bevölkerung (25,4 %) liegt die Fahrzeit bei 40 Minuten und länger.

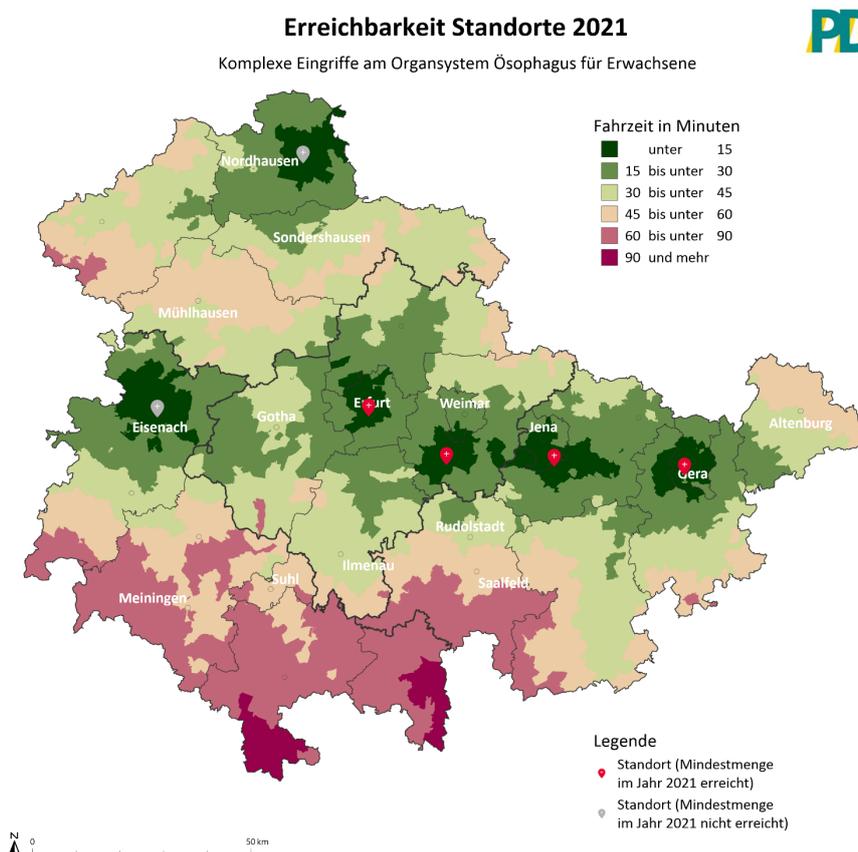


Abbildung 86: Erreichbarkeit eines Standortes für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene im Jahr 2021⁴⁵⁵

Bei der Analyse der Erreichbarkeit von ausschließlich den Standorten, die die vorgegebene Mindestmenge bei der Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene“ im Jahr 2021 erreicht

⁴⁵⁵ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte des Jahres 2021.

haben, zeigt sich demgegenüber eine deutliche Veränderung bei der Erreichbarkeit des wohnortnächsten Standortes insbesondere in den Planungsregionen Südwest- und Nordthüringen (Abbildung 87). In den Regionen angrenzend zu Niedersachsen, Hessen und Bayern verlängert sich die Fahrzeit teilweise auf über 90 Minuten. In der Mitte von Thüringen entlang der Städtekette sowie im Osten Thüringens um die Stadt Gera herum liegt die Fahrzeit zum wohnortnächsten Standort weiterhin bei unter 30 Minuten.

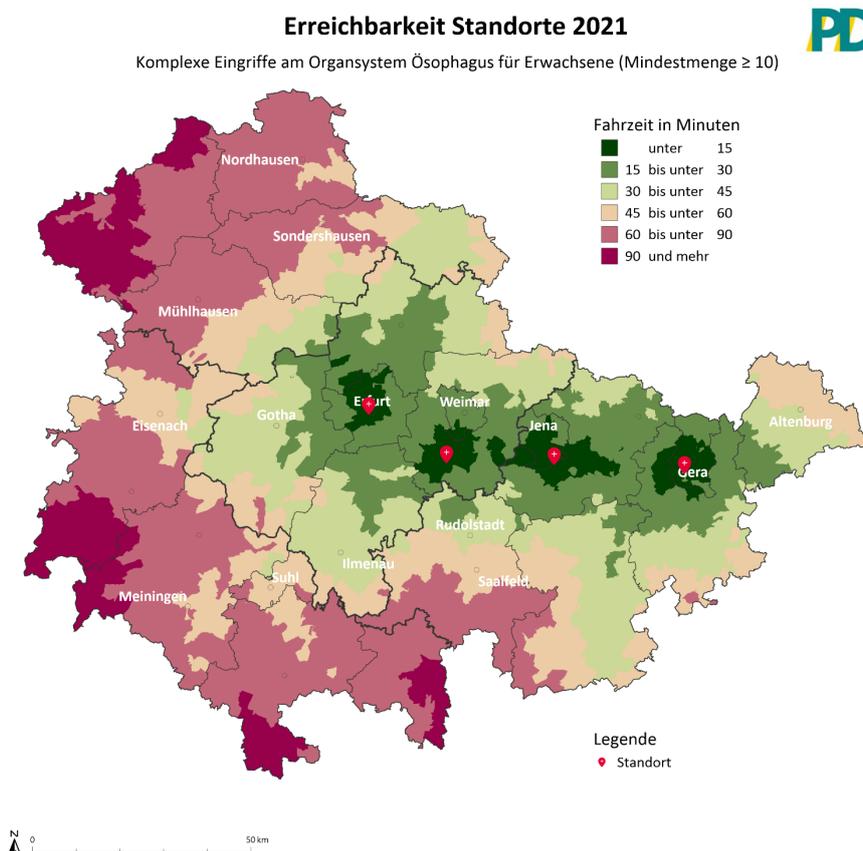


Abbildung 87: Erreichbarkeit eines Standortes für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene im Jahr 2021⁴⁵⁶

6.8.4 Zusammenfassung und Empfehlung

Alle Leistungen, die mit einer Mindestmenge gemäß der Richtlinie des G-BA belegt sind, wurden im Jahr 2021 im Freistaat erbracht. Die Leistungen Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) und Nierentransplantation (inklusive Lebendspende) wurden dabei jeweils nur von einem Standort in Thüringen übernommen.⁴⁵⁷ Die Leistung Stammzelltransplantation konnten zwei Krankenhäusern in Thüringen erbringen. Drei Standorte versorgten Früh- und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 g.

⁴⁵⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte des Jahres 2021. Es sind ausschließlich die Standorte dargestellt, die die Mindestmengenvorgabe von zehn Eingriffen pro Jahr/Standort im Jahr 2021 erfüllt haben.

⁴⁵⁷ Die Leistungen wurden vom Universitätsklinikum Jena mit folgender Leistungsmenge im Jahr 2021 erbracht: Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) 68 Eingriffe und Nierentransplantation (inklusive Lebendspende) 47 Eingriffe. Eigene Analyse auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der jeweiligen Standorte in den Jahren 2019 bis 2021.

Besonders viele Standorte (30) haben Leistungen aus dem Bereich Knie-TEPs erbracht. Alle bis auf einen Standort erreichten im Jahr 2021 die erforderliche Mindestmenge von 50 Eingriffen. Jedoch ist es auffällig, dass in den betrachteten Jahren eine signifikante Anzahl der Standorte die Mindestmenge nur knapp übertroffen hat. Die Anzahl der Standorte, die die Mindestvorgaben nur knapp erfüllen, hat insbesondere seit 2019 deutlich zugenommen. Sollte es in den nächsten Jahren zu einer Erhöhung der Mindestmenge kommen und gleichzeitig die Gesamtfallzahl konstant bleiben, ist zu erwarten, dass es zu einem deutlichen Konzentrationsprozess kommt.

Mit den aktuellen Standorten ist eine zeitnahe Erreichbarkeit im Freistaat insbesondere für die Leistungserbringung der Knie-TEPs gewährleistet. So konnte im Jahr 2021 in den meisten Teilen Thüringens ein Standort, der Leistungen aus dem Bereich Kniegelenk-TEP erbracht hat, innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden. Ob für eine solche – oft planbare Behandlung – dieses Erreichbarkeitsniveau allerdings flächendeckend notwendig ist, kann im Rahmen des Gutachtens nicht bewertet werden.

Rund 430 komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas wurden von 17 Standorten im Jahr 2021 thüringenweit erbracht. Die Standorte, die im Jahr 2021 die entsprechenden Eingriffe durchgeführt haben, sind insbesondere entlang der Städtekette in der Mitte von Thüringen angesiedelt. Die Erreichbarkeit des wohnortnächsten Standortes liegt in dieser Region bei unter 15 Minuten.

Auch im Osten Thüringens in den Regionen um Gera und Altenburg sowie im Westen von Thüringen rund um die Städte Eisenach, Gotha und Mühlhausen sind entsprechende Standorte in maximal 30 Minuten zu erreichen.

Es ist zu erwarten, dass die seit 2024 geltende neue Mindestmengenvorgabe von 20 Eingriffen im Jahr zukünftig nicht mehr von allen Leistungserbringenden erfüllt werden kann. Dies wird voraussichtlich zu einem aus Qualitätsgründen wünschenswerten Konzentrationsprozess führen, sodass in Zukunft weniger Standorte diese Leistung erbringen werden.

Insgesamt haben sechs Standorte im Jahr 2021 komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus durchgeführt. Die seit 2023 geltende Mindestmengenvorgabe von 26 Eingriffen pro Jahr/Standort hätte zu dem Zeitpunkt nur ein Standort erfüllt. Auf Basis der im Jahr 2021 erbrachten Leistungsmenge von 87 Eingriffen hätten nur maximal drei Standorte die Mindestmengenvorgabe erfüllen können.

Die Planungsbehörde kann zukünftig durch die Vergabe von Versorgungsaufträgen für die mit Mindestmengen belegten Leistungen eine flächendeckende Erreichbarkeit und eine sachgerechte Leistungskonzentration fördern, indem sie bestimmten Standorten die entsprechenden Leistungsgruppen zuweist (zum Beispiel für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus die LG „16.3 – Ösophaguseingriffe“, für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas die LG „16.4 – Pankreaseingriffe“ oder für die Leistung Knie-TEP die LG „14.2 – Endoprothetik Knie“). Die verschiedenen Leistungen weisen dabei eine unterschiedliche Komplexität und Häufigkeit auf, was zu entsprechend unterschiedlichen Bewertungen für eine angemessene Erreichbarkeit führt.

Die im vorliegenden Abschnitt beschriebenen Leistungen sind größtenteils planbar und stellen im Grundsatz keine Notfallbehandlungen dar. Zudem besteht eine eindeutige Evidenz für die klare Verbesserung des Behandlungsergebnisses bei steigenden Fallzahlen.⁴⁵⁸ Demnach sollte bei der Abwägung zwischen Erreichbarkeit und Spezialisierung je nach Art der Leistung ein stärkeres Gewicht auf die Konzentration der Fälle

⁴⁵⁸ Augurzky, B., Decker, S., Mensen, A., & Reif, S. (2020). BARMER Krankenhausreport 2020.

in spezialisierten Einrichtungen gelegt werden, als auf eine flächendeckende Verfügbarkeit in Wohnortnähe.

7 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 not-

wendig – 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 KHVG⁴⁵⁹, dass der Übergang in andere Versorgungsbereiche unter Nutzung einrichtungsübergreifend betriebener informationstechnischer Systeme ermöglicht werden soll. Die Koordinierungsfunktion sollte hierbei den Ankerkrankenhäusern zukommen. Bereits aktuell existieren entsprechende Beispiele, wie das von dem Universitätsklinikum Jena koordinierte Schlaganfallzentrum oder die Unterstützung der Intensivtherapien. Die Gutachtenden empfehlen weitere Themen, die für eine übergreifende Koordinierung geeignet sind, zu identifizieren und entsprechende Koordinationsaufgaben explizit zuzuweisen.

Empfehlung 6: Stärkere Nutzung aller Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung und Nutzung neuer Technologien

In Zukunft wird es aufgrund der im vorliegenden Gutachten beschriebenen Herausforderungen nicht möglich sein, sämtliche stationäre Gesundheitsleistungen in ihrem aktuellen Umfang auch weiterhin bereitzu-

⁴⁵⁹ Stand 13.03.2024.

stellen. Die Identifizierung von Effizienzpotenzialen durch eine sektoren- und standortübergreifende Zusammenarbeit 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 Behandlungsmethoden.

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 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), als Vertragsärzte arbeiten oder in Form eines Rotationssystems (beispielsweise im Rahmen einer fachärztlichen Ausbildung) für ein Jahr verpflichtend dorthin wechseln. Darüber 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 werden, um Ressourcen einzubinden, die nicht lokal verfügbar sind, beispielsweise indem eine Gemeindschwester 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 Bettenkapazität auf Landesebene zu verringern als auch gleichzeitig den Auf- und Ausbau von Behandlungsmöglichkeiten in bestimmten Versorgungsbereichen voranzutreiben.

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

