



7. Thüringer Krankenhausplan



7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017 – 2022

Überarbeitete Fassung, Stand Januar 2020

1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	1
1.1	Rechtliche Grundlagen.....	4
1.2	Bundesrecht.....	4
1.3	Landesrecht	4
2	Bevölkerungsentwicklung.....	4
2.1	Bevölkerungsentwicklung 2010 – 2015	4
2.1.1	Bevölkerungsentwicklung 2010 – 2015 nach Kreisen*	4
2.1.2	Bevölkerungsentwicklung 2010 – 2015 nach Altersgruppen	5
2.2	Erwartete Bevölkerungsentwicklung 2016 – 2022 nach Altersgruppen	6
3	Grundsätze der Krankenhausplanung	7
3.1	Allgemeines und bisherige Entwicklung	7
3.1.1	Gutachten	8
3.1.2	Ziele der Krankenhausplanung	8
3.1.3	Planungsverfahren.....	9
3.2	Planungsgrundsätze.....	9
3.2.1	Allgemeine Planungsgrundsätze.....	9
3.2.2	Planungsregionen und Pflichtversorgungsgebiete	9
3.2.3	Standorte	10
3.2.4	Fächerspektrum und planungsrelevante Disziplinen	10
3.2.5	Versorgungsauftrag	10
3.2.6	Normauslastung/Sollnutzungsgrade	12
3.2.7	Prognose	13
4	Strukturvorgaben.....	18
5	Fächerbezogene Ausführungen und Qualitätsvorgaben.....	19
5.1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	19
5.2	Geriatric.....	19
5.3	Intensivmedizin.....	20

5.4	Kinderchirurgie	20
5.5	Kinder- und Jugendmedizin	21
5.6	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	21
5.7	Neurochirurgie.....	21
5.8	Neurologie	21
5.9	Psychiatrie und Psychotherapie.....	22
5.10	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	22
5.11	Urologie	23
6	Spezielle Versorgungsaufgaben.....	23
6.1	Zentren.....	23
6.2	Neurologische Frührehabilitation nach Phase B.....	24
6.3	Demenz und Delir	24
6.4	Palliativmedizin.....	25
6.5	Tumorzentren nach dem Thüringer Krebsregistergesetz.....	27
7	Versorgungsangebote.....	27
8	Telemedizin.....	28
9	Ausbildungsstätten	29
10	Vertragskrankenhäuser	29
11	Notfall- und Katastrophenplan	29
11.1	Patientenversorgung bei größeren Notfallereignissen	30
11.2	Patientenversorgung im Katastrophenfall sowie bei Epidemien oder Pandemien.....	30
11.3	Rettungsdienst.....	30
12	Tabellenteil	31
12.1	Zuordnung der Krankenhäuser zu den Planungsregionen	32
12.2	Pflichtversorgungsgebiete	33
12.2.1	Psychiatrie und Psychotherapie.....	33
12.2.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	34
12.3	Ausbildungsstätten	35
12.4	Übersicht Versorgungsstufen Schlaganfallbehandlung.....	36
12.5	Notfall- und Katastrophenkapazitäten der Thüringer Krankenhäuser	37
13	Datenblätter der Krankenhäuser	39
13.1	Allgemeines.....	39
13.2	Datenblätter (Alphabetisch nach Orten)	39
14	Anlage	83
	Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Thüringen	83

Abbildungen

Abbildung 1 Bevölkerungsentwicklung zwischen 2010 und 2015 nach Altersgruppen6
Abbildung 2 Bevölkerungsentwicklung zwischen 2016 und 2022 nach Altersgruppen7

Tabellen

Tabelle 1 Bevölkerung in Thüringen 2015 nach Kreisen5
Tabelle 2 Normauslastung der planungsrelevanten Gebiete.....13
Tabelle 3 Veränderungsfaktoren für die Prognose15
Tabelle 4 Gesamtplanbettenzahlen nach Prognose.....16
Tabelle 5 Veränderungsfaktoren für die Prognose für die Nachplanung 201817
Tabelle 6 Gesamtplanbettenzahlen nach Prognose für die Nachplanung 2018.....18
Tabelle 7 Verteilung der psychosomatischen Planbetten auf die Planungsregionen.....22
Tabelle 8 Palliativmedizinische Angebote an Thüringer Krankenhäusern27

1.1 Rechtliche Grundlagen

1.2 Bundesrecht

§ 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung vom 10.04.1991 (BGBl. I 1991, S. 886), zuletzt geändert durch Gesetz vom 10.12.2015 (BGBl. I S. 2229), bestimmt als Ziel des Gesetzes die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. In § 6 ist geregelt, dass die Länder zur Verwirklichung dieser Ziele u.a. Krankenhauspläne aufstellen.

1.3 Landesrecht

Das Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG) in der Fassung vom 30.04.2003 (GVBl. 2003, S. 262), zuletzt geändert durch Artikel 31 des Gesetzes vom 06. 06. 2018 (GVBl. S. 4229) verpflichtet in § 4 Abs. 1 das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium, einen Krankenhausplan für das Landesgebiet aufzustellen. Der Krankenhausplan wird spätestens nach 6 Jahren fortgeschrieben (§ 4 Abs. 2 Satz 8) und nach Abs. 7 werden die Festlegungen zweijährlich überprüft. Die inhaltlichen Anforderungen werden in nicht abschließender Form in Abs. 2 umschrieben.

Zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Krankenhausplanes durch das Kabinett hat die Landesregierung von der Verordnungsermächtigung in Abs. 3 Gebrauch gemacht. Die Festlegungen des Planes sind auf die Regelungen der Verordnung abgestimmt.

2 Bevölkerungsentwicklung

2.1 Bevölkerungsentwicklung 2010 – 2015

Die Altersstruktur sowie die Verteilung der Bevölkerung innerhalb Thüringens stellen wichtige Ausgangspunkte dar, um den zukünftigen stationären Versorgungsbedarf zu planen. Dazu wird zuerst ein Blick auf die bisherige Bevölkerungsentwicklung geworfen, um dann die zukünftige Entwicklung auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung zu beschreiben. Hierzu werden die Veröffentlichungen des Thüringer Landesamtes für Statistik herangezogen.

Im Jahr 2015 lebten in den 23 Thüringer Landkreisen und kreisfreien Städten 2.170.714 Menschen; das sind rund 64.000 Personen (2,96 %) weniger als im Jahr 2010 (2.235.025).

Dieser Bevölkerungsrückgang ist auf ein niedriges Geburtenniveau zurückzuführen. Der Geburtensaldo (Saldo aus Lebendgeborenen und Verstorbenen) war zwischen den Jahren 2010 und 2015 negativ. Es verstarben 58.753 Menschen mehr als Lebendgeburten registriert wurden. Inwieweit sich durch die Integration von Flüchtlingen und Asylsuchenden eine Veränderung in der Bevölkerungsstruktur ergibt, die Auswirkungen auf die Krankenhausplanung hat, wird während der Planlaufzeit regelmäßig überprüft.

2.1.1 Bevölkerungsentwicklung 2010 – 2015 nach Kreisen*

Von den rund 2,17 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern Thüringens lebten im Jahre 2015 knapp ein Viertel in den sechs kreisfreien Städten des Landes, wobei die meisten Menschen (210.118) in der Landeshauptstadt lebten. Die restlichen drei Viertel der Bevölkerung verteilten sich relativ gleichmäßig auf die 17 Landkreise.

* einschließlich Korrektur des Bevölkerungsstandes durch den Zensus 2011

Tabelle 1 Bevölkerung in Thüringen 2015 nach Kreisen

Kreistyp	Kreise/Städte	Bevölkerung	Anteil an Gesamtbevölkerung	
Stadtkreise	Stadt Erfurt	210.118	10%	
	Stadt Gera	96.011	4%	
	Stadt Jena	109.527	5%	
	Stadt Suhl	36.778	2%	
	Stadt Weimar	64.131	3%	
	Stadt Eisenach	42.417	2%	
	Landkreise	Eichsfeld	101.325	5%
Nordhausen		85.355	4%	
Wartburgkreis		125.655	6%	
Unstrut-Hainich-Kreis		105.273	5%	
Kyffhäuserkreis		77.110	4%	
Schmalkalden-Meiningen		124.623	6%	
Gotha		136.831	6%	
Sömmerda		70.600	3%	
Hildburghausen		64.524	3%	
Ilm-Kreis		109.620	5%	
Weimarer Land		82.127	4%	
Sonneberg		56.818	3%	
Saalfeld-Rudolstadt		109.278	5%	
Saale-Holzland-Kreis		86.184	4%	
Saale-Orla-Kreis		82.951	4%	
Greiz		101.114	5%	
Altenburger Land		92.344	4%	
Land		Thüringen	2.170.714	100%

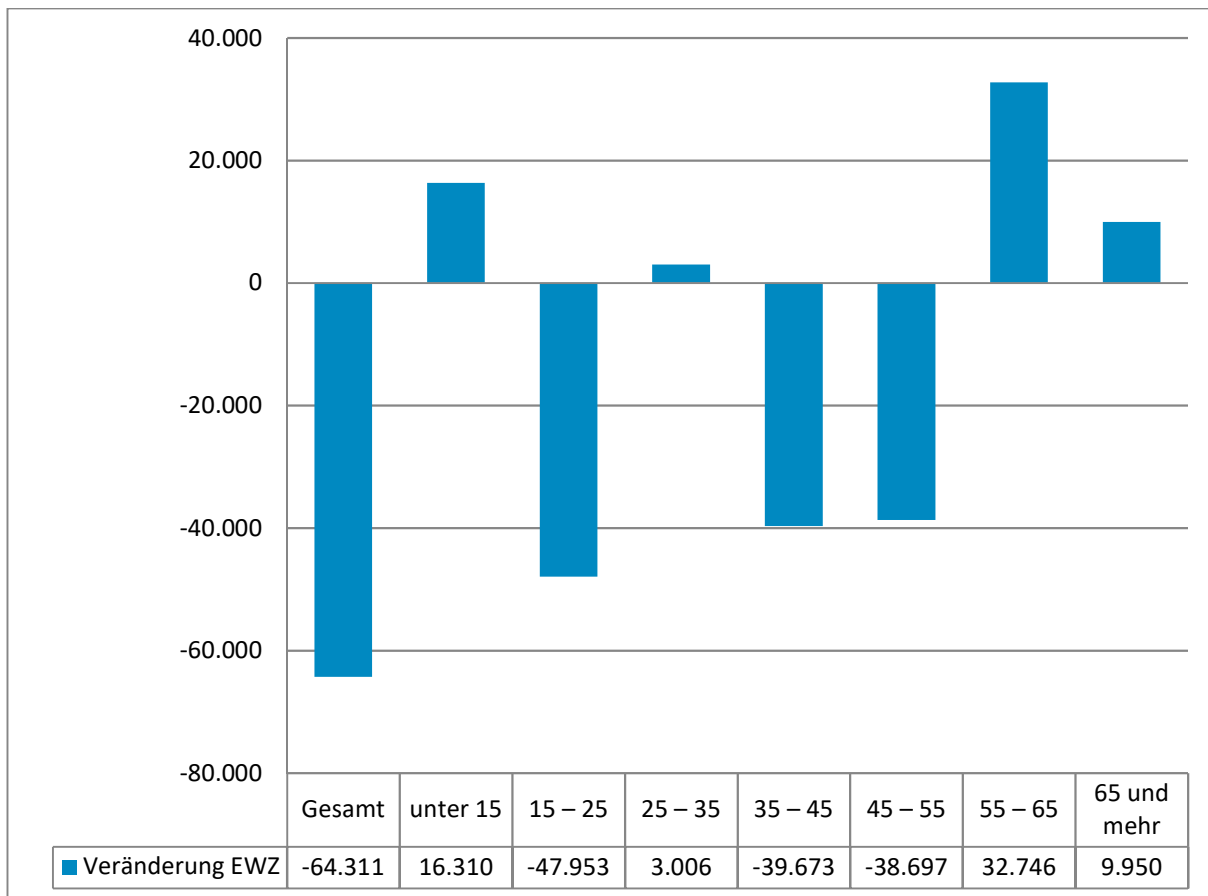
Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

2.1.2 Bevölkerungsentwicklung 2010 – 2015 nach Altersgruppen

Während die Altersgruppen der 55-Jährigen und Älteren insgesamt teils kräftige Zuwächse zu verzeichnen hatten, gab es bei den meisten Altersgruppen der unter 55-Jährigen abnehmende Besetzungen (Abbildung 1).

Insbesondere gibt es seit Jahren ein stetiges Wachstum in der Altersgruppe der Hochbetagten (85 Jahre oder älter).

Abbildung 1 Bevölkerungsentwicklung zwischen 2010 und 2015 nach Altersgruppen



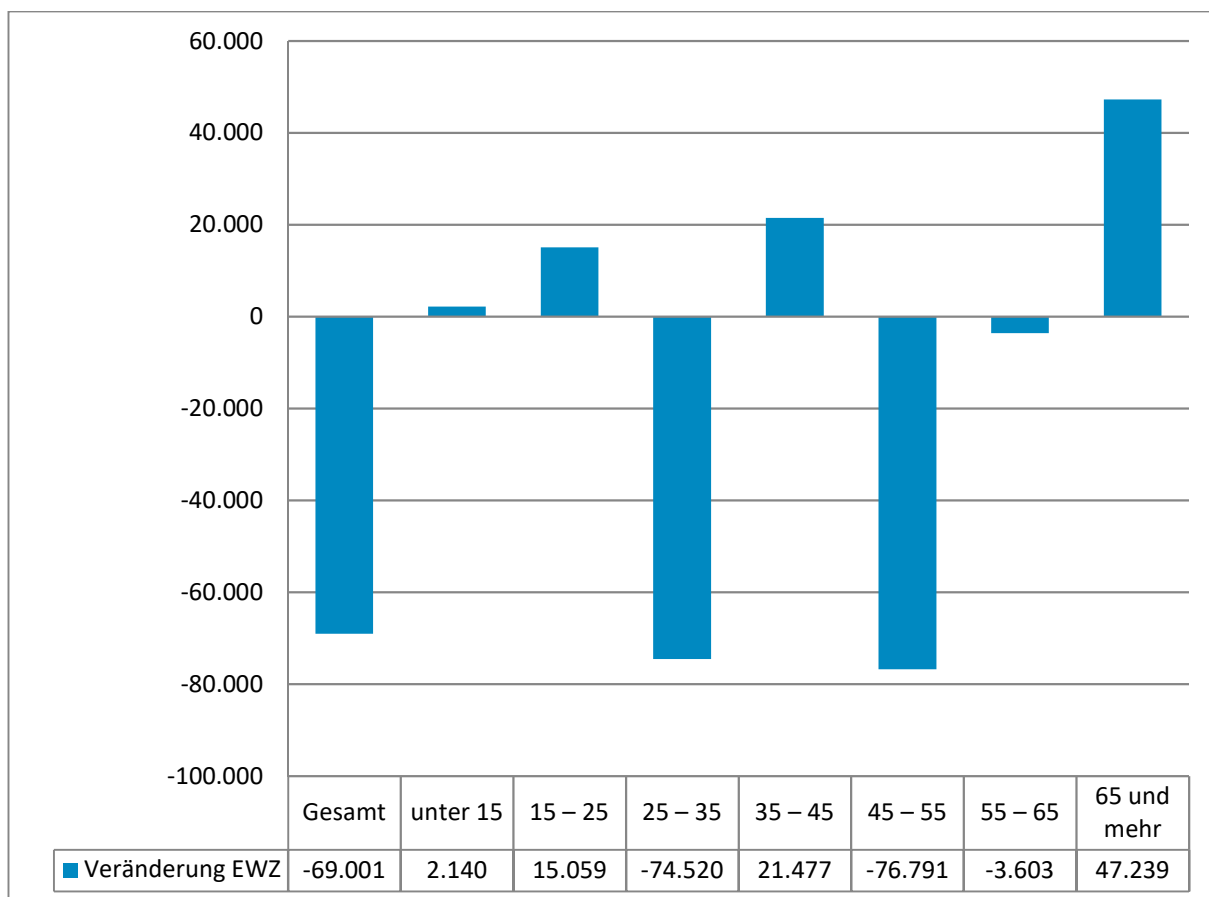
Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

2.2 Erwartete Bevölkerungsentwicklung 2016 – 2022 nach Altersgruppen

Gemäß der 1. regionalen Bevölkerungsvorausberechnung (rBv) des Thüringer Landesamts für Statistik wird die Bevölkerung in Thüringen von 2.134.597 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2016 um 69.001 auf 2.065.596 Personen im Jahr 2022 zurückgehen. Die Darstellung der Bevölkerungsentwicklung von 2016 bis 2022 beschränkt sich auf die Entwicklung nach Altersgruppen.

Die Altersklassen der 65-Jährigen und Älteren werden im Jahr 2022 deutlich stärker besetzt sein als 2016. Hingegen werden in den Klassen der 25- bis 55-Jährigen teils erheblich weniger Menschen in Thüringen leben. Infolgedessen kommt es zu einer Verschiebung zwischen den Altersgruppen im Erwerbsalter und denjenigen im Ruhestand.

Abbildung 2 Bevölkerungsentwicklung zwischen 2016 und 2022 nach Altersgruppen



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

3 Grundsätze der Krankenhausplanung

3.1 Allgemeines und bisherige Entwicklung

Zur Sicherstellung einer notwendigen patientengerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern sowie zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Krankenhaus in gesicherter Qualität stellt das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie einen Krankenhausplan auf. Durch die Novellierung des Thüringer Krankenhausgesetzes im Jahr 2014 wird die bisherige Geltungsdauer der Krankenhauspläne von fünf auf sechs Jahre verlängert, zugleich wird die Planungsbehörde zu einer zweijährlichen Nachplanung verpflichtet. In Umsetzung des nunmehr geltenden Rechts wurde im Jahr 2015 die Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes um ein Jahr verlängert und gleichzeitig eine erste Nachplanung auf Basis der Leistungsdaten des Jahres 2014 vorgenommen. Die Nachplanung beschränkte sich im Wesentlichen darauf, die tatsächliche Inanspruchnahme mit den jeweils festgestellten Planbetten zu überprüfen und die Kapazitäten entsprechend anzupassen. Strukturelle Änderungen wurden auf den 7. Thüringer Krankenhausplan verschoben. Während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes stellten zahlreiche Krankenhäuser Anträge auf Ausweisung neuer Versorgungsaufträge, insbesondere für den Bereich der Geriatrie.

Zum ersten Mal wird der Krankenhausplan entsprechend der gesetzlichen Regelung in § 4 Abs. 2 Satz 4 Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG) Qualitätsvorgaben enthalten. Die Landesregierung hat zeitgleich mit dem 7. Thüringer Krankenhausplan die Rechtsverordnung nach § 4 Abs. 3 Satz 1 ThürKHG verabschiedet. Voraussetzung

für die Erteilung von Versorgungsaufträgen ist daher die Erfüllung der Vorgaben der Rechtsverordnung. Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan sind Sollvorgaben zur weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten. Wird eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren Krankenhasträgern erforderlich, so richtet sie sich auch danach, in welchem Umfang die konkurrierenden Antragsteller den Sollvorgaben des Krankenhausplanes nachkommen. Im Übrigen richtet sich die Auswahlentscheidung nach den Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit sowie der Sicherstellung einer möglichst flächendeckenden Versorgung.

Die Krankenhausplanung hat die spezifischen Belange der Hochschulmedizin zu berücksichtigen. Das Universitätsklinikum Jena untersteht dem Geschäftsbereich des Thüringer Ministeriums für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft, das seine diesbezüglichen Planungen mit dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie entsprechend der geltenden Rechtslage abstimmt, da das Universitätsklinikum Jena neben seinen Aufgaben in Lehre und Forschung in erheblichem Umfang an der medizinischen Versorgung der Thüringer Bevölkerung teilnimmt. Das Universitätsklinikum Jena wird im 7. Thüringer Krankenhausplan nachrichtlich ausgewiesen.

3.1.1 Gutachten

Zur Vorbereitung der Aufstellung des 7. Thüringer Krankenhausplanes hat die Planungsbehörde das IGES-Institut Berlin 2014 mit der Erarbeitung eines Gutachtens beauftragt. Der Gutachtenauftrag umfasste im Wesentlichen folgende Aspekte:

- Prognose der versorgungsnotwendigen Kapazitäten bis zum Jahr 2021 unter Berücksichtigung der Leistungs- und Bedarfsentwicklung, des medizinischen Fortschritts sowie sich ändernder medizinischer Versorgungsstrukturen für die von der Planung umfassten Fächer der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen
- Sondergutachten zur Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgungsstrukturen
- Sonderfragen der Krankenhausplanung, insbesondere zu möglichen Qualitätsindikatoren.

Das Gutachten wurde im Krankenhausplanungsausschuss vorgestellt und dort beraten.

Da bei Erteilung des Gutachtenauftrages weder die Verlängerung der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes bis zum 31. Dezember 2016 noch die Trennung der Beplanung der Weiterbildungsgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie absehbar waren, konnte das Gutachten nicht mehr als alleinige Grundlage für den 7. Thüringer Krankenhausplan dienen. Ergänzend wurden daher eigene Auswertungen der Planungsbehörde, z. B. zur Entwicklung der Bevölkerungsprognose erarbeitet, die in den Planungsprozess einbezogen wurden. Weitere Erläuterungen hierzu werden, soweit erforderlich, bei späteren Gliederungspunkten erfolgen.

3.1.2 Ziele der Krankenhausplanung

Ziel der Krankenhausplanung ist die Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit den notwendigen stationären und teilstationären medizinischen Leistungsangeboten in gesicherter Qualität. Dabei hat der neue Krankenhausplan stärker als die vorherigen Krankenhauspläne die Sicherstellung der gesamten Versorgung insbesondere in den ländlichen Räumen des Landes zu berücksichtigen. Es ist zu erwarten, dass Krankenhäuser in verstärktem Maß sektorenübergreifend arbeiten werden. Die Trennung der medizinischen Versorgung durch die bundesgesetzlichen Vorgaben in den ambulanten und in den stationären Bereich zieht der Krankenhausplanung hier Grenzen. Dennoch sind sich die am Planungsprozess beteiligten Institutionen einig, dass Krankenhäuser, die sich diesen Aufgaben stellen, Unterstützung verdienen.

3.1.3 Planungsverfahren

Zur Erarbeitung des 7. Thüringer Krankenhausplanes berief der Krankenhausplanungsausschuss Arbeitsgruppen (Begleitgruppen) zu den Themen der geriatrischen und palliativen sowie der Versorgung von Schlaganfällen und der Gestaltung des neu in die Krankenhausplanung aufgenommenen Versorgungsauftrages für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ein.

Aufgabe der Begleitgruppen war die fachliche Diskussion des jeweiligen Themas unter Einbeziehung sowohl der stimmberechtigten Mitglieder des Krankenhausplanungsausschusses als auch externer Sachverständiger, die von den jeweiligen Fachgesellschaften und der Landesärztekammer benannt wurden. Die Begleitgruppen tagten unterschiedlich oft, das Spektrum reichte von einem Treffen der Begleitgruppe Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bis zu sieben Sitzungen der Begleitgruppe Geriatrie. Weiterhin hat die Planungsbehörde zahlreiche Gespräche mit Krankenhausträgern und Vertreterinnen und Vertretern von Fachgesellschaften geführt.

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

Um der Komplexität der Inhalte in der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung hinreichend Rechnung zu tragen, beabsichtigt die Landesregierung während der Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplans einen Geriatrie- sowie einen Hospiz- und Palliativplan zu erarbeiten.

3.2 Planungsgrundsätze

3.2.1 Allgemeine Planungsgrundsätze

Mit dem 7. Thüringer Krankenhausplan soll die patientenfreundliche und bürgernahe stationäre Versorgung im Land aufrechterhalten und weiter verbessert werden. Der Krankenhausplan schließt Möglichkeiten der Vernetzung zwischen den stationären und ambulanten Akteuren der Gesundheitsversorgung nicht aus und möchte einer nachhaltigen Entwicklung Rechnung tragen. Den Bürgerinnen und Bürgern soll eine verlässliche Basis für ihre Entscheidungen zur Inanspruchnahme einer stationären oder teilstationären Versorgung geboten werden, den Krankenhäusern eine solide Basis für ihre weitere Entwicklung.

3.2.2 Planungsregionen und Pflichtversorgungsgebiete

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

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

Da für Thüringen eine Gebietsreform geplant ist, deren Ergebnis zum Zeitpunkt der Verabschiedung des 7. Thüringer Krankenhausplanes noch nicht feststeht, werden die Planungsregionen nicht nach Gebietskörperschaften umschrieben, sondern die einzelnen Krankenhäuser mit ihren Standorten werden den jeweiligen Planungsregionen zugeordnet. Die bisherige Zuordnung wird beibehalten.

Sofern sich während der Planlaufzeit Veränderungen bei den Standorten ergeben, werden sie aufgrund ihrer geografischen Zugehörigkeit einer Planungsregion zugeordnet. Sollte hier kein Einvernehmen erzielt werden,

stimmt sich das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium mit dem für Raum- und Landesplanung zuständigen Ministerium über die Zuordnung ab.

Über eine Veränderung der Planungsregionen und Anpassung an die Ergebnisse der Gebietsreform wird, sofern sich hierfür ein Bedarf ergeben sollte, während der Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplanes entschieden.

Zuordnung der Krankenhäuser zu den Planungsregionen: siehe Tabelle 12.1

Die bisherigen Pflichtversorgungsgebiete in der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bleiben zunächst unberührt. Auch hier kann im Zuge der Gebietsreform bei Bedarf eine Anpassung erfolgen. Die Pflichtversorgungsgebiete sind anzupassen, wenn neue Anbieter in den Fächern Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hinzutreten. Jede Einrichtung mit einem Versorgungsauftrag für eines oder mehrere der psychiatrischen Fächer ist verpflichtet, Patientinnen und Patienten bei einer zwangsweisen Zuführung aus medizinischen Gründen aufzunehmen und zu versorgen. Pflichtversorgungsgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: siehe Tabelle 12.2

3.2.3 Standorte

Entsprechend der Vorgabe in § 4 Abs. 2 Satz 1 ThürKHG werden die Standorte der Krankenhäuser verbindlich im Krankenhausplan ausgewiesen. Die Fachgebiete werden den Standorten verbindlich zugewiesen. Dadurch wird weiterhin eine wohnortnahe flächendeckende Versorgung sichergestellt.

Die Planungsaussage zum Standort erfolgt insbesondere auch bei den in den psychiatrischen Disziplinen in den Krankenhausplan aufgenommenen externen Tageskliniken unter der Zielstellung, wohnortnahe Versorgungsangebote in sonst unzureichend oder sehr wohnortfern versorgten Gebieten aufzubauen bzw. vorzuhalten. Die hierfür ausgewiesenen Kapazitäten tagesklinischer Plätze sind festgeschrieben.

Diese Grundsätze gelten auch, wenn während der Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplanes für weitere Fachgebiete externe Tageskliniken etabliert werden.

3.2.4 Fächerspektrum und planungsrelevante Disziplinen

Der 7. Thüringer Krankenhausplan orientiert sich bezüglich der im Krankenhausplan ausgewiesenen Fächer an der geltenden Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen. Dabei wird das bisherige Fächerspektrum beibehalten. Hinzu kommt, neben der während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes vorgenommenen getrennten Ausweisung der Fächer Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie, für den 7. Thüringer Krankenhausplan die eigenständige Ausweisung des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Aus dem Bereich der Zusatzweiterbildungen werden die Geriatrie und die Intensivmedizin explizit als Fachabteilungen im Krankenhausplan ausgewiesen.

3.2.5 Versorgungsauftrag

Aus dem Auftrag aus § 4 Abs. 2 Satz 1 ThürKHG, für die Krankenhäuser Versorgungsaufgaben festzulegen, leitet sich in Verbindung mit der in § 1 Abs. 3 ThürKHG definierten Vorgabe, ein gegliedertes, mehrstufiges System von Krankenhäusern zu gewährleisten, die Notwendigkeit ab, die Versorgungsaufträge zu regionalisieren. Die mit dem 6. Thüringer Krankenhausplan eingeführte dreistufige Gliederung einschließlich der jeweiligen Fächerzuordnung hat sich bewährt und wird für den 7. Thüringer Krankenhausplan beibehalten. Die zusätzlich geplanten Fächer werden entsprechend zugeordnet.

Der konkrete Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich aus dem unter Ziff. 13.2 für das jeweilige Krankenhaus aufgeführten Datenblatt, das Bestandteil des Feststellungsbescheides ist. In Abweichung der Festlegungen zum 6. Thüringer Krankenhausplan werden nur noch für die psychiatrischen und pädiatrischen

Fächer sowie die Intensivmedizin verbindliche Planbettenzahlen auf Fachabteilungsebene ausgewiesen. Für alle anderen Fächer werden die Planbetten an den jeweiligen Standorten nachrichtlich ausgewiesen. Im Übrigen werden für das Krankenhaus eine Gesamtplanbettenzahl, die Standorte sowie die an den jeweiligen Standorten vorgehaltenen Fächer verbindlich ausgewiesen. Die floating-bed-Regelung entfällt, weil die fachbezogene Planbettenzahl nur noch für einige Fächer verbindlich festgestellt wird.

3.2.5.1 Gestufter Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag ist in zweierlei Hinsicht gestuft:

a) Ebene der planungsrelevanten Gebiete

- Regionale Versorgung

Die Fachgebiete Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin und Intensivmedizin erfüllen einen primär regionalen Versorgungsauftrag und sollen wohnortnah vorgehalten werden. Die geringen Fallzahlen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin erlauben allerdings nicht die Vorhaltung an jedem regional versorgenden Krankenhaus.

- Regional intermediäre Versorgung

Die Fachgebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie, Neurologie, Geriatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfüllen einen regional intermediären Versorgungsauftrag.

- Überregionale Versorgung:

Die Fachgebiete Haut- und Geschlechtskrankheiten, Augenheilkunde, Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Neurochirurgie, Herzchirurgie und Kinderchirurgie erfüllen einen überregionalen Versorgungsauftrag.

b) Ebene der Krankenhäuser

- Regionale Versorgung

Einen regionalen Versorgungsauftrag erhalten alle Krankenhäuser, die nur die Disziplinen der regionalen Versorgung (s.o. unter a)) vorhalten. Es handelt sich auch dann um einen regionalen Versorgungsauftrag, wenn das Krankenhaus zusätzlich über eine Belegabteilung einer anderen Versorgungsstufe verfügt.

- Regional intermediäre Versorgung

Diesen Versorgungsauftrag erhalten alle Krankenhäuser, die neben den Fächern der regionalen Versorgung mindestens ein Fachgebiet als Hauptabteilung vorhalten, das der regional intermediären Versorgung zugeordnet ist.

- Überregionale Versorgung

Diejenigen Krankenhäuser, die neben sonstigen Fachgebieten mindestens ein Fachgebiet als Hauptabteilung vorhalten, das der überregionalen Versorgung zugeordnet ist, erhalten einen überregionalen Versorgungsauftrag.

3.2.5.2 Fachkliniken/Fachkrankenhäuser

Fachkliniken werden wie bisher als solche ausgewiesen. Ihr Versorgungsauftrag richtet sich wie bei den allgemeinversorgenden Krankenhäusern auch nach ihrem Fachrichtungsspektrum. Die Ausweisung des Versorgungsauftrages erfolgt entsprechend der Bezeichnung in der Weiterbildungsordnung. Die sich aus dem Profil der Fachklinik ergebende Beschränkung des Versorgungsauftrages wird wie bisher auch im Feststellungsbescheid unterhalb der Datentabelle ausgewiesen. Dies bedeutet insbesondere für die Fachkliniken für Orthopädie, dass für sie aufgrund der während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes neu

erfolgten Ausweisung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie jetzt dieser Versorgungsauftrag im Krankenhausplan ausgewiesen wird. Die Fachkliniken, mit Ausnahme der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und des Waldkrankenhauses „Rudolf Elle“ Eisenberg, nehmen nicht an der Notfallversorgung teil.

3.2.5.3 Tageskliniken/teilstationäre Angebote

Gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes und in Anlehnung an die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) veröffentlichte Krankenhausbehandlungsrichtlinie versteht man unter teilstationärer Behandlung eine mehrtägige Versorgung von Patientinnen und Patienten gemäß eines zuvor festgelegten Behandlungsplanes mit den spezifischen Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses und ggf. mit Gewährung von Unterkunft und Verpflegung, ohne dass eine kontinuierliche Anwesenheit der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erforderlich ist.

Teilstationäre Angebote werden nur für die Fächer Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Geriatrie als Tageskliniken im Krankenhausplan beplant und ausgewiesen. Externe Tageskliniken sollten einen regionalen Bezug zur sie betreibenden Einrichtung aufweisen. Für die sonstigen somatischen Disziplinen können die Krankenhäuser im Rahmen ihres sich aus den ausgewiesenen Fachgebieten ergebenden Versorgungsauftrages grundsätzlich teilstationäre Leistungen erbringen. Vereinbarungen nach § 108 Nr. 3 SGB V bleiben unberührt. Die nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V vereinbarten Leistungsangebote werden im Datenblatt des jeweiligen Krankenhauses nachrichtlich ausgewiesen.

Die nach § 4 Abs. 7 ThürKHG der Krankenhausplanung zu Grunde zu legenden Daten nach § 21 KHEntgG sind für die tagesklinischen Angebote nicht aussagekräftig. Daher werden für diese Angebote, soweit sie beplant werden, die von den Krankenhäusern nach der Krankenhausstatistikverordnung gemeldeten Daten verwandt.

3.2.5.4 Belegabteilungen

Wie in den vorangegangenen Krankenhausplänen bleiben Belegabteilungen Bestandteil der Krankenhausplanung. Belegabteilungen erfordern im Hinblick auf die ständige Erreichbarkeit eines belegenden Vertragsarztes ein kooperatives Belegarztsystem. Hierfür sind in der Regel zwei vertraglich gebundene Ärzte erforderlich. Diese Forderung gilt auch als erfüllt, wenn neben dem belegenden Facharzt ein weiterer Facharzt des gleichen Fachgebietes, der nicht selbst als Belegarzt tätig werden will, vertraglich in die Rufbereitschaft einbezogen wird, falls der belegende Facharzt nicht zur Verfügung steht.

Sofern im Mittel weniger als zwei Belegbetten ausgelastet werden können, ist die Bedarfsnotwendigkeit einer Belegabteilung in Frage zu stellen. Die Aufnahme oder Fortschreibung im Krankenhausplan setzt dann das Vorliegen besonderer Gründe voraus.

Belegbetten neben am Krankenhaus bestehenden Hauptabteilungen derselben Disziplin werden nicht in den Krankenhausplan aufgenommen.

3.2.6 Normauslastung/Sollnutzungsgrade

Thüringen gibt, wie die Mehrzahl der Länder, fachgebietsbezogene Sollauslastungsgrade zur Ermittlung der für die Versorgung erforderlichen Kapazitäten vor. Wegen der anhaltenden Diskussion im Krankenhausplanungsausschuss, dass diese Festlegungen der geänderten Realität in den Krankenhäusern nicht mehr gerecht würden und deshalb eine verweildauerabhängige Vorgabe der Sollnutzungsgrade vorzuziehen sei, wurde der Gutachter erneut um Stellungnahme zur Frage gebeten, ob die Vorgaben zu den Sollnutzungsgraden sachgerecht sind. Diesem Auftrag ist der Gutachter in Band III des Gutachtens – Sonderfragen zur Krankenhausplanung – unter Ziff. 4 nachgekommen. Im Ergebnis seiner Untersuchung stellt er fest, dass die

Sollnutzungsgrade generell nicht als zu hoch bewertet werden können und eine Anpassung auf Basis von verweildauerabhängigen fachgebietsbezogenen Sollwerten die Planbettenermittlung insgesamt nicht wesentlich beeinflussen würde.

Die Sollnutzungsgrade werden daher wie in den bisherigen Krankenhausplänen fortgeschrieben und der Kapazitätsberechnung nach der modifizierten Hill-Burton-Formel zugrunde gelegt:

$$\frac{\text{Fallzahl x Verweildauer}}{\text{Sollnutzungsgrad x 365}}$$

Bei Tageskliniken werden 250 Tage zugrunde gelegt.

Tabelle 2 Normauslastung der planungsrelevanten Gebiete

Gebiet	Normauslastung in %
Augenheilkunde	85
Chirurgie	85
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	85
Geriatric	85
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	85
Haut- und Geschlechtskrankheiten	85
Herzchirurgie	85
Innere Medizin	85
Intensivtherapie	80
Kinderchirurgie	75
Kinder- und Jugendmedizin	75
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	85
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	85
Neurochirurgie	85
Neurologie	85
Nuklearmedizin	85
Orthopädie und Unfallchirurgie	85
Psychiatrie und Psychotherapie	90
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	90
Strahlentherapie	85
Urologie	85

3.2.7 Prognose

Der 7. Thüringer Krankenhausplan soll mehr als seine Vorgänger prognostische Aussagen zur Entwicklung des stationären Behandlungsbedarfs berücksichtigen. Da die Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes bis zum 31. Dezember 2016 verlängert wurde, mussten die Aussagen des Gutachtens für die Prognosen an die Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplanes vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2022 angepasst werden.

3.2.7.1 Berechnung

Grundlage für die Prognoseberechnungen sind die Daten der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für das Abrechnungsjahr 2015, die an das Land vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt wurden.

In einem ersten Schritt wurde der Einfluss der demografischen Entwicklung untersucht. Hierfür wurden Daten des Thüringer Landesamts für Statistik

- Bevölkerungsstand 2015
- Bevölkerungsprognose 2017 und 2022

verwendet.

In den Bevölkerungsdaten 2015 wurden Altersgruppen mit 5-Jahresschritten gebildet. Für jede Altersgruppe wurde untersucht, welche Entwicklungen sich bis 2022 ergeben und ein Änderungsfaktor ermittelt, der sich aus dem Verhältnis Bevölkerungsprognose zum Bevölkerungsstand ergibt.

Tabelle 3 Veränderungsfaktoren für die Prognose

Jahr		Stand 2015	Prognose 2017		Prognose 2022	
		Bevölkerung (absolut)	Bevölkerung (absolut)	Veränderungsfaktor	Bevölkerung (absolut)	Veränderungsfaktor
Personen im Alter von ... bis unter ... Jahren	0 - 1	18.227	16.852	0,92	15.757	0,86
	1 - 5	72.987	69.995	0,96	66.683	0,91
	5 - 10	88.477	88.880	1,00	88.761	1,00
	10 - 15	85.749	84.105	0,98	89.543	1,04
	15 - 20	84.607	83.302	0,98	84.791	1,00
	20 - 25	80.944	76.630	0,95	87.902	1,09
	25 - 30	136.669	110.693	0,81	74.022	0,54
	30 - 35	134.928	132.317	0,98	107.105	0,79
	35 - 40	126.359	131.602	1,04	132.182	1,05
	40 - 45	121.720	113.058	0,93	132.139	1,09
	45 - 50	156.626	144.267	0,92	112.785	0,72
	50 - 55	187.573	175.181	0,93	142.573	0,76
	55 - 60	178.166	183.738	1,03	171.707	0,96
	60 - 65	172.150	171.459	1,00	178.289	1,04
	65 - 70	127.348	150.198	1,18	164.033	1,29
	70 - 75	123.712	107.832	0,87	139.511	1,13
	75 - 80	135.199	133.839	0,99	93.949	0,69
	80 - 85	76.386	86.023	1,13	103.981	1,36
	85 - 90	43.713	44.180	1,01	55.412	1,27
90 u. m.	19.174	20.958	1,09	24.471	1,28	
Insgesamt		2.170.714	2.125.110		2.065.596	

Aus den Krankenhausdaten 2015 wurde für jede Fachrichtung die Anzahl der Berechnungstage ermittelt und den Altersgruppen zugeordnet. Es wurde von einer gleichbleibenden Morbidität ausgegangen.

Mit dem Änderungsfaktor der Bevölkerungsentwicklung ergaben sich Prognosen für die Anzahl der Berechnungstage im Jahr 2017 und für das Jahr 2022 für jede Fachrichtung. Aus der Summe der Veränderungsfaktoren der einzelnen Altersgruppen wurde fachbezogen ein landeseinheitlicher Veränderungsfaktor ermittelt.

Diese Berechnung wurde für jedes Krankenhaus und für jedes dort vorgehaltene Fach einzeln durchgeführt, wobei die bevölkerungsbezogenen Änderungsfaktoren auf das Land bezogen gleich bleiben.

Im Gutachten wurden für jede medizinische Fachrichtung Einflussfaktoren untersucht und darauf gründend ein Bedarf in Form einer Planbettenzahl für das Jahr 2021 prognostiziert. Wesentliche Einflussfaktoren sind die demografische Entwicklung, die Morbiditätsentwicklung und die Entwicklungen der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Dabei hat das Gutachten Ergebnisse einer Expertenumfrage sowie eigene Datenbestände ausgewertet. In einem zweiten Schritt wurde daher untersucht, welchen Einfluss auf die Bedarfsentwicklung sich aus den weiteren Prognosefaktoren nach dem Gutachten ergeben, insbesondere, ob sich diese bedarfsändernd auswirken. Hierzu wurden die für die einzelnen Fachrichtungen im Gutachten ausgewiesenen Werte auf den neuen Prognosezeitraum extrapoliert.

Ein Vergleich der Ergebnisse nach dem ersten und zweiten Untersuchungsschritt ergab, dass beide Berechnungen zu nahezu den gleichen Ergebnissen führen. Die Berücksichtigung von weiteren Prognosefaktoren zusätzlich zu den Daten der Bevölkerungsentwicklung führte zu keiner signifikanten Veränderung der Gesamtplanbettenzahl auf Landesebene. Daher werden für die krankenhausplanerischen Prognosen im Weiteren sowie für die krankenhausbezogenen Festlegungen im Einzelnen nur die sich aus der Bevölkerungsentwicklung ergebenden Änderungen berücksichtigt. Die der Prognose zugrunde liegenden Annahmen, insbesondere hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung, bedürfen einer kontinuierlichen Beobachtung. Soweit sich Änderungsbedarf ergibt, wird dieser im Rahmen der Nachplanung berücksichtigt.

Tabelle 4 Gesamtplanbettenzahlen nach Prognose

Fachgebiet	2015	Prognose 2017			Prognose 2022		
	Pflegetage	Faktor	Pflege- tage- prognose	Betten- prognose	Faktor	Pflege- tage- prognose	Betten- prognose
Augenheilkunde	33.720	1,01	34.057	110	1,04	35.069	113
Chirurgie	500.409	1,01	505.413	1.629	1,02	510.417	1.645
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	192.183	0,95	182.574	588	0,86	165.277	533
Geriatric	189.165	1,04	196.732	634	1,15	217.540	701
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	81.617	0,98	79.985	258	0,96	78.352	253
Haut- und Geschlechts- krankheiten	48.922	1,00	48.922	158	1,02	49.900	161
Herzchirurgie	34.593	1,00	34.593	112	1,01	34.939	113
Innere Medizin	1.370.479	1,01	1.384.184	4.462	1,05	1.439.003	4.638
Intensivmedizin	180.070	1,01	181.871	623	1,03	185.472	635
Kinderchirurgie	11.478	0,97	11.134	41	0,95	10.904	40
Kinder- und Jugendmedizin	120.121	0,95	114.115	417	0,93	111.713	408
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	95.161	0,98	93.258	301	1,02	97.064	313
Mund- Kiefer - Gesichtschirurgie	23.469	0,99	23.234	75	0,99	23.234	75
Neurochirurgie	58.490	0,99	57.905	187	0,99	57.905	187
Neurologie	190.644	1,00	190.644	614	1,01	192.550	621
Nuklearmedizin	9.168	1,01	9.260	30	1,02	9.351	30
Orthopädie und Unfallchirurgie	477.907	1,00	477.907	1.540	1,02	487.465	1.571
Psychiatrie und Psychotherapie	598.705	0,97	580.744	1.768	0,93	556.796	1.695
Strahlentherapie	29.374	1,01	29.668	96	1,02	29.961	97
Urologie	134.911	1,01	136.260	439	1,03	138.958	448
stationär gesamt	4.380.586		4.372.458	14.082		4.431.873	14.277

3.2.7.2 Nachplanung 2018

Im Rahmen der Nachplanung 2018 wurde die Rechenmethode, wie unter 3.2.7.1 beschrieben, beibehalten. Grundlage für die Prognoseberechnungen der Nachplanung sind die Daten der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für das Abrechnungsjahr 2017 sowie die Daten des Thüringer Landesamts für Statistik (Bevölkerungsstand 2017 und Bevölkerungsprognose 2019). Dadurch ergeben sich andere Veränderungs- und Prognosefaktoren.

Tabelle 5

Veränderungsfaktoren für die Prognose für die Nachplanung 2018

Jahr		Stand 2017	Prognose 2019	
		Bevölkerung (absolut)	Bevölkerung (absolut)	Veränderungs- faktor
Personen im Alter von ... bis unter ... Jahren	0 - 1	18.032	16.502	0,92
	1 - 5	74.660	68.912	0,92
	5 - 10	91.204	89.961	0,99
	10 - 15	86.288	85.527	0,99
	15 - 20	86.705	84.864	0,98
	20 - 25	80.217	82.461	1,03
	25 - 30	113.396	85.348	0,75
	30 - 35	135.079	131.512	0,97
	35 - 40	133.098	133.383	1,00
	40 - 45	113.958	119.514	1,05
	45 - 50	145.473	128.552	0,88
	50 - 55	175.455	159.697	0,91
	55 - 60	183.571	185.977	1,01
	60 - 65	170.644	171.948	1,01
	65 - 70	149.067	162.989	1,09
	70 - 75	107.504	106.504	0,99
	75 - 80	135.177	122.253	0,90
	80 - 85	86.929	98.944	1,14
85 - 90	43.979	45.919	1,04	
90 u. m.	20.769	22.849	1,10	
Insgesamt		2.151.205	2.103.616	

Tabelle 6 Gesamtplanbettenzahlen nach Prognose für die Nachplanung 2018

Fachgebiet	IST 2017	Prognose 2019		
	Pflegetage	Faktor	Pflege- tage- prognose	Betten- prognose
Augenheilkunde	33.531	1,00	33.659	108
Chirurgie	477.174	1,00	477.660	1.538
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	219.903	0,94	206.533	666
Geriatric	203.066	1,04	211.947	681
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	78.506	0,98	76.772	248
Haut- und Geschlechtskrankheiten	48.698	1,00	48.808	157
Herzchirurgie	29.178	1,00	29.112	94
Innere Medizin	1.345.746	1,01	1.360.950	4.381
Intensivmedizin	189.633	1,00	184.457	649
Kinderchirurgie	10.953	0,96	10.473	38
Kinder- und Jugendmedizin	119.125	0,95	112.600	413
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	98.039	0,96	96.618	313
Mund- Kiefer - Gesichtschirurgie	23.309	0,99	23.104	74
Neurochirurgie	52.016	0,99	51.525	166
Neurologie	191.899	1,00	191.241	619
Nuklearmedizin	8.701	0,99	8.640	28
Orthopädie und Unfallchirurgie	439.237	1,00	440.294	1.416
Psychiatrie und Psychotherapie	605.307	0,97	587.642	1.787
Strahlentherapie	30.370	1,00	30.401	98
Urologie	141.032	1,01	141.747	459
stationär gesamt	4.345.423		4.324.183	13.933

4 Strukturvorgaben

Mit dem 7. Thüringer Krankenhausplan beschreitet der Freistaat Thüringen neue Wege in der Krankenhausplanung, indem zum ersten Mal Qualitätskriterien unmittelbar Einfluss auf die Zuerkennung bzw. Beibehaltung von Versorgungsaufträgen haben. Die zwingend zu erfüllenden Vorgaben sind in der Rechtsverordnung gemäß § 4 Abs. 3 ThürKHG geregelt. Entsprechend der Systematik, dass der Krankenhausplan bzw. die darauf ergehenden Feststellungsbescheide untergesetzliche Regelungen sind, stellen die weiteren, bei einzelnen Fächern im Folgenden formulierten Vorgaben Empfehlungen dar, deren Erfüllung im Sinn einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung durch die Krankenhäuser angestrebt werden soll.

Diese Kriterien sind nicht abschließend. Vielmehr wird während der Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplanes ein kontinuierlicher Diskussionsprozess im Planungsausschuss zu führen sein, um die vorhandenen Kriterien im Hinblick auf ihre Fähigkeit zur Zielerreichung zu überprüfen, sie falls erforderlich zu überarbeiten oder neue oder andere Kriterien zu entwickeln. In diesen Diskussionsprozess werden auch die Regelungen der Rechtsverordnung einbezogen. Auch hier wird zu überprüfen sein, ob die Vorschriften der Zielerreichung dienen oder verändert beziehungsweise ergänzt werden müssen. Das letztere gilt vor allem für den Anlagenteil.

5 Fächerbezogene Ausführungen und Qualitätsvorgaben

Soweit zu einzelnen Fächern lediglich eine Fortschreibung der bereits im 6. Thüringer Krankenhausplan ausgewiesenen Versorgungsaufträge auf der Basis der aktuellen Daten sowie der Prognose erfolgt, werden sie unter Ziffer 5 nicht mehr erwähnt.

5.1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Der Versorgungsauftrag schließt grundsätzlich das Betreiben einer geburtshilflichen Station ein. Entscheidet sich ein Krankenhaus, die Geburtsstation zu schließen, so wird der Versorgungsauftrag dennoch uneingeschränkt erteilt. Auf das Fehlen einer geburtshilflichen Station wird jedoch im Feststellungsbescheid hingewiesen. Dem Krankenhausträger wird empfohlen, die Planungsbehörde rechtzeitig über das Vorhaben zu informieren.

Die Krankenhäuser der geburtshilflichen Versorgung werden entsprechend den Vorgaben des G-BA vier Versorgungsstufen zugeordnet. Die Planungsbehörde verzichtet auf die Entwicklung weiterer Qualitätsvorgaben.

5.2 Geriatrie

Eine Weiterentwicklung der Planung für die geriatrische Versorgung ist während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes nicht erfolgt. Während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes waren folgende Entwicklungen festzustellen:

- eine Vielzahl allgemein versorgender Häuser stellte einen Antrag auf Ausweisung einer geriatrischen Fachabteilung,
- seitens der Kostenträger wird der die bisherige geriatrische Versorgung gestaltende Konsens der fallabschließenden geriatrischen Behandlung nur im Akutkrankenhaus aufgrund der von den Kostenträgern gesehenen Notwendigkeit der Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Frage gestellt und der Aufbau eines Angebotes an geriatrischer Rehabilitation gem. § 40 SGB V gefordert. Ein entsprechendes Konzept wurde vorgelegt. Danach ist eine fallabschließende Behandlung auch weiterhin möglich, wenn bei Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin ins Krankenhaus die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung vorliegt.
- Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 23. Juni 2015 – B 1 KR 21/14 entschieden, dass unabhängig von der planerischen Ausweisung jedes Krankenhaus geriatrische Leistungen erbringen und abrechnen darf, das die Voraussetzungen der OPS 8.550 erfüllt. Dieses Urteil bezog sich jedoch auf den OPS-Code in der Fassung des Jahres 2009. Ob diese Rechtsprechung auch für den OPS-Code in der seit 2010 geltenden Fassung Bestand haben wird, bleibt abzuwarten, da ab der Version 2010 die Vorhaltung einer „zugehörigen geriatrischen Einheit“ gefordert wird.

Trotz mehrerer Sitzungen, sowohl der Begleitgruppe Geriatrie als auch des Krankenhausplanungsausschusses, konnte ein von allen Parteien getragener Konsens über die künftige Gestaltung der geriatrischen Versorgung nicht erzielt werden. Die Planungsbehörde hält an ihrer Absicht fest, einen Geriatrieplan zu entwickeln, der die kongruente Laufzeit wie der Krankenhausplan haben soll und das gesamte Spektrum der Versorgung älterer multimorbider Bürgerinnen und Bürger in Thüringen in den Blick nimmt.

Dem Gutachter wurde der besondere Auftrag erteilt, sich mit der Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung zu beschäftigen. Die Ergebnisse des Gutachtens sind strittig. Es wurden daher verschiedene Modelle diskutiert, um den künftigen geriatrischen Bedarf für Thüringen zu ermitteln.

Der Krankenhausplanungsausschuss hat im Jahr 2017 abermals versucht, einen Konsens über die weitere Gestaltung der geriatrischen Versorgung zu erzielen. Eine Einigung konnte nicht erreicht werden. Daher werden die folgenden Grundsätze bis zu einer Einigung fortgeschrieben:

1. Die Geriatrie wird weiterhin als eigenständiges Fachgebiet beplant.
2. Nur das Krankenhaus, das den im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Versorgungsauftrag hat, kann die entsprechenden OPS-Codes erbringen und abrechnen.
3. Der Kreis der Anbieter kann zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung erweitert werden
4. Der Bedarf wird bezogen auf die jeweilige Planungsregion ermittelt. Sollen neue Fachabteilungen etabliert werden, ist bei der Auswahlentscheidung vorrangig darauf zu achten, dass die Erreichbarkeit für die Bürger verbessert wird.
5. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen schließen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V, wenn die hierfür notwendigen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Der Krankenhausplanungsausschuss wird jeweils über den Standort und die vereinbarte Bettenzahl informiert.
6. Im Rahmen der Nachplanung 2018 wird anhand des tatsächlichen Leistungsgeschehens eine Bedarfsanalyse der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten durchgeführt. Zur sachgerechten Ermittlung des Bedarfs für die Nachplanung kann sich der Krankenhausplanungsausschuss auf Kriterien verständigen, wenn nicht allein die Ist-Inanspruchnahme und die Prognoseberechnung zugrunde gelegt werden sollen. In die Auswertung wird auch die Inanspruchnahme der Rehabilitationseinrichtungen einbezogen. Die Kostenträger stellen hierzu die erforderlichen Daten bereit.

Zum Zeitpunkt der abschließenden Beschlussfassung im Krankenhausplanungsausschuss zur Nachplanung 2018 waren der Planungsbehörde keine Belegungsdaten von geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen bekannt. Der Nachplanung 2018 werden daher wie bisher die Belegungsdaten der ausgewiesenen geriatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäuser zugrunde gelegt.

5.3 Intensivmedizin

Intensivmedizinische Planbetten werden wie bisher auch mit einer fest dem Fach Intensivmedizin zugeordneten Planbettenzahl im Krankenhausplan ausgewiesen. Ein Ausweis von Intermediate-Care (IMC)-Betten erfolgt nicht. Ihrer Funktion folgend sollen IMC-Betten sowohl die Allgmeinpflegebereiche als auch die Intensivtherapiestationen (ITS) entlasten und werden in der Regel in einer räumlichen Einheit aufgestellt. Dementsprechend wurden IMC-Betten bisher nicht eigenständig beplant, sondern als in den fachrichtungsbezogenen Planbettenzahlen enthalten betrachtet. Während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes hat die Planungsbehörde geprüft, ob nachvollziehbare Kriterien für die Zuordnung von Patientinnen und Patienten zu einer IMC entwickelt werden können. Dieses war nicht möglich. Daher bleibt es weiterhin der Organisationshoheit der Krankenhäuser überlassen, IMC-Betten als Davon-Betten ihrer Fachabteilungen einzurichten.

5.4 Kinderchirurgie

Kinderchirurgische Planbetten werden wie bisher auch mit einer fest dem Fach zugeordneten Planbettenzahl im Krankenhausplan ausgewiesen. Die Versorgung erfolgte bislang an drei Standorten. Der Versorgungsbedarf ist rückläufig. Waren 2015 noch 42 Planbetten zur Versorgung erforderlich, so liegt der Bedarf nach der Prognose ab 01.01.2017 bei 41 und für 2022 bei 40 Planbetten. Für die Ausweisung eines weiteren Standortes wird derzeit keine Notwendigkeit gesehen.

5.5 Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrische Planbetten werden wie bisher auch mit einer fest dem Fach zugeordneten Planbettenzahl im Krankenhausplan ausgewiesen. Der Versorgungsauftrag in der Kinder- und Jugendmedizin umfasst auch die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen. Eine eigenständige Ausweisung von Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychosomatik erfolgt nicht.

5.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Das Fach wird an insgesamt sieben Standorten, verteilt auf alle Planungsregionen, sowohl in voll- als auch in teilstationärer Form vorgehalten. Die Prognose geht von einem leicht steigenden Bedarf für die Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplanes aus. Daraus leitet die Planungsbehörde derzeit aber keinen Bedarf auf Ausweisung zusätzlicher Betten an zusätzlichen Standorten ab. Vielmehr wird auch die Verteilung in der Fläche für ausreichend gehalten.

Soweit neue Standorte für Tageskliniken ausgewiesen werden, geht dies derzeit nicht mit der Zuweisung zusätzlicher Plätze einher, sondern der Betrieb erfolgt im Rahmen der dem Träger zur Bedarfsdeckung an den bisherigen Standorten zugesprochenen Kapazitäten.

5.7 Neurochirurgie

Neurochirurgische Leistungen werden bislang an fünf Standorten in Thüringen erbracht. Die Prognose geht für die Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplanes von einem gleichbleibenden Bedarf aus, der um drei Planbetten geringer liegt als der für 2015 als versorgungsnotwendig errechnete Bedarf. Für die Ausweitung des Angebotes wird derzeit keine Bedarfsnotwendigkeit gesehen.

5.8 Neurologie

Neurologische Leistungen werden bisher an 14 Standorten im Land erbracht. Der für den 01.01.2017 errechnete prognostische Bedarf entspricht dem für 2015 errechneten Bedarf. Lediglich in der Planungsregion Ost liegt er um drei Betten unter dem derzeitigen Angebot. Für 2022 geht die Prognoseberechnung davon aus, dass in zwei Planungsregionen der Bedarf um ein Bett und in zwei Planungsregionen um zwei Betten gegenüber 2017 steigen wird. Daher wird derzeit keine Notwendigkeit für die Ausweisung neuer Standorte gesehen.

Zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Schlaganfallpatientinnen und -patienten hat der Gutachter in Band III – Sonderfragen der Krankenhausplanung – Vorschläge für Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten erarbeitet. Auf der Basis dieser Vorschläge hat eine Begleitgruppe des Krankenhausplanungsausschusses ein Konzept zur Schlaganfallversorgung für Thüringen entwickelt.

siehe Ziff. 14: Empfehlungen zur Schlaganfallversorgung in Thüringen

In Umsetzung dieses Konzeptes wurden die Thüringer Krankenhäuser um eine Selbsteinschätzung gebeten. Im Ergebnis dieses Verfahrens werden die Krankenhäuser wie folgt eingeordnet:

Übersicht Versorgungsstufen Schlaganfallbehandlung: siehe Tabelle 12.5

Die Tabelle ist nicht abschließend und wird durch das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie laufend aktuell gehalten.

In Abstimmung mit dem Thüringer Ministerium für Inneres und Kommunales wird die Liste den Thüringer Rettungsdiensten zur Verfügung gestellt, damit bei den rettungsdienstlichen Einsätzen sachgerecht agiert werden kann.

Leistungen der neurologischen Frührehabilitation nach Phase B sind nicht vom Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Neurologie umfasst, vgl. hierzu die Ausführungen unter Ziff. 6.2.

5.9 Psychiatrie und Psychotherapie

Durch ein insoweit bestandskräftiges Urteil des Verwaltungsgerichtes Weimar vom April 2016 ist die Planungsbehörde verpflichtet, die bisher gemeinsam beplanten Gebiete Psychotherapie und Psychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie getrennt zu beplanen. Die Krankenhäuser, die den Versorgungsauftrag für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erhalten wollen, waren gebeten, entsprechende Anträge zu stellen.

Wegen der bisherigen gemeinsamen Beplanung und der überwiegend von psychiatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen bisher schon erbrachten Versorgungsleistungen für Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen liegen keine Leistungsdaten vor, die die Abgrenzung der beiden Fachgebiete mit einer entsprechend trennscharfen Zuordnung von Belegungstagen ermöglichen würden. Daher wurden zur Ausweisung der Betten für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie zunächst anhand der Leistungsdaten des Jahres 2015 die Gesamtkapazitäten ermittelt. Erhält der Krankenhausträger zugleich einen Versorgungsauftrag für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, werden die insoweit zugesprochenen Kapazitäten bei der ermittelten Planbettenzahl für die Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie abgezogen. In Abstimmung mit dem jeweiligen Krankenhaus wird sodann geklärt, ob weitere Faktoren die Anzahl der psychiatrischen Planbetten beeinflussen.

Soweit im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie neue Standorte für Tageskliniken ausgewiesen werden, geht dies derzeit nicht mit der Zuweisung zusätzlicher Plätze einher, sondern der Betrieb erfolgt im Rahmen der dem Träger zur Bedarfsdeckung an den bisherigen Standorten zugesprochenen Kapazitäten an tagesklinischen Plätzen.

5.10 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

In Umsetzung des unter 5.9 angesprochenen Urteils und aufgrund der Tatsache, dass wegen der bisherigen gemeinsamen Beplanung exakte Zahlen zur Bedarfsermittlung und Bedarfsdeckung noch nicht vorliegen, wird das Fach zunächst aufgrund einer Inzidenzannahme beplant. Hierzu legt die Planungsbehörde entsprechend einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. einen Schlüssel von einem Planbett pro 10.000 Einwohner zugrunde. Daraus ergibt sich für Gesamtthüringen eine Bettenkapazität von 217 Planbetten. Die Verteilung der sich daraus ergebenden Planbettenzahlen auf die vier Planungsregionen findet sich in der nachfolgenden Tabelle:

Tabelle 7 Verteilung der psychosomatischen Planbetten auf die Planungsregionen

Planungsregion	31.12.2015 Einwohnerzahl	Gesamtplanbetten
Nordthüringen	369.063	37
Mittelthüringen	673.427	67
Ostthüringen	677.409	68
Südwestthüringen	450.815	45

Die Strukturvoraussetzungen für die Zuerkennung des Versorgungsauftrages sind in der Thüringer Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Abs. 3 ThürKHG geregelt. Durch die planerische Ausweisung des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie soll die bisherige Leistungserbringung – zunächst bis zum Abschluss der Nachplanung 2018 – nicht beschränkt werden. Alle Leistungserbringer sind verpflichtet, der

Planungsbehörde zum Ende jeden Halbjahres – zunächst bis zur Nachplanung 2018 – die Fallzahlen und Verweildauern der Patientinnen und Patienten, die psychosomatische Leistungen erhalten haben, mitzuteilen. Der Krankenhausplanungsausschuss wird hierzu ein geeignetes Erfassungsverfahren erarbeiten.

Nach Ablauf von zwei Jahren soll das Verfahren evaluiert werden, insbesondere unter dem Aspekt, ob der gewählte Ansatz zur Ermittlung des Bedarfs sachgerecht ist. 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.

5.11 Urologie

Urologische Leistungen werden in jeder Planungsregion Thüringens erbracht. Für die Planungsregion Mitte liegt ein Antrag auf Neuausweisung des Versorgungsauftrages vor. In der Planungsregion halten fünf Krankenhäuser dieses Versorgungsangebot vor. Die Prognose geht von einem leicht steigenden Bedarf von drei Betten bis 2022 aus. Es ist davon auszugehen, dass dieser Mehrbedarf von den vorhandenen Anbietern ohne Probleme abgedeckt werden kann, so dass derzeit kein Bedarf für die Ausweisung eines zusätzlichen Standortes erkennbar ist.

6 Spezielle Versorgungsaufgaben

6.1 Zentren

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Leistungen oder Behandlungsangeboten, die nicht an jedem Krankenhausstandort vorgehalten werden können oder sollen (besondere Leistungen oder Behandlungsmethoden), weist der 7. Thüringer Krankenhausplan die unten aufgeführten Zentren und Schwerpunkte aus. Zentren und Schwerpunkte im Sinne des 7. Thüringer Krankenhausplanes sind Krankenhäuser oder Fachabteilungen, denen im Rahmen der Krankenhausplanung die besonderen Leistungen oder Behandlungsmethoden zugeordnet werden. Die Zuordnung erfolgt mittels krankenhauserischer Bescheid, mit dem die betreffenden Krankenhäuser oder Fachabteilungen als Zentrum oder Schwerpunkt für diese besondere Aufgabenwahrnehmung in den 7. Thüringer Krankenhausplan aufgenommen werden. Mit der Zertifizierung als Zentrum oder Schwerpunkt durch die Fachgesellschaften ist eine Aufnahme als Zentrum oder Schwerpunkt in den 7. Thüringer Krankenhausplan nicht verbunden. Dies gilt auch für die Bezeichnung als Zentrum eines Krankenhauses durch den Krankenhausträger aufgrund von bestehenden innerorganisatorischen Strukturen.

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde § 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG neu eingefügt und die Selbstverwaltung beauftragt, bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren (§ 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG). Diese Vereinbarung ist bislang nicht erfolgt. Um ein Abweichen der Finanzierungsregelung von der planerischen Festlegung zu vermeiden, werden mit dem 7. Thüringer Krankenhausplan vorläufig keine neuen Festlegungen für Zentren getroffen. Dies schließt nicht aus, dass hierzu Festlegungen nach dem Vorliegen der bundeseinheitlichen Regelungen nach § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG auch außerhalb der Nachplanung erfolgen können.

So bleibt es zunächst bei den bisherigen Festlegungen:

- Das am Universitätsklinikum Jena bestehende Transplantationszentrum ist gemäß Bescheid des für das Hochschulwesen zuständigen Ministeriums als Transplantationszentrum gemäß § 10 Abs. 1

Transplantationsgesetz zur Transplantation der Organe Herz, Leber, Niere, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Dünndarm zugelassen,
sowie

- das Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder am HELIOS Klinikum Erfurt werden weiterhin im Krankenhausplan ausgewiesen.

Die Bundesschiedsstelle hat am 8. Dezember 2016 (Verfahren 3/2016) eine Festsetzung zur Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 S.2 Nr. 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung) getroffen. Aufgrund der Kriterien des Schiedsspruches können Anträge der Krankenhäuser auf Ausweisung von Zentren im Krankenhausplan ausgewiesen und im Feststellungsbescheid unter Vorbehalt beschieden werden. Nach Abschluss des gegen den Schiedsspruch eingeleiteten Klageverfahrens wird der Krankenhausplanungsausschuss erneut über das Thema beraten. Bei Änderung der Sach- oder Rechtslage sind die Feststellungsbescheide ggfls. ex nunc anzupassen.

6.2 Neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Zur Erbringungen von Leistungen der neurologischen Frührehabilitation nach Phase B ist die Zuweisung eines Versorgungsauftrages im Thüringer Krankenhausplan erforderlich.

Leistungen der neurologischen Frührehabilitation wurden seit fast zwei Jahrzehnten in Thüringen bislang durch fünf Vertragskrankenhäuser erbracht; während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes kamen vier Akutkrankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag für Neurologie hinzu. Für den 7. Thüringer Krankenhausplan haben alle vier Vertragskliniken, die erwachsene Patientinnen und Patienten versorgen, die Aufnahme in den Krankenhausplan beantragt. Darüber hinaus gibt es drei weitere Anträge von neurologischen Kliniken auf Ausweisung dieses Versorgungsauftrages.

Bislang wurden Kapazitätsanpassungen der Vertragskrankenhäuser allein zwischen Leistungserbringer und Kostenträgern vereinbart; Angaben zur Bedarfsermittlung liegen der Planungsbehörde nicht vor. Daher sollen alle Antragsteller in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Dabei werden bei den bisherigen Vertragskrankenhäusern die bisherigen Kapazitäten fortgeschrieben. Bei den Akutkrankenhäusern werden keine gesonderten Planbetten ausgewiesen, die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen der im Fachgebiet Neurologie ermittelten Kapazitäten. Im Rahmen der Nachplanung 2018 wird der Bedarf an Leistungen der Neurologischen Frührehabilitation nach Phase B ermittelt und die ausgewiesenen Kapazitäten werden angepasst.

6.3 Demenz und Delir

Mit dem Älterwerden der Thüringer Bürgerinnen und Bürger steigt das Risiko, an Demenz zu erkranken. Die Prävalenzraten steigen steil mit dem Alter an. Nach aktuellen Schätzungen verdoppelt sich die Krankenziffer im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren und nimmt von etwas mehr als 1 % in der Altersgruppe der 65-69-Jährigen auf rund 40 % unter den über 90-Jährigen zu. Für Thüringen lag einer Schätzung zufolge die Zahl der an einer Alzheimer-Demenz Erkrankten 2012 bei 43.610 Betroffenen in der Altersgruppe 65+ bzw. 6.750 in der Altersgruppe 90+. (<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/246029/umfrage/anzahl-der-demenzkranken-in-deutschland-nach-bundeslaendern-und-alter/>) Darüber hinaus sind Alter und eine vorbestehende Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit die wesentlichsten Risikofaktoren für die Entwicklung eines akuten Verwirrtheitszustandes bzw. eines Delirs. Liegen diese prädisponierenden Faktoren vor, führen weitere

Auslösefaktoren wie zum Beispiel ein operativer Eingriff mit Intubationsanästhesie oder auch ein akuter Infekt zur Entstehung eines akuten Delirs. Verschiedene klinische Studien haben gezeigt, dass das Delir die 6-Monats-Mortalität des Krankenhausaufenthaltes um 20 – 30 % erhöht und zu einer erheblichen Verlängerung der stationären Aufenthalte führt. Gleichzeitig konnte in zahlreichen Interventionsstudien gezeigt werden, dass ein Delir in etwa 30 – 40 % der Fälle vermeidbar ist. Demgegenüber steht die übereinstimmende Einschätzung, dass die meisten Krankenhäuser auf die Erkennung und adäquate Versorgung dementer Patientinnen und Patienten mit akuten somatischen Erkrankungen sowie auf die Erfassung von Risikofaktoren und präventiven Maßnahmen zur Vermeidung eines Delirs in der Regel nicht gut vorbereitet sind. Dieses sind jedoch wesentliche Aspekte zur Verbesserung der Versorgungsqualität älterer Menschen.

Mit dem 7. Thüringer Krankenhausplan soll die Versorgung dieser Patientengruppen verbessert werden. Die Versorgung dementer Patientinnen und Patienten ohne eine akut interventionsbedürftige somatische Erkrankung wird überwiegend von der Gerontopsychiatrie übernommen und entsprechend bei der Ermittlung der für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung notwendigen Kapazitäten berücksichtigt.

In der zur Gestaltung der geriatrischen Versorgung eingerichteten Begleitgruppe wurde die Problematik besprochen, ohne dass es zu abschließenden Festlegungen kam. Das zur Vorbereitung des 7. Thüringer Krankenhausplanes in Auftrag gegebene Gutachten macht in Band III – Sonderfragen der Krankenhausplanung – Ausführungen zur Versorgung von Demenzpatientinnen und -patienten und schlägt hierfür erste Schritte vor. Das Erkennen und Vermeiden von Delirien wird allerdings dort nicht angesprochen.

Zur Verbesserung der Versorgungssituation soll nach Verabschiedung des 7. Thüringer Krankenhausplanes eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe unter Einbeziehung von Vertretern aus Geriatrie und (Geronto-)Psychiatrie des Krankenhausplanungsausschusses ein Konzept entwickeln, das Versorgungsdefizite benennt und Lösungsvorschläge zu deren Behebung erarbeitet.

Als erste Schritte werden den Thüringer Krankenhäusern folgende Maßnahmen empfohlen:

- Einführung eines Screenings
- Schulung und Fortbildung des Krankenhauspersonals
- wechselseitige Liaison- und Konsildienste zur Verbesserung der Betreuung akutsomatisch erkrankter Patientinnen und Patienten mit gerontopsychiatrischen Begleiterkrankungen.

6.4 Palliativmedizin

Mit der Novellierung des Thüringer Krankenhausgesetzes im Jahr 2014 wurden in § 19 Abs. 2 ThürKHG Regelungen zur Versorgung von Sterbenden oder Patientinnen und Patienten mit begrenzter Lebenserwartung eingefügt. Danach ist die angemessene Versorgung dieser Patientinnen und Patienten einschließlich berechtigter Bedürfnisse ihrer Angehörigen Aufgabe jedes Thüringer Krankenhauses, unabhängig von einer Ausweisung palliativmedizinischer Angebote. Die spezialisierte palliativmedizinische Versorgung erfolgt auf Palliativstationen und durch Palliativdienste. Palliativdienste können von jedem Krankenhausausschuss angeboten werden.

Ziel der palliativmedizinischen Behandlung ist es, krankheits- und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und, wenn möglich, die Krankheits- und Betreuungssituation der Betroffenen so zu stabilisieren, dass sie wieder aus dem Krankenhaus entlassen werden können.

Die die aktuelle Landesregierung tragenden Parteien haben im Koalitionsvertrag vereinbart, die Palliativmedizin im Krankenhausplan auszuweisen. In Umsetzung dieses Auftrages hat sich der Krankenhausplanungsausschuss in mehreren Sitzungen mit der Frage der adäquaten Gestaltung der palliativen Versorgung für die Thüringer

Bürgerinnen und Bürger befasst. Bisher waren bereits 15 Krankenhäuser nachrichtlich mit dem Angebot einer Palliativstation in den 6. Thüringer Krankenhausplan aufgenommen.

Palliativstationen sind spezialisiert auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten, die einer Krankenhausbehandlung in einer spezialisierten Abteilung bedürfen. Palliativstationen arbeiten interdisziplinär und multiprofessionell. Das multiprofessionelle Team setzt sich zusammen aus hierfür qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und Vertreterinnen und Vertretern folgender Therapiebereiche: Kunst-, Musik- und Entspannungstherapie, Physiotherapie und Psychologie. Die jeweiligen konkreten personellen Anforderungen ergeben sich aus dem entsprechenden OPS-Code.

Für den 7. Thüringer Krankenhausplan liegen 21 Anträge auf Ausweisung des Faches Palliativmedizin vor.

Unter Berücksichtigung des gesetzlichen Anspruchs der Thüringer Bürgerinnen und Bürger, aber auch der Tatsache, dass die Angebote palliativer Versorgung im Freistaat regional unterschiedlich etabliert sind, wird für den 7. Thüringer Krankenhausplan folgendes festgelegt:

1. Es bleibt bei der nachrichtlichen Ausweisung der Palliativstationen. Eine separate Bedarfsermittlung findet nicht statt. Palliativplanbetten werden als Davon-Betten der Inneren Medizin ausgewiesen.
2. Die (nicht verbindlich) ausgewiesene Planbettenzahl folgt den jeweiligen Anträgen der Krankenhausträger.
3. Palliativeinrichtungen sollen folgendermaßen gestaltet sein:
 - Palliativplanbetten sollen soweit möglich in einer eigenen Organisationseinheit, zumindest aber räumlich abgetrennt vom übrigen Stationsbetrieb, vorgehalten werden.
 - Es sollen überwiegend Einzelzimmer angeboten werden.
 - Angehörigen soll die Möglichkeit zur Übernachtung, sei es im Patientenzimmer oder in der Nähe, geboten werden.
4. Die Krankenhäuser sollten prüfen, inwieweit ein multiprofessioneller Palliativdienst entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin etabliert werden kann.
5. Die Krankenhäuser sollten mit den ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten und den stationären Hospizen in ihrer Region zusammenarbeiten, um vor und nach dem stationären Aufenthalt der Patientinnen und Patienten eine nahtlose Betreuung gewährleisten zu können.

Der Freistaat wird einen gemeinsamen Hospiz- und Palliativplan erstellen, der – unabhängig von, aber unter Einbeziehung der vollstationären Versorgung – ein flächendeckendes Konzept der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender einschließlich möglicher Strukturvorgaben für alle Bereiche (Allgemeine Palliativversorgung, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, Hospiz, ambulante Hospizarbeit, Palliativstationen) enthält. Soweit davon Belange der Krankenhausplanung betroffen sind, wird die Planung entsprechend angepasst.

Bei der ersten Nachplanung im Jahr 2018 soll eine exakte Bedarfsermittlung für palliativmedizinische Versorgung in den Krankenhäusern vorgenommen werden. Dabei soll auch überprüft werden, wie die konkrete Ausgestaltung des palliativen Angebotes des Krankenhauses erfolgt ist. Im Ergebnis der Überprüfung wird auf die verbindliche Ausweisung palliativer Angebote an den Thüringer Krankenhäusern verzichtet.

Tabelle 8 Palliativmedizinische Angebote an Thüringer Krankenhäusern

Planungsregion	Betten
Nordthüringen	
Südharz-Krankenhaus Nordhausen	15
KMG-Klinikum Thüringen Brandenburg	8
Hufeland Klinikum Bad Langensalza	16
Eichsfeld Klinikum Kleinbartloff	10
Mittelthüringen	
HELIOS Klinik Blankenhain	5
HELIOS Klinikum Erfurt	12
Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt	16
Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau	8
Zentralklinik Bad Berka	14
HELIOS Klinikum Gotha	14
Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar	8
SRH Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda	5
Ostthüringen	
SRH Wald-Klinikum Gera	10
Kreiskrankenhaus Greiz	5
Universitätsklinikum Jena	12
Klinikum Altenburger Land	10
Thüringen-Kliniken Saalfeld/Rudolstadt	2
Kreiskrankenhaus Schleiz	5
Südwestthüringen	
St. Georg Klinikum Eisenach	10
Klinikum Bad Salzungen	8
Klinikum Meiningen	14
Georgenhaus Meiningen	8
Henneberg-Kliniken Hildburghausen	8
Elisabeth Klinikum Schmalkalden	7
MEDINOS Kliniken Sonneberg	8
SRH Zentralklinikum Suhl	15
Gesamt	253

6.5 Tumorzentren nach dem Thüringer Krebsregistergesetz

Tumorzentren im Sinne des § 1 Abs. 1 Satz 2 ThürKRG sind folgende Krankenhäuser:

- Südharz-Klinikum Nordhausen
- HELIOS Klinikum Erfurt
- SRH Wald -Klinikum Gera
- Universitätsklinikum Jena
- SRH Zentralklinikum Suhl

7 Versorgungsangebote

Die Krankenhäuser übernehmen in steigendem Maß Aufgaben in der ambulanten Versorgung. Dies ist zum einen dem medizinischen Fortschritt und der Übertragung von Versorgungsbereichen durch den Gesetzgeber geschuldet, zum anderen aber auch der in manchen Regionen schwierigen Versorgung insbesondere mit

niedergelassenen Fachärzten. Der Bereich der Notfallversorgung stellt noch einmal einen eigenen Problembereich dar.

Seitens des Freistaates werden Krankenhäuser, die im Rahmen des durch den Zulassungsausschuss genehmigten Status und Tätigkeitsumfanges an der ambulanten Versorgung teilnehmen und beim Fehlen der erforderlichen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zusätzliche Aufgaben übernehmen, unterstützt. Insbesondere in ländlichen Regionen kann die Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen dazu beitragen, bei effektivem Ressourceneinsatz die gesundheitliche Versorgung der Region sicherzustellen. Die schon jetzt eröffneten Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Versorgung sollen genutzt werden.

8 Telemedizin

Das Gesetz für die sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I, S. 2408), kurz E-Health-Gesetz genannt, ist zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten und hat mehrere wichtige Grundlagen für die Entwicklung der Telemedizin geschaffen. So soll zum Beispiel geprüft werden,

- inwieweit papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch sichere elektronische Kommunikationsverfahren ersetzt werden können,
- inwieweit durch Einsatz sicherer Informations- und Kommunikationstechniken eine konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen ermöglicht werden kann oder auch
- inwieweit durch sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnik Videosprechstunden telemedizinisch erbracht werden können.

Außerdem sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Behandlungsdaten in einer elektronischen Patientenakte bereitgestellt werden können. Die für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte zu schaffende Telematikinfrasturktur soll auch für andere elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen geöffnet werden können.

Damit wird die Entwicklung der Telemedizin in nächster Zeit eine erhebliche Dynamik erfahren. Ziel ist es, die Potenziale der Telemedizin so zu entwickeln und einzusetzen, dass für die Leistungserbringer als Anwender und für die Patientinnen und Patienten als Nutzer der größtmögliche Gewinn in Form von Behandlungsqualität, effektivem Einsatz von vorhandenen Ressourcen einschließlich der Versichertengelder entstehen kann.

In den kommenden Jahren, d.h. während der Laufzeit dieses Krankenhausplanes, sollen auf Länderebene Telemedizinprojekte eingeführt werden, um anwendungsbereite, nutzerorientierte Telematikanwendungen in die Fläche zu bringen. Das vorhandene Potenzial soll länderübergreifend genutzt werden, um Parallelstrukturen zu vermeiden. Es sollen noch bestehende rechtliche Hürden oder Fehlanreize, insbesondere bei der sektorenübergreifenden Vernetzung der Leistungserbringer, identifiziert und abgebaut werden.

Ziel ist, auch im Hinblick auf die oben bereits geschilderte demografische Entwicklung, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung flächendeckend in Thüringen sicherstellen zu können. Das erfordert neue, die Sektorengrenzen überwindende, Konzepte, die mit Hilfe der Telemedizin umgesetzt werden können. Hierzu zählen insbesondere

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

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

Zur Gestaltung dieses Prozesses soll in Thüringen ein Telemedizinisches Zentrum errichtet werden, das den Leistungserbringern als Dienstleistungs- und Kompetenzpartner zur Verfügung stehen soll.

9 Ausbildungsstätten

Während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes wurde die Krankenpflegeschule am SRH Zentralklinikum Suhl neu in den Krankenhausplan aufgenommen. Aus der der Aufstellung des 7. Thüringer Krankenhausplanes zugrunde liegenden Datenlage ergibt sich kein weiterer Änderungsbedarf. Sie werden im 7. Thüringer Krankenhausplan fortgeschrieben.

Ausbildungsstätten: siehe Tabelle 12.3

10 Vertragskrankenhäuser

Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V unterliegen nicht den Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und des ThürKHG hinsichtlich der Krankenhausplanung und der Investitionsfinanzierung. Sie werden wie in den vorausgegangenen Krankenhausplänen nachrichtlich ausgewiesen.

Das derzeit einzige Thüringer Vertragskrankenhaus ist die Fachklinik „Schloss Friedensburg“ Leutenberg, Fachklinik für Dermatologie mit 70 Betten.

Die Klinik nimmt nicht an der allgemeinen Krankenhausversorgung teil, wiewohl die von ihr erbrachten Leistungen bei der Bedarfsermittlung zu berücksichtigen sind.

11 Notfall- und Katastrophenplan

Nach § 18 ThürKHG sind die Thüringer Krankenhäuser verpflichtet, Notfallpatienten vorrangig aufzunehmen und zu behandeln. Diese Verpflichtung besteht unabhängig von der jeweiligen aktuellen Bettenbelegung, insbesondere auch bei vollständiger Auslastung der intensivmedizinischen Kapazitäten. § 18 Abs. 2 ThürKHG verpflichtet auch die nicht unmittelbar an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser dazu, im Bedarfsfall eine ausreichende Erstversorgung und weiterführende Maßnahmen zur Herstellung der Transportfähigkeit in ein besser geeignetes Krankenhaus durchzuführen, wenn der Notarzt bei lebensbedrohlichen Zuständen den unmittelbaren Transport in das nächstgelegene, allgemein versorgende oder vorrangig geeignete Krankenhaus für nicht durchführbar hält.

Nach § 18 a Abs. 1 ThürKHG nehmen die Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken an der Bewältigung von Katastrophen und Großschadensereignissen, Massenanfällen von Verletzten und Erkrankten sowie Epidemien und Pandemien teil. Sie haben die erforderlichen organisatorischen Maßnahmen zu treffen, um die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten sicherzustellen. Insbesondere haben sie im Ereignisfall für zusätzliche Aufnahme- und Behandlungskapazitäten in ihren Einrichtungen beziehungsweise auf ihrem Betriebsgelände zu sorgen. Der Krankenhausplan trifft einrichtungsbezogene Vorgaben zur Art dieser Versorgungsaufgabe, zum Umfang bereitzustellender Bettenkapazitäten und zeitliche Vorgaben zur Bereitstellung oder Freilenkung von

Notfallbetten. Die Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken haben die organisatorischen Maßnahmen in ihren Alarm- und Einsatzplanungen zu berücksichtigen und mit den zuständigen Behörden abzustimmen.

11.1 Patientenversorgung bei größeren Notfallereignissen

Als Grundlage zur Bewältigung von Massenanfällen von Verletzten (MANV) und Großschadensereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle sollen die Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken ihre Planungen und Maßnahmen darauf ausrichten, die im MANV-Krankenhauskataster des Bundesverbandes Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V. sowie dem DGU-Traumanetzwerk gemeldeten Behandlungskapazitäten und fachlichen Kompetenzen sicherzustellen.

Dementsprechend ist die Zuteilung von Patientinnen und Patienten nach ihrer Sichtungskategorie (rot/gelb/grün) im Bereich der Transportorganisation ausschlaggebend und wird durch die medizinische Einsatzleitung am Einsatzort abgestimmt. Dabei soll die aktuelle Behandlungskapazität der Einrichtungen mithilfe stattfindender Bettenabfragen im Einsatzfall Berücksichtigung finden. Inwieweit die Einrichtungen intern zwischen „erweitertem Regelbetrieb“ oder „Zustand nach Aktivierung des internen Alarmplans“ differenzieren, obliegt ihrer Verantwortung. Die daraus resultierende dynamische Behandlungskapazität soll bei der Bettenabfrage jedoch mitgeteilt werden.

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

11.2 Patientenversorgung im Katastrophenfall sowie bei Epidemien oder Pandemien

Aufbauend auf der Patientenversorgung bei größeren Notfallereignissen sind im Falle einer festgestellten Katastrophe sowie bei Epidemien oder Pandemien alle Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken (auch nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Fachkliniken) verpflichtet, 15 % ihrer Bettenkapazitäten innerhalb von 3 Stunden und weitere 15 % innerhalb von 6 Stunden durch geeignete organisatorische Maßnahmen zur Versorgung von entsprechenden Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen. Dies kann zum Beispiel durch Freilenken belegter oder Aufstellen zusätzlicher Betten erfolgen.

Die in Tabelle 12.5 den jeweiligen Krankenhäusern zugeordneten Notfall- und Katastrophenbetten ergeben sich aus der prozentualen Umrechnung der für 2017 prognostizierten Planbettenzahlen (Datenblätter gem. 13.2). Fachkliniken sollen erst dann einbezogen werden, wenn die Kapazitäten der allgemein versorgenden Krankenhäuser ausgeschöpft sind. Dabei werden orthopädische Fachkrankenhäuser vorrangig polytraumatisierte Patientinnen und Patienten, internistische, geriatrische und psychiatrische Fachkliniken vorrangig nicht chirurgisch zu versorgende Patientinnen oder Patienten aus anderen Krankenhäusern durch Verlegung sonstiger Erkrankter zur Erweiterung ihrer Notfall- und Katastrophenkapazitäten zu versorgen haben.

In den Alarm- und Einsatzplanungen der einzelnen Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken soll das Handbuch „Krankenhausalarm- und -einsatzplanung“ des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe Berücksichtigung finden.

11.3 Rettungsdienst

Gemäß § 7 Abs. 2 Thüringer Rettungsdienstgesetz (ThürRettG) sind Krankenhäuser mit notfallmedizinischer Versorgung unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Versorgungsaufträge verpflichtet, Ärztinnen und Ärzte für den Rettungsdienst zur Verfügung zu stellen oder freizustellen. Die Belange des Rettungsdienstes hinsichtlich

der Beteiligung der Krankenhäuser am Rettungsdienst, insbesondere bei der Gestellung von Notärztinnen und Notärzten, finden Berücksichtigung.

12 Tabellenteil

12.1 Zuordnung der Krankenhäuser zu den Planungsregionen

Planungsregion	Krankenhaus
Nordthüringen	KMG- Klinikum Sondershausen, Bad Frankenhausen
	Eichsfeld Klinikum Kleinbartloff
	Lungenklinik Neustadt
	HELIOS Klinik Bleicherode - Fachkrankenhaus für Orthopädie -
	Hufeland Klinikum Bad Langensalza
	Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen
	St. Elisabeth-Krankenhaus - Fachklinik für Geriatrie – Lengenfeld unterm Stein
	Südharz-Klinikum Nordhausen
	MEDIAN Klinik Bad Tennstedt
Mittelthüringen	KMG klinikum Sömmerda
	HELIOS Klinik Blankenhain
	HELIOS Klinikum Erfurt
	HELIOS Klinikum Gotha
	Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau
	Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt
	Marienstift Arnstadt - Orthopädische Klinik
	Robert-Koch-Krankenhaus Apolda
	Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar
	SRH Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda
	Zentralklinik Bad Berka
	Ostthüringen
Klinik an der Weißenburg - Fachklinik für Rheumatologie und Innere Medizin – Uhlstädt-Kirchhasel	
Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg - Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	
Klinikum Altenburger Land	
Kreiskrankenhaus Greiz	
Kreiskrankenhaus Ronneburg - Fachklinik für Geriatrie	
Kreiskrankenhaus Schleiz	
SRH Wald-Klinikum Gera	
Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" Saalfeld	
Universitätsklinikum Jena	
Waldkrankenhaus "Rudolf Elle" - Fachkrankenhaus für Orthopädie - Eisenberg	
Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz	
Südwestthüringen	Elisabeth-Klinikum Schmalkalden
	Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“ Meiningen
	HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
	HELIOS Klinikum Meiningen
	Henneberg-Kliniken Hildburghausen
	Klinikum Bad Salzungen
	MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg
	m&i-Fachklinik Bad Liebenstein
	MEDIAN Heinrich-Mann-Klinik Bad Liebenstein
	SRH Zentralklinikum Suhl
	St. Georg - Klinikum Eisenach

12.2 Pflichtversorgungsgebiete

12.2.1 Psychiatrie und Psychotherapie

Klinik	Landkreise und Städte
Planungsregion Nordthüringen	
Ökumenisches Hainich Klinikum, Mühlhausen	<ul style="list-style-type: none"> • Landkreis Eichsfeld, • Unstrut-Hainich-Kreis, • Kyffhäuserkreis, • vom Wartburgkreis den nördlichen Teil entlang der alten Kreisgrenze zwischen den ehemaligen Kreisen Eisenach und Bad Salzungen • vom Kreis Sömmerda den größten Teil bis auf das südlich einer Linie Gebesee, Kranichborn, Schlossvippach liegende Territorium, wobei die drei genannten Ortschaften zu diesem Territorium gehören • Landkreis Gotha • Nördlicher Ilmkreis
Südharz-Krankenhaus, Nordhausen	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Nordhausen und • Landkreis Nordhausen
Planungsregion Mittelthüringen	
HELIOS Klinikum Erfurt	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Erfurt, die Stadtteile mit den Postleitzahlen 99100, 99189, 99092, 99089, 99091, 99086, 99087, 99195, 99085
Kath. KH "St. Johann Nepomuk" Erfurt	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Erfurt, die Stadtteile mit den Postleitzahlen 99192, 99094, 99084, 99096, 99102, 99097, 99099, 99098, 99198
Sophien- und Hufeland-Klinikum, Weimar	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Weimar • Kreis Weimarer Land
Planungsregion Ostthüringen	
Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Altenburg und • Landkreis Altenburger Land
SRH Wald-Klinikum Gera	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Gera • unten g. Nordostzipfel des Landkreises Greiz mit Ronneburg, aber auch den an der Bundesstraße 175 liegenden Ortschaften wie Zickra, Berga, Seeligenstädt
Universitätsklinikum Jena	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Jena
Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola", Saalfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Landkreis Saalfeld- Rudolstadt
Asklepios Fachklinikum Stadtroda	<ul style="list-style-type: none"> • Saale-Orla-Kreis, • Saale-Holzland-Kreis, • Landkreis Greiz, abzügl. des von den Bundesstraßen 92 bzw. 175 begrenzten Nordostzipfels, wobei Weida im Pflichtversorgungsgebiet von Stadtroda bleibt
Planungsregion Südwestthüringen	
Klinikum Bad Salzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wartburgkreis abzügl. des vom Ök. Hainich Klinikum Mühlhausen versorgten nördl. Teils (s.o.)

	<ul style="list-style-type: none"> • Landkreis Schmalkalden-Meiningen abzüglich des Gebietes des ehem. Kreises Meiningen
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Hildburghausen	<ul style="list-style-type: none"> • Vom Landkreis Schmalkalden-Meiningen den Teil der dem Gebiet des Altkreises Meiningen entspricht • Landkreis Hildburghausen • Kreisfreie Stadt Suhl • Südlicher Ilmkreis (einschl. Stadt Ilm): Gebiet südlich einer Linie zwischen Dienstadt, Hettstedt, Reinsfeld, Plaue bis Crawinkel • Landkreis Sonneberg

Quelle: 2. Thüringer Psychiatrieplan, aktualisiert

12.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Klinik	Landkreise und Städte
Planungsregion Nordthüringen	
Ökumenisches Hainich Klinikum, Mühlhausen	<ul style="list-style-type: none"> • Eisenach, • Unstrut-Hainich-Kreis, • Wartburgkreis, • Landkreis Gotha
Südharz-Krankenhaus Nordhausen,	<ul style="list-style-type: none"> • Eichsfeldkreis, • Landkreis Nordhausen • Kyffhäuserkreis, • Landkreis Sömmerda
Planungsregion Mittelthüringen	
HELIOS Klinikum Erfurt	<ul style="list-style-type: none"> • Erfurt, • Ilmkreis
Planungsregion Ostthüringen	
Universitätsklinikum Jena	<ul style="list-style-type: none"> • Weimar, • Jena, • Landkreis Weimarer Land, • im Saale-Holzlandkreis der Altkreis Jena-Land
Asklepios Fachklinikum Stadtroda	<ul style="list-style-type: none"> • Gera, • Altenburger Land, • Landkreis Greiz, • Saale-Orla-Kreis, • Landkreis Saalfeld-Rudolstadt, • Saale-Holzland-Kreis ohne Altkreis Jena-Land
Planungsregion Südwestthüringen	
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen	<ul style="list-style-type: none"> • Suhl, • Landkreis Schmalkalden-Meiningen, • Landkreis Hildburghausen, • Landkreis Sonneberg

Quelle: 2. Thüringer Psychiatrieplan, aktualisiert

12.3 Ausbildungsstätten

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

12.4 Übersicht Versorgungsstufen Schlaganfallbehandlung

Krankenhaus	Standort	Zuordnung
1. Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg		KEINE
2. Klinikum Altenburger Land		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
3. Robert-Koch-Krankenhaus Apolda		Stufe III: Tele Stroke Unit
4. Marienstift Arnstadt		KEINE
5. Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt Ilmenau	Arnstadt	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Ilmenau	Stufe III: Tele Stroke Unit
6. Zentralklinik Bad Berka		Stufe II: Regionale Stroke Unit
7. KMG Klinikum Thüringen Brandenburg	Bad Frankenhausen	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Sondershausen	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Sömmerda	Stufe III: Tele Stroke Unit
8. Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz		KEINE
9. Hufeland Klinikum Bad Langensalza	Bad Langensalza	KEINE
	Mühlhausen	Stufe II: Regional Stroke Unit
10. m&i-Fachklinik Bad Liebenstein		KEINE
11. Klinikum Bad Salzungen		Stufe II: Regionale Stroke Unit
12. MEDIAN Klinik Bad Tennstedt		KEINE
13. HELIOS Klinik Blankenhain		Stufe III: Tele Stroke Unit
14. HELIOS Klinik Bleicherode		KEINE
15. St. Georg - Klinikum Eisenach		Stufe II: Regionale Stroke Unit
16. Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ Eisenberg		Stufe III: Tele Stroke Unit
17. HELIOS Klinikum Erfurt		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
18. Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt		Stufe III: Tele Stroke Unit
19. SRH-Waldklinikum Gera		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
20. HELIOS Klinikum Gotha		Stufe II: Regionale Stroke Unit
21. Kreiskrankenhaus Greiz		Stufe III: Tele Stroke Unit
22. HELIOS Fachkliniken Hildburghausen		Stufe II: Regionale Stroke Unit
23. Henneberg-Kliniken Hildburghausen		KEINE
24. Universitätsklinikum Jena		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
25. Eichsfeld Klinikum Kleinbartloff	Heiligenstadt	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Reifenstein	KEINE
	Worbis	KEINE
26. St. Elisabeth-Krankenhaus Lengenfeld unterm Stein		KEINE
27. Geriatriische Fachklinik „Georgenhaus“ Meiningen		KEINE
28. HELIOS Klinikum Meiningen		Stufe I: Überregionale Stroke Unit
29. Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen		Stufe II: Regionale Stroke Unit

30. Lungenklinik Neustadt		KEINE
31. Südharz-Klinikum Nordhausen		Stufe II: Regionale Stroke Unit
32. Kreiskrankenhaus Ronneburg, Fachklinik Geriatrie		KEINE
33. Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“ Saalfeld	Rudolstadt	Stufe III: Tele Stroke Unit
	Pößneck	KEINE
	Saalfeld	KEINE
34. Kreiskrankenhaus Schleiz		Stufe III: Tele Stroke Unit
35. Elisabeth-Klinikum Schmalkalden		Stufe III: Tele Stroke Unit
36. MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg	Neuhaus	KEINE
	Sonneberg	Stufe III: Tele Stroke Unit
37. ASKLEPIOS Fachklinikum Stadtroda		KEINE
38. SRH Zentralklinikum Suhl		Stufe II: Regionale Stroke Unit
39. SRH Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda		Stufe III: Tele Stroke Unit
40. Klinik an der Weißenburg, Uhlstädt-Kirchhasel		KEINE
41. Sophien- und Hufeland Klinikum Weimar		Stufe II: Regionale Stroke Unit

12.5 Notfall- und Katastrophenkapazitäten der Thüringer Krankenhäuser

Einrichtung	Gesamtbetten	Notfallbetten innerhalb	
		3 Stunden (15%)	6 Stunden (30%)
Planungsregion Nordthüringen			
KMG Klinikum Thüringen Brandenburg	435	65	131
Hufeland Klinikum Bad Langensalza/Mühlhausen	455	68	137
MEDIAN Klinik Bad Tennstedt	80	12	24
HELIOS Klinik Bleicherode	67	10	20
Eichsfeld Klinikum Kleinbartloff	351	53	105
St.-Elisabeth-Krankenhaus Lengsfeld unterm Stein	114	17	34
Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen	545	82	164
Lungenklinik Neustadt	65	10	20
Südharz-Klinikum Nordhausen	690	104	207
gesamt	2.802	420	841
Planungsregion Mittelthüringen			
Robert-Koch-Krankenhaus Apolda	177	27	53
Marienstift Arnstadt	75	11	23
Zentralklinik Bad Berka	647	97	194
HELIOS Klinik Blankenhain	104	16	31
HELIOS Klinikum Erfurt	1.178	177	353
Kath. KH "St. Johann Nepomuk" Erfurt	428	64	128
HELIOS Klinikum Gotha	341	51	102
Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau	377	57	113
SRH Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda	162	24	49

Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar	545	82	164
gesamt	4.034	605	1.210
Planungsregion Ostthüringen		0	0
Klinikum Altenburger Land	419	63	126
Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg	78	12	23
Waldkrankenhaus "Rudolf Elle" Eisenberg	204	31	61
Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz	52	8	16
SRH Wald-Klinikum Gera	913	137	274
Kreiskrankenhaus Greiz	256	38	77
Universitätsklinikum Jena	1.403	210	421
Fachklinik für Geriatrie u. Innere Med. Ronneburg	114	17	34
Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola", Saalfeld	775	116	233
Kreiskrankenhaus Schleiz	104	16	31
Asklepios Fachklinikum Stadroda	351	53	105
Klinik an der Weißenburg Uhlstädt-Kirchhasel	42	6	13
gesamt	4.711	707	1.413
Planungsregion Südwestthüringen			
MEDIAN Heinrich-Mann-Klinik Bad Liebenstein	64	10	19
m&i-Fachklinik Bad Liebenstein	66	10	20
Klinikum Bad Salzungen	399	60	120
St. Georg Klinikum Eisenach	393	59	118
Henneberg-Kliniken Betriebsgesell. Hildburghausen	155	23	47
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen	321	48	96
HELIOS Klinikum Meiningen	441	66	132
Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“ Meiningen	124	19	37
MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg	319	48	96
Elisabeth Klinikum Schmalkalden	148	22	44
SRH Zentralklinikum Suhl	519	78	156
gesamt	2.949	442	885
Thüringen gesamt	14.496	2.174	4.349

13 Datenblätter der Krankenhäuser

13.1 Allgemeines

Für jedes Thüringer Krankenhaus wird ein eigenes Datenblatt erstellt. Das Datenblatt enthält die durch den Feststellungsbescheid verbindlich auszuweisenden Angaben zu Standorten, Versorgungsauftrag, Gesamtplanbettenzahl sowie die verbindlich auszuweisenden Planbettenzahlen einzelner Fächer. Einschränkungen des Leistungsspektrums durch den Krankenhausträger wie zum Beispiel bei den Fachkliniken werden ebenfalls im Datenblatt aufgeführt.

13.2 Datenblätter (Alphabetisch nach Orten)

Datenblatt für die Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Psychiatrie und Psychotherapie	78	72
stationär gesamt	78	72
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	40	39
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	12	11
Tageskliniken gesamt	52	50
GESAMT	130	122

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachabteilung	zum 01.01.2018
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	16
Tagesklinik Psychosomatik und Psychotherapie	24
Tagesklinik gesamt	40

Datenblatt für das Klinikum Altenburger Land zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	48	48
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18	16
Innere Medizin	186	194
davon Palliativmedizin	10	
Intensivmedizin	44	45
Kinder- und Jugendmedizin	15	14
Neurologie	60	60
Orthopädie und Unfallchirurgie	48	49
GESAMT	419	426

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag
Neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Datenblatt für das Robert-Koch-Krankenhaus Apolda zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	25	25
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17	15
Innere Medizin	82	85
Intensivmedizin	7	7
Kinder- und Jugendmedizin	8	8
Orthopädie und Unfallchirurgie	38	39
GESAMT	177	179

Versorgungsauftrag: regionaler Versorgungsauftrag

Datenblatt für die IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt - Ilmenau zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	37	37
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19	17
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	8	7
Innere Medizin	227	236
davon Palliativmedizin	8	
davon zur Behandlung Suchtkranker	30	
Intensivmedizin	15	15
Kinder- und Jugendmedizin	17	17
Orthopädie und Unfallchirurgie	41	42
Urologie	13	13
GESAMT	377	384

Standort Ilmenau: Fachabteilungen	Chirurgie Innere Medizin einschließlich Palliativmedizin Intensivmedizin Urologie
Standort Arnstadt: Fachabteilungen	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Innere Medizin Intensivmedizin Kinder- und Jugendmedizin

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

Datenblatt für das Krankenhaus Marienstift Arnstadt, Orthopädische Klinik zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Orthopädie und Unfallchirurgie	75	77
GESAMT	75	77

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Orthopädie

Datenblatt für die Zentralklinik Bad Berka zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	59	59
Herzchirurgie	54	54
Innere Medizin	230	239
davon Palliativmedizin	14	
Intensivmedizin	57	59
Neurochirurgie	36	36
Neurologie	42	42
Nuklearmedizin	12	13
Orthopädie und Unfallchirurgie	157	160
GESAMT	647	662

Versorgungsauftrag: überregionaler Versorgungsauftrag
Zentrum für Rückenmarkserkrankte
Neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Datenblatt für die KMG Krankenhäuser Sondershausen, Bad Frankenhausen und Sömmerda zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	99	100
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25	22
Geriatrie	40	44
Innere Medizin	168	175
davon Palliativmedizin	8	
Intensivmedizin	25	26
Kinder- und Jugendmedizin	9	9
Orthopädie und Unfallchirurgie	67	68
Urologie (B)	2	2
stationär gesamt	435	446
Tagesklinik Geriatrie	3	3
GESAMT	438	449

Standort Sondershausen: Fachabteilungen	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Geriatrie Geriatrie Tagesklinik Innere Medizin Intensivmedizin Orthopädie und Unfallchirurgie
Standort Bad Frankenhausen: Fachabteilungen	Chirurgie Innere Medizin einschließlich Palliativmedizin Intensivmedizin Urologie (B) Orthopädie und Unfallchirurgie
Standort Sömmerda: Fachabteilungen	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Innere Medizin Intensivmedizin Kinder- und Jugendmedizin Orthopädie und Unfallchirurgie

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

Datenblatt für das Hufeland Klinikum Bad Langensalza/Mühlhausen zum 01.01.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Augenheilkunde (B)	1
Chirurgie	72
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	33
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde (B)	1
Innere Medizin	198
davon Palliativmedizin	16
Intensivmedizin	24
Kinder- und Jugendmedizin	18
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie (B)	1
Orthopädie und Unfallchirurgie	83
Urologie	24
GESAMT	455

Standort Bad Langensalza: Fachabteilungen	Augenheilkunde (B) Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Innere Medizin einschließlich Palliativmedizin Intensivmedizin Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (B) Urologie Orthopädie und Unfallchirurgie
Standort Mühlhausen: Fachabteilungen	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (B) Innere Medizin Intensivmedizin Kinder- und Jugendmedizin Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (B) Orthopädie und Unfallchirurgie

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

Datenblatt für die MEDIAN Heinrich-Mann-Klinik Bad Liebenstein zum 01.01.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Neurologische Frührehabilitation nach Phase B	64
GESAMT	64

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Datenblatt für die m&i-Fachklinik Bad Liebenstein zum 01.01.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Neurologische Frührehabilitation nach Phase B	66
GESAMT	66

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Datenblatt für die Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz zum 01.01.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Neurologische Frührehabilitation nach Phase B	52
GESAMT	52

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Datenblatt für das Klinikum Bad Salzungen zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	48	48
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22	20
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	24	23
Innere Medizin	123	127
davon Palliativmedizin	8	
Intensivmedizin	17	18
Kinder- und Jugendmedizin	12	12
Orthopädie und Unfallchirurgie	41	42
Psychiatrie und Psychotherapie	101	97
stationär gesamt	388	387
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	24	23
GESAMT	412	410

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

	zum 01.01.2018
Psychiatrie und Psychotherapie	83
Psychosomatik und Psychotherapie	29
stationär gesamt	112
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	19
Tagesklinik Psychosomatik und Psychotherapie	5
teilstationär gesamt	24
GESAMT	136

Datenblatt für die MEDIAN-Klinik Bad Tennstedt zum 01.01.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Neurologische Frührehabilitation nach Phase B	80
GESAMT	80

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Datenblatt für die HELIOS Klinik Blankenhain zum 01.01.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Chirurgie	18
Innere Medizin	35
davon Palliativmedizin	5
Intensivmedizin	6
Orthopädie und Unfallchirurgie	22
Urologie	23
GESAMT	104

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

Datenblatt für die HELIOS Klinik Bleicherode, Fachkrankenhaus für Orthopädie zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Orthopädie und Unfallchirurgie	67	49
GESAMT	67	68

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Orthopädie

Datenblatt für das St. Georg Klinikum Eisenach zum 01.01.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Chirurgie	54
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25
Innere Medizin	166
davon Palliativmedizin	10
Intensivmedizin	11
Kinder- und Jugendmedizin	18
Neurologie	35
Orthopädie und Unfallchirurgie	40
Urologie	44
stationär gesamt	393
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	56
Tagesklinik Psychosomatik und Psychotherapie	12
Tageskliniken gesamt	68
GESAMT	461

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag
neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Datenblatt für das Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ Eisenberg, Fachkrankenhaus für Orthopädie zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	18	18
Innere Medizin	42	44
Intensivmedizin	9	9
Orthopädie und Unfallchirurgie	135	137
GESAMT	204	208

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Orthopädie
im Übrigen regionaler Versorgungsauftrag

Datenblatt für das HELIOS Klinikum Erfurt zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Augenheilkunde	20	21
Chirurgie	86	87
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	52	47
Geriatrie	119	132
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	54	53
Haut- und Geschlechtskrankheiten	55	56
Innere Medizin	256	266
davon Palliativmedizin	12	
Intensivmedizin	89	90
Kinderchirurgie	23	22
Kinder- und Jugendmedizin	48	47
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	37	37
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	18	18
Neurochirurgie	26	26
Neurologie	53	53
Nuklearmedizin	3	3
Orthopädie und Unfallchirurgie	110	113
Psychiatrie und Psychotherapie	80	75
Strahlentherapie	20	20
Urologie	29	29
stationär gesamt	1.178	1.195
TK Geriatrie	12	13
TK Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	13	13
TK Psychiatrie und Psychotherapie	15	15
Tageskliniken gesamt	40	41
GESAMT	1.218	1.236

Versorgungsauftrag: überregionaler Versorgungsauftrag
Tumorzentrum im Sinne des § 2 Abs. 2 Nr.4 KHEntgG
Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder

Datenblatt für das Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	56	56
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21	19
Innere Medizin	154	160
davon Palliativmedizin	16	
Intensivmedizin	7	7
Orthopädie und Unfallchirurgie	39	40
Psychiatrie und Psychotherapie	118	110
Urologie	28	28
stationär gesamt	423	420
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	30	28
GESAMT	453	448

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

Fachabteilung	zum 01.01.2018
Psychiatrie und Psychotherapie	103
Psychosomatik und Psychotherapie	20
stationär gesamt	123
TK Psychiatrie und Psychotherapie	29
TK Psychosomatik und Psychotherapie	4
Tageskliniken gesamt	29
GESAMT	152

Datenblatt für das SRH Wald-Klinikum Gera zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Augenheilkunde	14	14
Chirurgie	90	91
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	40	37
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	29	29
Haut- und Geschlechtskrankheiten	28	29
Innere Medizin	333	346
davon Palliativmedizin	10	
Intensivmedizin	58	59
Kinder- und Jugendmedizin	23	23
Neurologie	35	35
Orthopädie und Unfallchirurgie	101	103
Psychiatrie und Psychotherapie	89	85
Strahlentherapie	30	30
Urologie	43	44
stationär gesamt	913	925
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	34	33
davon in Eisenberg	15	
GESAMT	947	958

Versorgungsauftrag: überregionaler Versorgungsauftrag
Tumorzentrum im Sinne des §2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG
neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Datenblatt für das HELIOS Klinikum Gotha zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	64	70
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20	18
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde (B)	4	4
Innere Medizin	151	159
davon Palliativmedizin	14	
Intensivmedizin	10	0
Kinder- und Jugendmedizin	17	16
Neurologie	9	9
Orthopädie und Unfallchirurgie	40	43
Urologie	26	27
stationär gesamt	341	346
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	24	24
GESAMT	365	370

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

Datenblatt für das Kreiskrankenhaus Greiz zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	37	37
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14	12
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde (B)	2	2
Innere Medizin	118	122
davon Palliativmedizin	5	
Intensivmedizin	13	13
Kinder- und Jugendmedizin	15	14
Orthopädie und Unfallchirurgie	33	34
Urologie	24	24
GESAMT	256	258

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

Datenblatt für die HELIOS Fachkliniken Hildburghausen zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	26	26
Neurologie	38	38
Psychiatrie und Psychotherapie	257	241
stationär gesamt	321	305
TK Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	11	12
TK Psychiatrie und Psychotherapie	97	93
TK Standort Hildburghausen	15	
TK Standort Ilmenau	22	
TK Meiningen	21	
TK Standort Sonneberg	21	
TK Standort Suhl	19	
Tageskliniken gesamt	108	105
GESAMT	429	410

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie

Fachabteilung	zum 01.01.2018
Psychiatrie und Psychotherapie	241
Psychosomatik und Psychotherapie	16
stationär gesamt	257
TK Psychiatrie und Psychotherapie	89
TK Standort Hildburghausen	9
TK Standort Ilmenau	20
TK Standort Meiningen	20
TK Standort Sonneberg	20
TK Standort Suhl	20
TK Psychosomatik und Psychotherapie Standort Hildburghausen	8
Tageskliniken gesamt	97
GESAMT	354

Datenblatt für die Henneberg-Kliniken Hildburghausen zum 01.01.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Chirurgie	22
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11
Geriatric	20
Innere Medizin	81
davon Palliativmedizin	8
Intensivmedizin	6
Orthopädie und Unfallchirurgie	15
stationär gesamt	155
Tagesklinik Geriatric	5
GESAMT	160

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

Datenblatt für das Universitätsklinikum Jena zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Augenheilkunde	36	37
Chirurgie	96	97
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	65	59
Geriatrie	62	66
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	43	42
Haut- und Geschlechtskrankheiten	34	35
Herzchirurgie	58	58
Innere Medizin	378	393
davon Palliativmedizin	12	
Intensivmedizin	71	72
Kinderchirurgie	13	13
Kinder- und Jugendmedizin	69	68
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	35	37
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	41	41
Neurochirurgie	51	51
Neurologie	73	74
Nuklearmedizin	10	10
Orthopädie und Unfallchirurgie	62	63
Psychiatrie und Psychotherapie	145	139
Strahlentherapie	18	18
Urologie	43	44
stationär gesamt	1.403	1.417
TK Geriatrie	9	10
TK Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	22	23
TK Psychiatrie und Psychotherapie	38	36
Tageskliniken gesamt	69	69
GESAMT	1.472	1.486

Versorgungsauftrag: überregionaler Versorgungsauftrag
 Transplantationszentrum
 Tumorzentrum gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG

Datenblatt für das Eichsfeld Klinikum zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	44	44
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22	20
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde (B)	1	1
Innere Medizin	151	157
davon Palliativmedizin	10	
Intensivmedizin	21	22
Kinder- und Jugendmedizin	24	23
Orthopädie und Unfallchirurgie	36	36
Urologie	52	54
GESAMT	351	357

Standort Reifenstein: Fachabteilungen	Chirurgie Intensivmedizin Urologie
Standort Worbis: Fachabteilungen	Innere Medizin einschließlich Palliativmedizin Intensivmedizin
Standort Heiligenstadt: Fachabteilungen	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (B) Innere Medizin Intensivmedizin Kinder- und Jugendmedizin Orthopädie und Unfallchirurgie Tele Stroke Unit

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag

Datenblatt für das St. Elisabeth-Krankenhaus Lengenfeld u. Stein, Fachklinik für Geriatrie zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Geriatrie	114	126
Tagesklinik Geriatrie	9	10
GESAMT	123	136

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Geriatrie

Datenblatt für die Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“ Meiningen zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Geriatrie	124	137
davon Palliativmedizin	8	
Tagesklinik Geriatrie	19	21
GESAMT	143	158

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Geriatrie

Datenblatt für das HELIOS Klinikum Meiningen zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Augenheilkunde (B)	1	1
Chirurgie	59	60
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	26	19
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde (B)	3	3
Haut- und Geschlechtskrankheiten (B)	1	1
Innere Medizin	136	142
davon Palliativmedizin	14	
Intensivmedizin	27	27
Kinder- und Jugendmedizin	12	12
Neurochirurgie	47	47
Neurologie	40	40
Orthopädie und Unfallchirurgie	51	52
Strahlentherapie (B)	2	1
Urologie	36	37
GESAMT	441	442

Versorgungsauftrag: überregionaler Versorgungsauftrag

Datenblatt für das Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen, Fachklinik für Psychiatrie zum 01.01.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	91
Neurologie	43
Psychiatrie und Psychotherapie	374
Psychosomatik und Psychotherapie	37
stationär gesamt	545
TK Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	39
davon in Bad Salzungen	14
davon in Eisenach	16
davon in Gotha	8
davon in Mühlhausen	1
TK Psychiatrie und Psychotherapie	134
davon in Arnstadt	10
davon in Bad Frankenhausen	27
davon in Heilbad Heiligenstadt	44
davon in Bad Langensalza	10
davon in Mühlhausen	33
davon in Sömmerda	10
TK Psychosomatik und Psychotherapie	10
Tageskliniken gesamt	183
GESAMT	728

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychosomatik

Datenblatt für die Lungenklinik Neustadt zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Innere Medizin	47	49
Intensivmedizin	18	18
GESAMT	65	67

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Pneumologie

Datenblatt für das Südharz-Klinikum Nordhausen 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Augenheilkunde	16	16
Chirurgie	74	76
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	28	26
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	34	34
Haut- und Geschlechtskrankheiten	24	25
Innere Medizin	160	166
davon Palliativmedizin	15	
Intensivmedizin	30	31
Kinder- und Jugendmedizin	27	26
Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	46*	46*
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (B)	2	
Neurochirurgie	26	26
Neurologie	38	39
Nuklearmedizin	2	1
Orthopädie und Unfallchirurgie	64	65
Psychiatrie und Psychotherapie	65*	65*
Strahlentherapie	19	19
Urologie	35	36
stationär gesamt	690	697
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	8*	8*
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	10*	10*
Tageskliniken gesamt	18	18
GESAMT	708	715

* Fortschreibung Betten wegen Psychiatriemodell

Versorgungsauftrag: überregionaler Versorgungsauftrag
Tumorzentrum im Sinne des §2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG

Datenblatt für das Kreiskrankenhaus Ronneburg, Fachklinik für Geriatrie zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Geriatrie	114	126
Tagesklinik Geriatrie	2	2
GESAMT	116	128

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Geriatrie

Datenblatt für die Dr. Ebel Fachklinik Saalfeld zum 01.07.2019

Fachabteilung	Anzahl Betten
Psychosomatik und Psychotherapie	16
stationär gesamt	16
TK Psychosomatik und Psychotherapie	10
Tageskliniken gesamt	10
GESAMT	26

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Psychosomatik und Psychotherapie

Datenblatt für die Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“ Saalfeld/Rudolstadt zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	120	121
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	33	30
Geriatric	79	88
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde (B)	2	2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	14	14
Innere Medizin	225	234
davon Palliativmedizin	2	
Intensivmedizin	31	32
Kinder- und Jugendmedizin	23	22
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie (B)	2	2
Orthopädie und Unfallchirurgie	84	86
Psychiatrie und Psychotherapie	138	136
Urologie	24	25
stationär gesamt	775	792
Tagesklinik Geriatric	16	17
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	33	24
Standort Saalfeld	21	
Standort Rudolstadt	12	
Tageskliniken gesamt	49	41
GESAMT	824	833
Standort Rudolstadt: Fachabteilungen	Geriatric Geriatric - Tagesklinik Innere Medizin einschließlich Palliativmedizin Intensivmedizin Psychiatrie Tagesklinik	
Standort Pößneck: Fachabteilungen	Chirurgie Innere Medizin Intensivmedizin Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (B) Orthopädie / Unfallchirurgie	
Standort Saalfeld: Fachabteilungen	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (B) Haut- und Geschlechtskrankheiten Innere Medizin Intensivmedizin Kinder- und Jugendmedizin Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie (B) Orthopädie / Unfallchirurgie Psychiatrie und Psychotherapie Psychiatrie - Tagesklinik Urologie	

Versorgungsauftrag: überregionaler Versorgungsauftrag

Datenblatt für das Kreiskrankenhaus Schleiz zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	23	23
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	12	11
Innere Medizin	63	66
davon Palliativmedizin	5	
Intensivmedizin	6	6
GESAMT	104	106

Versorgungsauftrag: regionaler Versorgungsauftrag

Datenblatt für das Elisabeth-Klinikum Schmalkalden zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Augenheilkunde (B)	1	1
Chirurgie	20	20
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7	13
Innere Medizin	90	93
davon Palliativmedizin	7	
Intensivmedizin	6	7
Orthopädie und Unfallchirurgie	24	25
Gesamt	148	159

Versorgungsauftrag: regionaler Versorgungsauftrag

Datenblatt für die MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	109	110
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13	12
Innere Medizin	155	161
davon Palliativmedizin	8	
Intensivmedizin	11	11
Orthopädie (B)	31	31
GESAMT	319	325

Standort Sonneberg: Fachabteilungen	Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe Innere Medizin einschließlich Palliativmedizin Intensivmedizin Orthopädie (B) Tele Stroke Unit
Standort Neuhaus am Rennweg: Fachabteilungen	Chirurgie Innere Medizin Intensivmedizin

Versorgungsauftrag: regionaler Versorgungsauftrag

Datenblatt für das ASKLEPIOS Fachklinikum Stadtroda, Fachklinikum für Psychiatrie und Neurologie zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	74	75
Neurologie	44	45
Psychiatrie und Psychotherapie	229	213
stationär gesamt	347	333
TK Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	21	22
davon in Stadtroda	2	
davon in Gera	19	
TK Psychiatrie und Psychotherapie	70	65
davon in Stadtroda	17	
davon in Pößneck	31	
davon in Greiz	22	
Tageskliniken gesamt	91	87
GESAMT	438	420

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie
neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Fachabteilungen	zum 01.01.2018
Psychiatrie und Psychotherapie	197
Psychosomatik und Psychotherapie	36
stationär gesamt	233
TK Psychiatrie und Psychotherapie	70
davon in Stadtroda	17
davon in Pößneck	31
davon in Greiz	22
TK Psychosomatik und Psychotherapie	36
davon in Stadtroda	4
davon in Pößneck	16
davon in Greiz	16
Tageskliniken gesamt	106
GESAMT	339

Datenblatt für das SRH Zentralklinikum Suhl zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Augenheilkunde	23	24
Chirurgie	51	52
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27	24
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	35	34
Haut- und Geschlechtskrankheiten	8	2
Innere Medizin	171	177
davon Palliativmedizin	15	
Intensivmedizin	16	16
Kinderchirurgie	5	5
Kinder- und Jugendmedizin	30	29
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	14	14
Neurologie	35	29
Nuklearmedizin	3	3
Orthopädie und Unfallchirurgie	65	67
Strahlentherapie	8	8
Urologie	28	24
GESAMT	519	508

Versorgungsauftrag: überregionaler Versorgungsauftrag
Tumorzentrum im Sinne des §2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG

Datenblatt für das SRH Klinikum Waltershausen-Friedrichroda zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	20	21
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17	15
Innere Medizin	99	103
davon Palliativmedizin	5	
Intensivmedizin	6	6
Orthopädie und Unfallchirurgie	20	20
GESAMT	162	165

Versorgungsauftrag: regionaler Versorgungsauftrag

Datenblatt für die Klinik an der Weißenburg, Fachklinik für Rheumatologie zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Innere Medizin	42	37
GESAMT	42	37

Versorgungsauftrag: Fachkrankenhaus für Rheumatologie

Datenblatt für das Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar zum 01.01.2017

Fachabteilung	Anzahl Betten	
	zum 01.01.2017	Prognose 2022
Chirurgie	25	25
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29	26
Geriatric	zum 1.4.2018 35	40
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	17	17
Innere Medizin	135	140
davon Palliativmedizin	8	
Intensivmedizin	17	18
Kinder- und Jugendmedizin	35	35
Neurologie	74	75
Orthopädie und Unfallchirurgie	55	56
Psychiatrie und Psychotherapie	126	117
stationär gesamt	548	549
Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie	56	52
TK Standort Weimar	38	
TK Standort Apolda	18	
Tagesklinik Geriatric	zum 1.4.2018 10	
Tageskliniken gesamt	66	
GESAMT	614	601

Versorgungsauftrag: (regional) intermediärer Versorgungsauftrag
neurologische Frührehabilitation nach Phase B

Fachabteilung	zum 01.01.2018
Psychiatrie und Psychotherapie	98
Psychosomatik und Psychotherapie	25
stationär gesamt	123
TK Psychiatrie und Psychotherapie	50
TK Standort Weimar	34
TK Standort Apolda	16
TK Psychosomatik und Psychotherapie	12
Tageskliniken gesamt	62
GESAMT	185

14 Anlage

Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Thüringen

Präambel

Der Schlaganfall ist die dritthäufigste Todesursache und die häufigste Ursache für Invalidität. In den letzten 20 Jahren hat die neurologische Forschung sich dieser Problematik gezielt und intensiv zugewandt und die Behandlung wesentlich verbessert. Dies wurde erreicht durch die Einführung der Schlaganfalleinheiten (Stroke Unit), neue Therapien sowie durch Aufklärungskampagnen. Wichtig ist neben der Lyse, d.h. der medikamentösen Wiedereröffnung verschlossener Hirngefäße, nach neuer Studienlage auch die neuro-interventionelle Behandlung im Katheterlabor. Darüber hinaus verbessert die spezifische Behandlung auf der Stroke Unit nachgewiesenermaßen das Ergebnis für alle Formen eines Schlaganfalls. Die Komplexbehandlung beinhaltet die neurologische Differentialdiagnose, das Monitoring des neurologischen und neuropsychologischen Befundes sowie gezielte therapeutische (Physio-, Logo-, Ergotherapie) und sekundärprophylaktische Maßnahmen. Nach den Leitlinien ist der Schlaganfall auf einer Stroke Unit zu behandeln, in die Behandlung sind dabei grundsätzlich Neurologen federführend einbezogen.

In Hinblick auf die *Strukturqualität bei der Schlaganfallversorgung* und auf *Qualitätsindikatoren für die Behandlung* werden für Thüringen nachfolgend Empfehlungen formuliert.

Strukturqualität in der Schlaganfallbehandlung

Für die Behandlung des Schlaganfalls stehen in Thüringen spezielle Behandlungseinheiten zur Verfügung, die in unterschiedlichem Maße dafür geeignet sind, auch kompliziertere Fälle zu betreuen. In Übereinstimmung mit den Leitlinien sollten Schlaganfälle in einer Neurologischen Klinik auf einer Stroke Unit oder in einer internistischen Klinik mit zertifizierter Stroke Unit behandelt werden. 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. In diesem Bereich sind klare Empfehlungen zur Strukturqualität notwendig, die nachfolgend aufgeführt sind.

Soweit möglich wird bzgl. der Strukturempfehlungen auf existierende Regelungen aus dem DRG-Katalog bzw. aus den Zertifizierungs-Richtlinien für Schlaganfalleinheiten Bezug genommen und auf die parallele neue Formulierung von Strukturbedingungen verzichtet, um hier Missverständnisse und rechtliche Unschärfen zu vermeiden.

Einrichtungen der Stufe I: Überregionale Stroke Unit: Die geforderten Strukturbedingungen richten sich nach den Zertifizierungsrichtlinien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (s. Anhang 1). Die Einrichtungen sollten zertifiziert sein.

Einrichtungen der Stufe II: Regionale Stroke Unit: Die geforderten Strukturbedingungen richten sich nach den Zertifizierungsrichtlinien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (s. Anhang 1). Die Einrichtungen sollten zertifiziert sein.

Einrichtungen der Stufe III: Tele-Stroke Unit: Die geforderten Strukturbedingungen richten sich nach den im DRG-Katalog hierfür formulierten Voraussetzungen (Tele-Stroke Unit, die nach Tele-Stroke-DRG abrechnet; s.

Anhang 2) bzw. nach den (weitgehend gleichen) Strukturvoraussetzungen, die in der Rahmenvereinbarung zum Schlaganfallnetzwerk Thüringen (s. Anhang 3) für die Schlaganfallversorgenden Partnerkliniken gefordert sind. Die Rahmenvereinbarung stellt auch sicher, dass Zentren für eine telemedizinische neurologische Betreuung in Thüringen zur Verfügung stehen.

Empfehlungen zur Schlaganfallbehandlung

In Übereinstimmung mit dem IGES-Gutachten und den entsprechenden Leitlinien wird empfohlen:

- Alle Patienten mit Verdacht auf einen akuten Schlaganfall sollen grundsätzlich in dafür geeigneten Stroke Units der Stufen I, II oder III behandelt werden. Sofern eine Einrichtung mit spezieller Versorgungseinheit der Stufe I, II oder III in vertretbarer Nähe ist, sollen andere Krankenhäuser ohne eine entsprechende Einrichtung für die Behandlung von Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall nicht angefahren werden, da sie für die Schlaganfallbehandlung nicht ausreichend geeignet sind.
- Krankenhäuser, die aufgrund ihres Versorgungsauftrages an der Behandlung von Schlaganfallpatienten teilnehmen müssen, sollen eine geeignete Behandlungseinheit (Stroke Unit der Stufe I, II oder III) einrichten.

Empfehlungen zu Qualitätsindikatoren für die Behandlung

Empfehlung zur Qualitätssicherung I: Alle Krankenhäuser, die eine Stroke Unit oder Tele-Stroke Unit betreiben oder eine Thrombolysetherapie des Schlaganfalls durchführen, sind verpflichtet, an der Qualitätssicherung Nordwestdeutschland der ADSR teilzunehmen und die Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (I60-I64 ICD10) dort zu dokumentieren.

Vom Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Münster (Prof. Dr. K. Berger) wird ein standardisierter Bericht auf der Grundlage der gemeldeten Schlaganfälle für die Stroke Units (Einrichtungen der Stufe I und II), die telemedizinisch versorgten Stroke Units (Einrichtungen der Stufe III) und die sonstigen Schlaganfall versorgenden Kliniken in Thüringen erstellt und an alle beteiligten Thüringer Kliniken und an das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMSGFF) geschickt.

Empfehlung zur Qualitätssicherung II: In Übereinstimmung mit dem IGES-Gutachten wird empfohlen, folgende Qualitätsindikatoren zu etablieren:

- Bis auf weiteres werden von allen Kliniken in Thüringen auf der Basis von Routinedaten die folgenden Indikatoren erhoben und dem TMSGFF jährlich zur Verfügung gestellt:

Indikator Ia: Zahl der Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (I60-I64 ICD10) und Anteil mit Behandlung in Stroke Unit (OPS 8-981, 8-98B) an allen Patienten mit der Hauptdiagnose Schlaganfall, ohne Zuverlegung nach mehr als 24 h

Indikator Ib: Zahl der Patienten mit einer transitorischen ischämischen Attacke (G45 ICD 10) und Behandlung in Stroke Unit (OPS 8-981, 8-98B) und Anteil an allen Patienten mit der Hauptdiagnose TIA, ohne Zuverlegung nach mehr als 24 h

Indikator 2: Anteil Patienten im Alter ab 18 Jahren, die eine systemische Lyse (ICD 8-020.8, 8-836-70) und/oder Katheterbehandlung erhalten haben, an allen Patienten im Alter ab 18 Jahren mit der Hauptdiagnose ischämischer Schlaganfall (I63 ICD10)

Diese Daten wird das TMSGFF in geeigneter Weise aggregieren und auswerten.

Anhang 1 zu den Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Thüringen; Quelle: Deutsche Schlaganfallgesellschaft, www.dsg-info.de, Zertifizierungskriterien 2015 – Regionale und überregionale Stroke Units, gültig ab 01.07.2015

Tabelle 1: Strukturelle Voraussetzungen (Kriterien Nr. 1--12)

Kriterium	Minimalanforderung	Zusätzliche Empfehlung der SU--Kommission
Räumliche Organisation	<ul style="list-style-type: none"> □ Monitorbetten sind in räumlicher Einheit zusammengefasst 	<ul style="list-style-type: none"> □ Definition einer bevorzugten Verlegungsstation mit festem Team innerhalb der Abteilung zur Weiterversorgung der Patienten
Bettenkapazität	<ul style="list-style-type: none"> □ R--SU: mindestens 4 Betten □ ÜR--SU: mindestens 6 Betten 	<ul style="list-style-type: none"> □ Als Bemessungsgrundregel gilt: pro SU--Bett können jährlich ca. 100 Schlaganfallpatienten behandelt werden □ Sofern die Abweichung von dieser Regel > 20 % beträgt, ist eine Kapazitätsanpassung vorzunehmen. □ Behandlung nicht--vaskulärer Patienten sollte gering gehalten und gemonitort werden; sog. Stroke--Mimics sollten nach korrekter Diagnosestellung zügig verlegt werden.
Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> □ Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> □ Abmeldungen sind strikt zu vermeiden und sind nur im Ausnahmefall und nur für kurze Zeit gerechtfertigt □ Die Abmeldefrequenz sollte kritisch überwacht werden, ggf. sind gezielte Gegenmaßnahmen zu ergreifen
Anzahl an Patienten mit Schlaganfall und TIA in der SU	<ul style="list-style-type: none"> □ R--SU: mindestens 250 Patienten □ ÜR--SU: mindestens 500 Patienten □ Schriftlicher Standard, der regelt, welche Patienten auf die SU aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> □ Klare Priorisierung von SUs bei der Aufnahmeregelung unter Vermeidung eines Krankenhaus--internen Wettbewerbs □ Es ist sicher zu stellen, dass Schlaganfallpatienten, die die Aufnahmekriterien erfüllen, auch auf der SU behandelt werden □ Die Verweildauer auf der SU ist anhand klinischer Kriterien zu gestalten und sollte regelmäßig gemonitort werden □ Potentielle Verlegungskandidaten sind im Vorfeld festzulegen und im Team zu kommunizieren

<p>Neurologische Kompetenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ R--SU: Facharztstandard durchgehend im Regeldienst und Rufdienst (entsprechend 2 Fachärzten) ☐ R--SU: Gemischte Dienstbesetzung mit Ärzten anderer somatischer Fächer (Innere Medizin, Neurochirurgie) möglich, sofern adäquate Einarbeitung und Teambildung sichergestellt ☐ ÜR--SU: Neurologische Abteilung mit rein neurologischer Dienstbesetzung 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Bei höhervolumiger Schlaganfallversorgung: Etablierung einer eigenständigen Neurologischen Abteilung ☐ R--SU mit gemischter Dienstbesetzung: adäquate Einarbeitung sicher stellen, adäquates Lyse--Management sicher stellen und Tür--Lyse--Zeiten überwachen
<p>Kardiologische Kompetenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ R--SU: ständige Verfügbarkeit im Regeldienst und Rufdienst 24/7 ☐ ÜR--SU: Internistische oder kardiologische Abteilung am Standort erforderlich mit Rufdienst 24/7 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Mindestens 2 Mitarbeiter mit Zusatzbezeichnung Kardiologie sollten am Hause tätig sein ☐ Zwecks Teambildung feste Ansprechpartner für die SU definieren

<p>Radiologisch-- neuroradiologische Kompetenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Sofern keine kontinuierliche ärztlich--radiologische Anwesenheit: Strahlenfachkunde vor Ort sicherstellen ☐ R--SU: Ständige Verfügbarkeit diagnostischer Kompetenz im Regeldienst und Rufdienst ☐ R--SU: rasche Verfügbarkeit interventioneller Kompetenz, was durch schriftlichen Standard geregelt ist, möglichst zusätzlich mit schriftlicher Kooperationsvereinbarung ☐ R--SU: sofern keine MTRA--Anwesenheit 24/7 muss überzeugend dargelegt werden, dass das Initialmanagement, insbesondere Tür-- Lyse--Zeit, darunter nicht leidet. ☐ ÜR--SU: MTRA--Anwesenheit 24/7 ☐ ÜR--SU: mindestens 1 Arzt für Radiologie mit Zusatzbezeichnung Neuroradiologie am Standort ☐ ÜR--SU: ständige Verfügbarkeit eines in der neuroradiologischen Diagnostik und Therapie erfahrenen Facharztes für Radiologie. Er gehört zum selben Krankenhaus und ist fest in die diagnostischen Abläufe akuter Schlaganfallpatienten eingebunden. Eine Befundung kann ggf. teleradiologisch erfolgen, eine ärztliche Anwesenheit muss innerhalb von 30 Minuten gewährleistet sein. ☐ ÜR--SU: Bei akuten Schlaganfallpatienten muss 24/7 sichergestellt sein, dass ein Gefäßverschluss mit einem angiographischen Verfahren (MRA, CTA) unmittelbar diagnostiziert und im Bedarfsfall unverzüglich vor Ort endovaskulär werden kann. Dafür sind mindestens 2 Neuro-- Interventionalisten mit ausreichender Fachexpertise am Standort notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Sofern keine kontinuierliche ärztlich--radiologische Anwesenheit: Sichere Anwendung von Röntgen-Kontrastmitteln durch entsprechende Standards und Schulungen sicher stellen ☐ R-- SU: bei hochvolumiger Schlaganfallversorgung sollte ein radiologischer Anwesenheitsdienst aufrecht erhalten werden ☐ R--SU: MTRA--Anwesenheit 24/7 wird dringend empfohlen ☐ ÜR--SU: es sollte grundsätzlich ein radiologischer Anwesenheitsdienst vorgehalten werden ☐ ÜR--SU: es sollten möglichst ≥ 2 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Neuroradiologie am Standort tätig sein ☐ ÜR--SU: es sollten mindestens 3 Neuro- Interventionalisten am Standort tätig sein, um auch in Urlaubs-- und Fehlzeiten eine stabile Interventionsfähigkeit 24/7 sicher zu stellen
--	---	--

Neurochirurgische Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> ☐ R--SU: Verfügbarkeit mittels Kooperationsvereinbarung in räumlicher Nähe ☐ ÜR--SU: zusätzlich obligate Sicherstellung einer Transportzeit von < 30 Min. 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ ÜR--SU: NCH--Abteilung sollte möglichst am Hause etabliert sein ☐ ÜR--SU: bei Entfernung zur NCH--Abteilung von > 20 km sind Verlegungszeiten an konkreten Einsätzen vorzulegen und die Option des Helikoptertransportes nachzuweisen ☐ sofern keine NCH--Abteilung am Standort: frühzeitige telefonische, bildradiologische Vorstellung und klare Verlegungsstandards etablieren
Gefäßchirurgische Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> ☐ sofern nicht am Standort angesiedelt: Kooperationsvereinbarung ☐ Jährliche BQS--Ergebnisse müssen vorliegen für TEA und Stent--PTA 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ ÜR--SU: eigene gefäßchirurgische Kompetenz am Hause ☐ Regelmäßige interdisziplinäre Gefäßkonferenzen ☐ Regelmäßige postoperative Einbindung der neurologischen Kompetenz ☐ Einheitliche Standards auch für asymptotische Karotisstenosen
Intensivmedizinische Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Kontinuierliche Verfügbarkeit einer vollwertigen Intensivstation (= mind. 4 Betten) an 365 Tagen/24 Std. ☐ Klare ITS--Aufnahmekriterien 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Einbindung der Neurologischen Kompetenz mit festen Ansprechpartnern auf tgl. Basis und klaren Standards ☐ Eigenständige neurologische Intensivstation für hochvolumige Schlaganfallversorger erwägen

Anhang 1 zu den Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Thüringen; Quelle: Deutsche Schlaganfallgesellschaft, www.dsg-info.de, Zertifizierungskriterien 2015 – Regionale und überregionale Stroke Units, gültig ab 01.07.2015

Tabelle 5: Jährliches Zwischenaudit (Kriterium Nr. 43)

1. Ablauf:

Das Audit sollte von einer unabhängigen Person/Instanz durchgeführt werden, die nicht in die klinische Routine auf der Stroke Unit eingebunden ist, vorzugsweise durch Mitarbeiter des hausinternen Qualitätsmanagements. Die Ergebnisse des Audits sollen in einem schriftlichen Bericht zusammengefasst und im Stroke Unit- Team besprochen werden. Verbesserungspotentiale sind zu benennen und sollen in einem Maßnahmenplan, mit Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zielzeitpunkten für die Umsetzung, festgehalten werden. Als Auditcheckliste kann der Zertifizierungsantrag verwendet werden.

2. Struktur und Standort der Stroke Unit:

Schriftliche Dokumentation der Bettenzahl und Stellungnahme im Hinblick auf zwischenzeitliche Änderungen von Standort/Struktur.

3. Anzahl der Schlaganfallpatienten einschließlich TIA (Kriterien 5 - 6):

Dokumentation der Gesamtzahl der im Klinikum/Krankenhaus (nach Abteilung/Klinik) und der Anzahl der auf der Stroke Unit behandelten Patienten inkl. Verweildauer.

4. Komplementäre Disziplinen:

Dokumentation und ggf. Spezifikation, ob sich strukturell etwas geändert hat bezüglich der kardiologischen, radiologischen/neuroradiologischen, neurochirurgischen, gefäßchirurgischen und intensivmedizinischen Kompetenz.

5. Diagnostik und Monitoring:

Dokumentation und ggf. Spezifikation struktureller Änderungen bezüglich bildgebender, angiologischer, neurosonographischer, kardiologischer oder laborchemischer Diagnostik.

Dokumentation, ob Voraussetzungen für ein kontinuierliches apparatives Monitoring in allen Betten der Stroke Unit weiter erfüllt sind.

6. Personelle Ausstattung:

- Dokumentation des Ärzte-Schlüssels der Abteilung/Klinik und Spezifikation, ob Voraussetzungen für die Abrechnung der Komplex-Ziffer 8-981 erfüllt sind.
- Dokumentation des Pflege-Schlüssels und Spezifikation, ob Voraussetzungen für die Zertifizierung weiterhin erfüllt sind. Im Falle einer gemischten Stationseinheit (nicht Stand alone) sind sowohl die Pflegekräfte für die Stroke Unit als auch die für den restlichen Stationsanteil zu dokumentieren.
- Dokumentation und ggf. Spezifikation, ob sich etwas hinsichtlich des therapeutischen Teams (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) geändert hat.

7. Benchmark-Bericht des letzten Jahres:

Kritische Durchsicht und Dokumentation folgender Parameter inkl. Vergleich mit dem Vorjahr:

- Anzahl der Thrombolyse,
- Anzahl der endovaskulären Thrombektomien,
- Anzahl der Lysetherapien < 60 Minuten (sogenannte Door-to-Needle-Zeit) in % ,
- Anteil der CTs < 60 Minuten bei Lyse-Patienten in % ,
- Anteil fehlender Angaben in % (Spanne),
- Dokumentation von Qualitätsindikatoren, die signifikant vom Gesamtkollektiv abweichen. Festlegung von Maßnahmen zur Verbesserung

8. Prozesse und Standards:

Überprüfung wesentlicher Prozesse und Standards.

9. Bemerkungen und Abweichungen des letzten Zertifizierungsaudit:

Prüfung und Dokumentation, inwieweit Verbesserungspotentiale, die im letzten Auditbericht aufgeführt wurden, in der Zwischenzeit bearbeitet wurden, bzw. umgesetzt wurden.

Anhang 2:

Strukturkriterien für die Abrechnung der Neurologischen Komplexbehandlung Schlaganfall (8-981 und 8-98b) nach dem DRG-Katalog 2015

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Exkl.:

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ([8-98b ff.](#))

Hinw.:

Dieser Kode kann auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden

- Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:
- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden
- 6-stündiger (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch einen Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchungsverfahren inklusive der transkraniellen Dopplersonographie. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
- ätiologische Diagnostik und Differentialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie
- kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls

- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie oder Logopädie innerhalb von 24 Stunden mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
- unmittelbarer Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (jeweils eigene Abteilung im Hause oder Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung, unabhängig vom Transportmittel)

8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Exkl.:

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ([8-981 ff.](#))

Hinw.:

Dieser Kode kann auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden

- Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein) mit:
 - 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)
 - 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden
 - 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch einen Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
 - Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
 - Durchführung der neurosonologischen Untersuchungsverfahren. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
 - ätiologischer Diagnostik und Differentialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
 - kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie innerhalb von 24 Stunden mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (jeweils eigene Abteilung im Hause oder Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung, unabhängig vom Transportmittel)

8-98b.00 Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.:

Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit der Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht. Ein Facharzt für Neurologie nimmt an den täglichen Visiten teil

8-98b.01 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.:

Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit der Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend telemedizinisch am Krankenbett zur Verfügung steht. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht.

Die primäre neurologische Untersuchung erfolgt im Rahmen eines regionalen Netzwerkes durch einen Telekonsildienst einer überregionalen Stroke Unit. Der Telekonsildienst muss 24 Stunden zur Verfügung stehen. Die Telekonsilärzte müssen für die Zeit des gesamten Telekonsildienstes von anderen klinischen Tätigkeiten freigestellt sein

- Für die Schlaganfallbehandlung in den telekonsiliarisch betreuten Kliniken müssen folgende Kriterien erfüllt sein:
- Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten
- Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators.
- Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr
- Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

8-98b.1 Mehr als 72 Stunden

8-98b.10 Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.:

Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit der Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht. Ein Facharzt für Neurologie nimmt an den täglichen Visiten teil

8-98b.11 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.:

Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit der Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend telemedizinisch am Krankenbett zur Verfügung steht. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht.

Die primäre neurologische Untersuchung erfolgt im Rahmen eines regionalen Netzwerkes durch einen Telekonsildienst einer überregionalen Stroke Unit. Der Telekonsildienst muss 24 Stunden zur Verfügung stehen. Die Telekonsilärzte müssen für die Zeit des gesamten Telekonsildienstes von anderen klinischen Tätigkeiten freigestellt sein

- Für die Schlaganfallbehandlung in den telekonsiliarisch betreuten Kliniken müssen folgende Kriterien erfüllt sein:
- Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten

- Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators
- Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr
- Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

Anhang 3:

Anforderungen an ein Kooperationskrankenhaus nach Rahmenvertrag zur Schlaganfallbehandlung

(§2 des Vertrages in der Fassung vom 01.01.2014)

- (1) Die apparativen Voraussetzungen des Kooperationskrankenhauses für die telemedizinische Anbindung zum Zentrum müssen mit den vom Zentrum definierten Voraussetzungen kompatibel sein. Das Kooperationskrankenhaus sichert die Betriebsbereitschaft seiner Übertragungseinrichtungen. Eine systemkompatible Bildübertragungseinheit ist vorzuhalten. Die Beschaffung der technischen Gegenstände, die Bereitstellung der notwendigen Datenübertragungsleitungen sowie der Abschluss entsprechender Wartungsverträge obliegen dem Kooperationskrankenhaus. Alle Reparaturarbeiten an der Geräteausstattung erfolgen in Verantwortung des Kooperationskrankenhauses.
- (2) Der Betrieb seiner Geräte und die Anfertigung neuroradiologischer Aufnahmen erfolgt durch dafür fachlich qualifiziertes Personal am Kooperationskrankenhaus.
- (3) Das Kooperationskrankenhaus gewährleistet folgende strukturelle und prozedurale Mindestvoraussetzungen:
 - Behandlung der Schlaganfallpatienten auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand über Telekonsil eingebunden sein)
 - 24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)
 - 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden
 - 6-stündliche (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch einen Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
 - Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
 - Verfügbarkeit von extra- und intrakranieller Dopplersonographie, alternativ MR-Angiographie, CT – Angiographie,
 - Notfalllabor einschließlich Liquordiagnostik

- ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (jeweils eigene Abteilung im Hause oder Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung, unabhängig vom Transportmittel)

Die Einbindung des neurologischen Sachverständs (erster Aufzählungspunkt) erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie telekonsiliarisch eingebunden wird. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend telemedizinisch von einem Facharzt für Neurologie oder einem Arzt mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke Unit) untersucht.

- (4) Das Kooperationskrankenhaus hält zum Zwecke der Telemedizinanbindung ein kompatibles Videokonferenzsystem in einem Behandlungs- oder Untersuchungsraum vor.
- (5) Das Kooperationskrankenhaus ist täglich 24 Stunden aufnahmebereit für Schlaganfallpatienten.
- (6) Insbesondere bei folgenden Indikationen verpflichtet sich das Kooperationskrankenhaus nach Erstuntersuchung (klinisch, CT, EKG) sofort Kontakt mit dem Zentrum aufzunehmen:
 - ischämischer Schlaganfall im 4,5-Stunden-Zeitfenster (Lyse-Option),
 - intrakranielle Blutung,
 - Hirnstammsymptomatik,
 - unklare qualitative und quantitative Bewusstseinsminderung,
 - unklarer klinischer oder diagnostischer Status und
 - „progressive“ Strokes.
- (7) Das Kooperationskrankenhaus erarbeitet mit dem Zentrum ein gemeinsames patientenindividuelles Therapiekonzept.
- (8) Das Kooperationskrankenhaus verpflichtet sich, auf den Aufbau einer regionalen Versorgungsstruktur hinzuwirken. Dies geschieht insbesondere durch Fortbildungsveranstaltungen für Rettungsdienstorganisationen, Not- und Hausärzte.

- (9) Das Kooperationskrankenhaus verpflichtet sich zur Teilnahme an den vom Zentrum gemäß § 1 Abs. 6 und 7 angebotenen Maßnahmen. Näheres kann in zweiseitigen Kooperationsvereinbarungen geregelt werden.

Für die Schlaganfallbehandlung in den telekonsiliarisch betreuten Kliniken müssen unabhängig davon folgende Kriterien erfüllt sein:

- Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten
- Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators
- Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr
- Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

- (10) Das Kooperationskrankenhaus führt Aufklärungsveranstaltungen im Versorgungsgebiet durch.

- (11) Unter Nutzung vorhandener Module erfasst das Kooperationskrankenhaus mittels eines Qualitätssicherungsbogens die dort geforderten klinischen und administrativen Daten. Das Ergebnis der Auswertung stellt das Kooperationskrankenhaus dem Zentrum zur Verfügung. Die Ergebnisse werden zeitnah gemeinsam ausgewertet.

Abkürzungsverzeichnis

B	Belegabteilung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
InEK-Daten	Daten gem. § 21 KHEntgG, aufbereitet vom InEK
IMC	Intermediate Care
ITS	Intensivtherapiestation
MANV	Massenanfall von Verletzten
rBv	regionale Bevölkerungsvorausberechnung
ThürRettG	Thüringer Rettungsdienstgesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch V
ThürKHG	Thüringer Krankenhausgesetz
TK	Tagesklinik