



Werkstatt
Zukunft.Gesundheit.

Thüringen.2030

AGETHUR – Werkstatt 2030 | Carl-August-Allee 9 | 99423 Weimar

Antje Görnhardt
Mobil: 0171 / 72 01 142
Email: goernhardt@agethur.de

Jens Kretzschmar
Mobil: 0171 / 72 47 300
Email: kretzschmar@agethur.de

Internet: www.agethur.de
www.zukunft-gesundheit.thueringen.de

Ergebnisdokumentation zum Werkstattprozess „Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen“



Inhalt

Zu dieser Ergebnisdokumentation.....	4
Teil A – Zusammenfassung der Workshops 1 – 5 der Dialogwerkstatt „Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen“	4
Teil B – Ergebnisse der Diskussionen im Rahmen des Abschlussworkshops und Ableitungen daraus zur Weiterarbeit.....	9
1 Bedarfsprognose	9
1.1 Diskussion zur These	9
1.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These	10
Fragestellungen für das Gutachten	10
Bund.....	10
Landeskrankenhausplanungsausschuss	10
Werkstattprozess.....	10
2 Kooperationsformen (fachspezifisch & trägerübergreifend).....	10
2.1 Diskussion zur These	11
2.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These	11
Fragestellungen für das Gutachten	11
Bund.....	12
Landeskrankenhausplanungsausschuss	13
Werkstattprozess.....	13
3 Sektorenverbindende Leistungserbringung.....	13
3.1 Diskussion zur These	13
3.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These	13
Fragestellungen für das Gutachten	13
Bund.....	14
Landeskrankenhausplanungsausschuss	14
Werkstattprozess.....	14
4 Transformation durch Kooperation	14
4.1 Diskussion zur These	14
4.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These	15
Fragestellungen für das Gutachten	15
Bund.....	15
Landeskrankenhausplanungsausschuss	16
Werkstattprozess.....	16
5 Planungsregionen.....	16
5.1 Diskussion zur These	16
5.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These	17

Fragestellungen für das Gutachten	17
Bund.....	17
Landeskrankenhausplanungsausschuss	17
Werkstattprozess.....	18
6 Regionale Einbindung/Beteiligung.....	18
6.1 Diskussion zur These	18
6.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These	18
Fragestellungen für das Gutachten	18
Bund.....	19
Landeskrankenhausplanungsausschuss	19
Werkstattprozess.....	19
7 Patientenfokus.....	19
7.1 Diskussion zur These	19
7.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These	19
Fragestellungen für das Gutachten	19
Bund.....	19
Landeskrankenhausplanungsausschuss	19
Werkstattprozess.....	20
8 Kommunikation.....	20
8.1 Diskussion zur These	20
8.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These	21
Fragestellungen für das Gutachten	21
Bund.....	21
Landeskrankenhausplanungsausschuss	21
Werkstattprozess.....	21
9 Notfallversorgung	22
9.1 Diskussion zur These	22
9.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These	22
Fragestellungen für das Gutachten	22
Bund.....	22
Landeskrankenhausplanungsausschuss	22
Werkstattprozess.....	22
Anhang – Mögliche Fragestellungen an das Gutachten für den 8. Thüringer Krankenhausplan als Ergebnis der Dialogwerkstatt „Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen“	23

Zu dieser Ergebnisdokumentation

In der vorliegenden Ergebnisdokumentation zu Schwerpunkten und Fragestellungen für die Beauftragung des Gutachtens im Vorfeld der Erstellung des 8. Thüringer Krankenhausplans werden

- **im Teil A die Inhalte und Diskussionen in den Workshops 1-5 zusammengefasst,**
- **im Teil B die Ergebnisse der Diskussionen im Rahmen des Abschlussworkshops und Ableitungen daraus zur Weiterarbeit aufbereitet und**
- **im Anhang daraus gebündelte Fragestellungen an das Gutachten für den 8. Thüringer Krankenhausplan als Ergebnis der Dialogwerkstatt „Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen“**

herausgearbeitet.

Die im Teil B dargestellte Diskussion erfolgte entlang von ursprünglich zehn Thesen. In diesen in der vorliegenden Ergebnisdokumentation auf neun Thesen reduzierten Darstellung sind die wesentlichen Diskussionsstränge der vorausgegangenen vier Workshops der Dialogwerkstatt „Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen“ abgebildet. In der Aufbereitung der Diskussion wurden mögliche Fragestellungen sowohl an das Gutachten als auch an den Bund bzw. die Beratungen zwischen dem Bund und den Ländern zur Krankenhausreform herausgearbeitet.

Diese Ergebnisdokumentation, vorgelegt durch die Prozessbegleitung, ist ein wesentliches Zwischenziel. Die Ableitungen müssen nun fachlich diskutiert und überprüft werden, um sie dann mit Blick auf das Gutachten zu sortieren und zu priorisieren.

Teil A – Zusammenfassung der Workshops 1 – 5 der Dialogwerkstatt „Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen“

Workshop 1 – Auftakt

Der Auftaktworkshop im September 2022 war der Startpunkt eines gemeinsamen, offenen und transparenten Dialoges zum ersten Themenschwerpunkt „Zukunft der Krankenhausplanung“ im Rahmen der Werkstatt ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030. Die Workshopreihe ist mit dem Ziel gestartet, Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung und insbesondere den Krankhausbereich zu analysieren, Lösungsmöglichkeiten zur Weiterentwicklung der Thüringer Krankenhausversorgung zu identifizieren und zu diskutieren. Einen wichtigen Impuls lieferte dafür das von zentralen mit der Krankenhausplanung befassten Akteuren formulierte Zielbild. Für das Ende dieser Veranstaltungsreihe wurde angekündigt, dass Themenschwerpunkte und Fragestellungen für die Beauftragung des Gutachtens für den 8. Thüringer Krankenhausplan erarbeitet und nach Möglichkeit konsentiert werden, aber auch herausgearbeitet wird, zu welchen Themen und Fragen es weiterhin einen Klärungsbedarf gibt.

Im Rahmen des Auftaktworkshops wurde in einem ersten Schritt sehr breit geschaut, wo die Herausforderungen und die Chancen in den Themenfeldern Qualität der Versorgung, Kommunikation von Veränderungen, Vernetzung und Kooperation, Bedarfsgerechtigkeit sowie Fachkräfte und Qualifizierung liegen. Diese breite Sammlung diente zum einen dazu, Themen für die Strukturierung der weiteren Workshops zu generieren, zum anderen aber auch dazu, einen Dialograum zwischen den unterschiedlichen beteiligten Institutionen zu schaffen. Die Kleingruppen boten die Möglichkeit, die unterschiedlichen Positionen kennenzulernen und sich dazu auch auszutauschen.

Dieser Workshop hat die Basis gelegt sowohl mit Blick auf den Dialog als auch auf die in den Folge-workshops zu bearbeitenden Themen.

Workshop 2 – Strukturen und Planung

Der Workshop 2 stand unter der Überschrift „Strukturen und Planung“, der mit zwei Impulsvorträgen zur Krankenhausplanung vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen und der Frage, ob es in Thüringen Strukturveränderungen braucht, startete.

Im ersten Online-Workshop referierte Prof. Dr. Andreas Beivers (Hochschule Fresenius, München) zu den Grundlagen der Krankenhausplanung. Dabei hat er auf die Notwendigkeit von Veränderung hingewiesen und deutlich gemacht, dass neben Politik, Kostenträgern und Leistungserbringern auch die Bürgerinnen und Bürger auf dem Weg mitgenommen werden müssen.

Darüber hinaus hat er auf Zielkonflikte hingewiesen, die zwischen den Zielen Bedarfsgerechtigkeit, Qualität, Finanzierbarkeit, Wirtschaftlichkeit und Flächendeckung vorhanden sein können. Außerdem stellte er aktuelle Hürden für die Entwicklung kleiner Krankenhäuser dar und arbeitete die Notwendigkeit heraus, alternative Zielbilder für diese zu entwickeln, die zum regionalen Versorgungsbedarf passen.

Anschließend hat Dr. Adam Pilny (Institute for Health Care Business GmbH) die Frage erörtert, ob die Thüringer Krankenhauslandschaft neue Strukturen braucht. Ausgangspunkt seiner Betrachtungen war die These, dass es den Krankenhäusern in Thüringen besser gehe als denen im gesamtdeutschen Durchschnitt.

Er hat sich mit Perspektiven beschäftigt, wie Szenarien zur Entwicklung der stationären Leistungsmenge aussehen könnten. Daneben hat er deutlich gemacht, dass die größte Herausforderung noch bevorsteht: der heraufziehende Engpass bei der Ressource Personal. Konkret heißt das: immer weniger Menschen können mithelfen, eine Medizin und Pflege in Würde zu erbringen. Oder anders formuliert: ein Weiter-so bedeutet mittelfristig Rationierung mangels Fachkräften.

Daraus abgeleitet stellte er als zentrale Frage: Kriegen wir den Wunsch nach einer guten Versorgung einerseits und weniger zur Verfügung stehender Arbeitszeit andererseits unter einen Hut? Daraus wurden dann Potentiale für das Gesundheitswesen in Thüringen abgeleitet.

Im Anschluss an die Vorträge gab es eine Arbeitsphase in acht akteurshomogenen Kleingruppen. Dort wurde ausgehend von den Vorträgen diskutiert anhand der Leitfrage: „Welche Anforderungen an den zukünftigen Krankenhausplan ergeben sich und was wäre Ihnen wichtig, im Krankenhausplan zu reflektieren?“

Abschließend wurde eine erste Strukturierung und Themensetzung für den weiteren Werkstattprozess seitens der Prozessbegleitung dargestellt, wie sie sich zu dem damaligen Zeitpunkt darstellte. Zum Thema neue sektorenverbindende Versorgungsmodelle gab es die größte Schnittmenge, verbunden mit der Frage, welche Anreize für Kooperationen gesetzt werden können. In der Ausgestaltung neuer sektorenverbindender Versorgungsmodelle gab es Differenzen zwischen den Gruppen. Gleichzeitig wurde die Frage nach dem Bedarf an Versorgung, wie dieser perspektivisch ermittelt werden soll und in welchem regionalen Zuschnitt (Raumordnung und Krankenhausplanung), über alle Akteursgruppen hinweg gestellt. Es wurde auch die Frage nach einer Patientensteuerung und deren Verankerung im Krankenhausplan aufgeworfen. Ein Resümee dieses Workshops war, dass es einen gelenkten Strukturwandel braucht.

Workshop 3 – Umsetzung und Versorgungsmodelle

Workshop 3 widmete sich der Frage, wie Transformationsprozesse in der Krankenhausplanung aktuell in drei anderen Bundesländern vollzogen werden.

Zu Beginn wurden die Entwicklungen in der Krankenhausplanung dreier Bundesländer exemplarisch vorgestellt. Dies geschah für Nordrhein-Westfalen durch Herrn Langenberg, zu diesem Zeitpunkt noch tätig im nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium. Der niedersächsische Prozess wurde vorgestellt von Dr. Robbers, Referatsleiter im niedersächsischen Gesundheitsministerium. Flankiert wurde sein Vortrag von Prof. Dr. Schneider (Medizinische Hochschule Hannover), der die niedersächsische Enquetekommission zur Krankenhausreform begleitet hat. Für das sächsische Gesundheitsministerium war Frau Rügen (Referatsleiterin) zugeschaltet.

Die Referierenden haben jeweils die Spezifika ihres Veränderungsprozesses herausgearbeitet, gleichzeitig aber auch Einblick in den Prozessverlauf und die Zusammenarbeit der Akteure gegeben. Alle Referierenden haben das partizipative Element, welches auch den Prozess in Thüringen auszeichnet, in seiner Wichtigkeit besonders hervorgehoben.

Als konkretes Umsetzungsbeispiel für eine Transformation aus der Praxis wurde von Herrn Bohm, Geschäftsführer der AGENON GmbH, das Vorhaben einer Strukturmigration im ländlichen Raum in Templin vorgestellt – ein Projekt, das im Rahmen des Innovationsfonds umgesetzt wurde.

Im zweiten Teil des Workshops hatten die Teilnehmenden Gelegenheit, in moderierten akteursheterogenen Kleingruppen entlang von Leitfragen die Prozessbeispiele aus den anderen Bundesländern sowie das Umsetzungsbeispiel aus Templin zu diskutieren und Fragen an die Referierenden zu erarbeiten. In einer abschließenden Fragerunde nahmen die Referierenden noch einmal Stellung zu den an sie gerichteten Fragen.

Es wurde herausgearbeitet, dass für Thüringen abgewogen werden muss, welche Form des Strukturwandels passend ist und welchen Rahmen der Krankenhausplan dafür geben muss (gelenkter Strukturwandel). Für den anstehenden Transformationsprozess werden darüber hinaus Finanzmittel in hinreichender Höhe benötigt (zu klären bleibt hier, welche Finanzierungstöpfe herangezogen werden können bzw. neu aufgemacht werden müssen). Es braucht ein Instrumentarium, um die Transformation konkret vollziehen und begleiten zu können. Auch die Einteilung der Planungsregionen wurde erneut diskutiert. Es wurde auch die Frage gestellt, welcher Form der formalrechtlichen Regelung der Zusammenarbeit der Akteure vor Ort untereinander es bedarf (sektoren- und regionenübergreifend) und ob es hierfür Änderungen im Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG) braucht. Strukturveränderungen vor Ort bedürfen einer dezierten Auseinandersetzung mit den individuellen örtlichen/regionalen Strukturen ebenso wie eine partizipative Einbindung der betroffenen Akteure und der Kommunen. Ein Resümee dieses Workshops war es, dass es für den beschriebenen Strukturwandel und die Umsetzung neuer Versorgungsmodelle unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit (Kooperation und Vernetzung) braucht, die in Workshop 4 bearbeitet wurden.

Workshop 4 – Kooperation und Vernetzung

In Workshop 4 wurde u.a. das Ambulantisierungspotential in den Blick genommen, Ergebnisse des Gutachtens zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs wurden vorgestellt und die Themen Kooperation und

Vernetzung vertieft bearbeitet. In einem ersten Vortrag referierte Dr. Martin Albrecht vom IGES Institut zu neuen Perspektiven der Ambulantisierung und zum Gutachten zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs. Dabei hat er auch die Entwicklung des AOP-Katalogs in Beziehung gesetzt zu den aktuellen Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums.

In der Darstellung der Ergebnisse der dritten Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Regierungskommission) durch Herrn Weller, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, kam das Thema Anreize für Kooperationen zwischen Krankenhäusern zur Sprache. Es wurde skizziert, dass eine Versorgung auf unterschiedlichen Versorgungsstufen eine engere Vernetzung der Krankenhäuser erforderlich macht, um z.B.

- Patientenpfade gemeinsam abzustimmen,
- Wege einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (z.B. frühzeitige Identifikation von Risikopatienten) zu entwickeln oder
- eine interdisziplinäre Beratung komplexer Fälle durch eine telemedizinische Vernetzung auf den Weg zu bringen.

Kooperationen zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen (Level) werden auch mit Blick auf die Ausbildung von medizinischem Personal notwendig. Ebenso wurde die Vernetzung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor im Bericht dargestellt.

In der anschließenden Kleingruppenphase gab es Input zu verschiedenen Praxisbeispielen zu unterschiedlichen Formen von Kooperation und Vernetzung. Dazu wurde anhand von Leitfragen diskutiert, welches die Gelingensfaktoren dieser Beispiele waren und wie sich diese ggf. generalisieren lassen. Die Praxisbeispiele waren:

- COVID-Versorgungskonzept, referiert von Prof. Dr. Bauer, Universitätsklinikum Jena;
- Unternehmensübergreifende Kooperation und Vernetzung, referiert von Dr. Arne Ballies, Geschäftsführer der Sternbach-Kliniken in Schleiz;
- Schlaganfall-Telemedizin-Netzwerk Thüringen, referiert von Prof. Dr. Otto Witte, Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Jena;
- Herausforderungen in der Perinatalen Versorgung, referiert von Prof. Dr. Mario Rüdiger, Universitätsklinikum Dresden;
- Kurzzeitpflege als wichtiges Bindeglied in der Gesundheitsversorgung, referiert von Herrn Zwinscher, Z&L-Unternehmensgruppe.

Im Ergebnis wurde herausgearbeitet, dass Kooperationsformen (themenspezifische Netzwerke) zwischen Häusern unterschiedlicher Versorgungsstufen eine sinnvolle Unterstützungsstruktur darstellen können, die zur Verbesserung der Qualität der Versorgung beitragen können. Allerdings ist insbesondere bei der Übertragung bestehender Modellprojekte auf andere Fachthemen die betriebswirtschaftliche Abbildung zu berücksichtigen. Es stellte sich die Frage, wie solche Netzwerkstrukturen oder auch Pfad-Modelle inkl. der dafür benötigten Patientenlogistik im Krankenhausplan verankert werden sollen und können. Kooperationen zwischen Häusern unterschiedlicher Versorgungsstufen können auch für die gemeinsame Weiterbildung oder gemeinsame Personalakquise genutzt werden. Basis für gelingende Kooperationen sind

Kommunikation, Akzeptanz und Vertrauen. Es wurden auch Möglichkeiten der Kooperation von Krankenhäusern mit Einrichtungen der Kurzzeitpflege diskutiert.

Im Fazit des Workshops wurde noch einmal auf die Implikationen der dritten Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Thüringer Prozess eingegangen, aus der sich mindestens vier Folgerungen ableiten lassen:

- Der nächste Thüringer Krankenhausplan muss eine Brücke vom Status quo hin zu einem bisher noch nicht abschließend definierten Zielbild schlagen. Entsprechend muss er Handlungsräume öffnen und Flexibilität erhalten. Der nächste Thüringer Krankenhausplan soll ein Transformationsplan sein.
- Er soll zugleich den Krankenhäusern in Thüringen eine Perspektive bieten, einen Transformationspfad aufzeigen, um zeitnah strategische Entscheidungen treffen zu können.
- Er muss Instrumente bereithalten, um Transformationsprozesse zu gestalten, d.h. ein maximales Maß an freiwilliger Reorganisation ermöglichen und an Stellen, an denen sich die beteiligten Parteien nicht eigenständig einigen können, Optionen zum gestalterischen Eingriff vorhalten.
- Es soll Optionen für Modellregionen geben, um neue Formen der Zusammenarbeit vertieft zu erproben. Dies kann ein Katalysator für Transformationsprozesse sein.

Workshop 5 - Abschluss

Ausgehend von den Inhalten und Diskussionen der vorausgegangenen Workshops wurden im Nachgang an den vierten Workshop Thesen entwickelt. In diesen Thesen sind die wesentlichen Diskussionsstränge abgebildet. Die Thesen bildeten den Ausgangspunkt für die Diskussion im Abschlussworkshop im Januar 2023. In einem ersten Schritt ordneten die Teilnehmenden jede These mit Blick auf zwei Dimensionen ein. Die erste Dimension bildete die Priorität der These in Relation zu den sonstigen Thesen und die zweite Dimension die Größe der Herausforderungen bzgl. der Konsentierung noch offener Fragen bzw. der Umsetzung. Ziel dieses Workshops war es, in den Diskussionen in den Kleingruppen möglichst konkret bereits Themenschwerpunkte und Fragestellungen für die Beauftragung des Gutachtens für den 8. Thüringer Krankenhausplan herauszuarbeiten und ein Bild davon zu bekommen, in welchen Bereichen Konsens herrscht. Es sollte jedoch auch deutlich werden, zu welchen Punkten es weiterhin Kontroversen gibt. Gleichzeitig wurde herausgearbeitet, wie mit den dann noch offenen Themen und Fragen (die nicht im Gutachten bearbeitet werden sollen) weiter umgegangen werden soll.

Im ersten Impulsvortrag des Tages hob Frau Engehausen (Beraterin, Expertin Gesundheitswesen) Patient:innensicherheit als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung und als Investition in ein vertrauensvolles Miteinander hervor. Patient:innensicherheitskultur, so ihre Aussage, sei auf allen Ebenen des Gesundheitswesens sowie Patient:innensicherheitskompetenz bei allen Beteiligten des Gesundheitssystems auszubauen.

Dr. Andreeva von der Landeskontaktstelle für Selbsthilfe Thüringen e.V. wies in ihrem Impulsvortrag darauf hin, dass die Krankenhausplanung aus Sicht der Patient:innen vor allem die personelle Ausstattung der Häuser und die finanzielle Absicherung der stationären Versorgung im Blick haben müsse. Außerdem solle sie auf eine Beteiligung von Patient:innen und hinwirken.

Abschließend erläuterte Dr. Eichelberger, Referentin im Krankenhausreferat des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF) den formellen Weg zum 8. Thüringer

Krankenhausplan sowie Notwendigkeit und mögliche Inhalte eines vorbereitenden Gutachtens für diesen.

Teil B – Ergebnisse der Diskussionen im Rahmen des Abschlussworkshops und Ableitungen daraus zur Weiterarbeit

1 Bedarfsprognose

Der 8. Krankenhausplan prognostiziert die künftigen stationären Versorgungsbedarfe in Thüringen. Für die Bedarfsplanung sollen geeignete Instrumente aus der Wissenschaft genutzt werden. Der Einfluss der Corona-Pandemie auf den Bedarf sollte Berücksichtigung finden. Auch andere Einflussfaktoren auf die stationäre Versorgung sind zu berücksichtigen (Demographie, Ambulantisierung). Im Rahmen des Transformationsprozesses soll auch eine höhere Transparenz zur Struktur der Leistungserbringung im Status quo geschaffen werden.

1.1 Diskussion zur These

Die Diskussion der These hat die an vielen Stellen des Werkstattprozesses und auch im Zielbild 2030 der medizinischen Versorgung in Thüringen bereits dargestellten demographisch bedingten Herausforderungen ein weiteres Mal bestätigt. Um die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum sicherzustellen, sind neue Formen der Spezialisierung und Kooperation unter Berücksichtigung regionaler Bedarfe und demographischer Faktoren zu entwickeln. Um dieser Anforderung gerecht zu werden, ist auch die Rolle der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung mit zu berücksichtigen.

Mit den im 8. Thüringer Krankenhausplan gesetzten Rahmenbedingungen müssen Optionen geschaffen werden, die eine Synchronisierung der Entwicklungen auf Bundesebene im Rahmen des Krankenhausreformprozesses mit den Entwicklungen auf Landesebene zulassen.

Es wurde weiterhin die methodische Herausforderung beschrieben, die Prognose für die ambulante und stationäre Versorgung und die daraus resultierende Planung zusammenzubringen. Perspektivisch ist eine sektorenverbindende patientenorientierte Versorgungsplanung anzustreben. Intensiv diskutiert wurde die Frage, welche Datengrundlage (Zeitraum) für die Bedarfsprognose heranzuziehen ist. Dabei spielen zum einen die pandemiebedingten Veränderungen in der stationären Leistungsmenge eine Rolle. Gleichzeitig besteht aber auch noch Unsicherheit, ob sich die stationäre Leistungsmenge wieder auf das Vor-Corona-Niveau begibt. In diesem Zusammenhang wurde auch diskutiert, dass es zusätzliche Prognosefaktoren braucht, um die Krankenhausplanung krisen- und zukunftstauglich (Ambulantisierung, Strukturveränderungen, Pandemien, globale Ereignisse mit Auswirkungen auf Deutschland/Thüringen) zu gestalten. Hinsichtlich der noch nicht abschließend abzusehenden Entwicklungen sowohl im Krankenhausreformprozess auf Bundesebene als auch der Weiterentwicklung der Ambulantisierung, der Auswirkungen der Pandemie sowie des Krieges in der Ukraine ist eine permanente Reflexion des Krankenhausplanes verbunden mit flexiblen Optionen zur Weiterentwicklung notwendig. Um diesen Entwicklungen auch in der Bedarfsprognose Rechnung zu tragen, könnte in unterschiedlichen Szenarien gerechnet werden, um einen entsprechenden Korridor abzubilden. Dabei ist Transparenz zu den jeweils getroffenen Annahmen herzustellen.

1.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These

Fragestellungen für das Gutachten

- Welchen Einfluss hat die demographische Entwicklung auf den Bedarf an (teil-)stationären Leistungsangeboten für den 8. Thüringen Krankenhausplan?
- In welchem Umfang sind Ambulantisierungspotentiale, speziell im Bereich der Umsetzung des AOP-Kataloges, bei der Bedarfsprognose zu berücksichtigen?
- Welche Prognosefaktoren jenseits der Demographie und des Ambulantisierungspotentials werden den Bedarf an und die Verfügbarkeit der stationären Versorgungsleistungen beeinflussen? Wie kann man diese quantifizieren?
- Welche Erkenntnisse/Entwicklungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie beeinflussen den Bedarf an (teil-)stationären Behandlungsangeboten dauerhaft? Wie sind diese zu quantifizieren? Bedarf es eines Korrekturfaktors wegen nur vorübergehender pandemiebedingter Veränderungen des Leistungsgeschehens?
- Sollten bei der Festlegung der bedarfsnotwendigen Kapazitäten für den 8. Thüringer Krankenhausplan künftige Pandemien, andere Krisenszenarien (etwa Krieg, Klimawandel) berücksichtigt werden? Wenn ja, wie?

Bund

keine

Landeskrankenhausplanungsausschuss

Der Krankenhausplanungsausschuss muss auf Basis der Ergebnisse des Gutachtens den versorgungsnotwendigen Bedarf an (teil-)stationären Versorgungsangeboten prognostizieren und diesen auf die Planungsregionen umlegen. Er erarbeitet den 8. Thüringer Krankenhausplan.

Werkstattprozess

keine

2 Kooperationsformen (fachspezifisch & trägerübergreifend)

Fachspezifische Kooperationsformen (z.B. Schlaganfall-Netzwerk/Herzinfarkt-Netzwerk/Corona-Versorgungskonzept) zwischen Häusern unterschiedlicher Versorgungsstufen sowie die Bildung von Zentren erhöhen die Versorgungsqualität. Dafür braucht es strukturelle Voraussetzungen (Infrastruktur, Personal) und eine betriebswirtschaftliche Abbildung. Nicht alle Leistungsbereiche eignen sich für derartige Kooperationsmodelle. Besonders dafür geeignete und hinsichtlich der Qualität wichtige Kooperationsmodelle (inkl. der dafür benötigten Patientenlogistik) sollen im Krankenhausplan berücksichtigt werden.

Um auch in kleineren Krankenhäusern und damit häufig auch in eher ländlich geprägten Regionen eine hohe Versorgungsqualität aufrecht erhalten zu können, sind trägerübergreifende Kooperationen erforderlich, z.B. über tele-medizinische Unterstützung, definierte Versorgungsstufen übergreifende Versorgungspfade und Weiterbildungsmodelle / Personalrotationen (u.a. für Weiterbildung / Sicherung der Attraktivität für Assistenzärzte).

2.1 Diskussion zur These

Herausgestellt wurde die Bedeutung von Ausbildungsnetzwerken und/oder Weiterbildungsverbänden in der Fort-, Aus- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe. Insbesondere beim Thema Weiterbildung soll die Möglichkeit der familienfreundlichen Gestaltung von (ärztlicher) Weiterbildung beachtet werden. Auch der Ausdünnung der Versorgungslandschaft in ländlichen Gebieten kann mit arbeitspolitischen Maßnahmen begegnet werden.

Die Vor- und Nachteile von Kooperationsmodellen anderer Bundesländer und auch anderer europäischer Länder sollten beleuchtet und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf Thüringen kritisch abgewogen werden. In diesem Zusammenhang sind die auf spezifische Erkrankungen bezogenen Kooperationsmodelle auch hinsichtlich der Finanz- und Qualitätsperspektive zu betrachten.

Beim Thema „Vernetzung und Kooperationen“ ist auch der poststationäre Bereich zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist auch der Bedarf eines Ausbaus der Patientenlogistik zu klären.

Es wurde deutlich, dass Kooperation in alle Richtungen gedacht werden muss. Dabei werden Telemedizin bzw. digitale Anwendungen elementar sein. Es geht nicht nur um die Kooperation zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. Level, sondern auch um Kooperationen etwa mit dem ambulanten Sektor oder Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.

Als ein zentrales Problem wurde dargestellt, dass es zur Notwendigkeit von Kooperationen weitestgehend Konsens gibt, die Finanzierung unterschiedlicher Kooperationsmodelle bisher jedoch nicht ausreichend ist, sodass vorhandene Ideen dazu nicht umgesetzt werden können. Als eine weitere Schwierigkeit wurde herausgearbeitet, dass es keine Verpflichtung zur Kooperation gibt. Dies kann dazu führen, dass insbesondere große Krankenhäuser weniger kooperationsbereit sind, da Kooperationen mit anderen Häusern für sie nicht existenzsichernd sind. Es bedarf eines ordnungspolitischen Rahmens für Kooperationen zwischen Krankenhäusern sowie für die telemedizinischen Anwendungen im Rahmen dieser Kooperationen, um sowohl rechtlichen Fragen (z.B. Arbeitnehmerüberlassung, Datenschutz, Haftung) als auch administrative Fragen (z.B. Patient:innensteuerung und Patient:innenlogistik) und technische Fragen (z.B. Kommunikationstechnik) zu beantworten. Zu prüfen wäre, ob ein Ziel die Schaffung eines verbindlichen Auftrages für alle Krankenhäuser zur Kooperation sein sollte.

Als ein Kernthema von Kooperationen wurden trägerübergreifende Ausbildungsverbände beschrieben, in denen es gelingt, die Vorteile einer Facharzt Ausbildung in Häusern unterschiedlicher Versorgungsstufen herauszustellen. Bei der Entwicklung derartiger Konzepte sind die sich verändernden Bedürfnisse der heranwachsenden Facharztgeneration (u.a. Flexibilität, Reisebereitschaft) zu berücksichtigen aber auch der administrative Aufwand. Hierbei sind die telemedizinischen Möglichkeiten einzubeziehen. Gleichzeitig braucht es ein neues Verständnis der Führungskräfte in Kliniken, um angehende Fachärzte in ihrer Ausbildung, die modular in Häusern unterschiedlicher Versorgungsstufen stattfindet, gut begleiten zu können.

2.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These

Fragestellungen für das Gutachten

- Welche fachspezifischen Kooperationsformen können benannt werden? (Bspw. Netzwerk, Verbund, ...)

- In welchen Fachgebieten erhöhen fachspezifische Kooperationsformen die Versorgungsqualität (und sind ökonomisch sinnvoll)?
- Wie können solche fachspezifischen Kooperationsformen im Krankenhausplan abgebildet werden?
- Welche strukturellen Voraussetzungen sind bei allen an der Kooperation Beteiligten notwendig?
- *Welche SOPs sind erforderlich, um fachspezifische Kooperationen zu bilden und zu sichern?*
- Welche Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungstufen gibt es mit welchen Zielstellungen?
- Welche Gelingensfaktoren tragen zu einer gut funktionierenden Kooperation bei und welche Beispiele können hierfür in Thüringen und im Bundesgebiet identifiziert werden?
- Welche ordnungspolitischen Rahmenbedingungen braucht es, um Kooperationsstrukturen zu fördern? Welche Anreize gibt es bereits und welche können für Kooperationen geschaffen werden?

Bund

In den Bund-Länder-Beratungen zur Krankenhausreform sollte aus den Diskussionen heraus mitgenommen werden, wie das Rettungswesen (Notfall- und Unfallversorgung) im Rahmen der Transformation der Krankenhauslandschaft berücksichtigt werden muss. Hier geht es unter anderem um betriebswirtschaftliche Aspekte:

- Wie werden die von unterschiedlichen Akteuren erbrachten Leistungen vergütet und auch untereinander verrechnet bei Kooperationen?
- Behalten bisherige Vereinbarungen der Akteure untereinander ihre Gültigkeit oder müssen sie neu verhandelt werden?

Womöglich erscheint hier jedoch eine Problembeschreibung seitens des Landes in den Bund-Länder-Beratungen bzw. eine Adressierung dieser Fragen an den Bund durch das Land Thüringen hinreichend. Darüber hinaus müssen Vorgaben der Bundesebene in Umsetzung der vierten Empfehlung der Regierungskommission abgewartet werden. Darauf folgend braucht es dann die entsprechende Umsetzung im Land.

Zwar soll das Gutachten Möglichkeiten und Potentiale von Kompetenznetzungen mit anderen Bundesländern klären (s.o.). Parallel erscheint es aber auch empfehlenswert, diesen Punkt in die Beratungen zwischen Bund und Bundesländern mitzunehmen. Da durch die Bestrebungen des Bundes zur Krankenhausreform einerseits und jenen der Länder andererseits in naher Zukunft vermutlich ohnehin Gesetze geschaffen und/oder angepasst werden müssen, erscheint der Zeitpunkt günstig, sich auch für diesen Punkt über die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen zu verständigen.

Die Bundesländer sollten sich im Rahmen der Bund-Länder-Beratungen zur Krankenhausreform für möglichst viele Spielräume einsetzen, um unterschiedliche Kooperationsmodelle fördern und begleiten zu können. Mitzudenken sind auch Kooperationsmodelle zwischen Krankenhausstandorten in mehreren Bundesländern, um hieraus im Sinne von Modellprojekten Erkenntnisse zur Übertragbarkeit zu gewinnen.

Landeskrankenhausplanungsausschuss

keine

Werkstattprozess

In den Workshops zum Thema Fachkräfte im weiteren Werkstattverlauf sollten Optionen erarbeitet werden, wie Assistenzärzt:innen in Weiterbildung zwischen großen und kleineren Krankenhäusern ausgetauscht werden können, ohne das Gleichgewicht zwischen den Häusern zu gefährden.

3 Sektorenverbindende Leistungserbringung

Der Krankenhausplan muss Optionen öffnen für eine stärker sektorenverbindende Leistungserbringung, auch um auf künftige bundesgesetzliche Entwicklungen reagieren zu können. Auswirkungen durch strukturelle Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung sind hinsichtlich ihrer Implikationen für die Krankenhausplanung zu bedenken. Entlass- und Casemanagement und die Stärkung sektorenverbindender Nachsorgestrukturen sind zu berücksichtigen. Die individuellen sozialen und gesundheitlichen Begleitumstände der Patient:innen müssen Berücksichtigung finden.

Modellvorhaben können bis zur bundesrechtlichen Neuregelung ein geeigneter Rahmen sein für die Entwicklung von Krankenhausstandorten. Hierbei können das Konzept von Intersektoralen Versorgungszentren bzw. Level I i der Regierungskommission Orientierung bieten. Diese sollen im Krankenhausplan verankert werden. Für die Etablierung dieser neuen Versorgungsstufe werden finanzielle Mittel benötigt und ein rechtlicher Rahmen.

3.1 Diskussion zur These

Um insbesondere im ländlichen Raum die Versorgung sicherzustellen, sind sektorenverbindende Versorgungsformen notwendig. In der Diskussion wurde auch herausgestellt, dass es hierfür einen rechtlichen Rahmen braucht und dass die Zeit bis zur Schaffung bundesrechtlicher Vorgaben z.B. für die in der dritten Empfehlung der Regierungskommission vorgestellten Level I i Häuser, mit Hilfe von Modellprojekten überbrückt werden kann. Hier stellt sich die Frage, an welchen Standorten eine Umwandlung von Krankenhäusern notwendig und sinnvoll ist und was auch ohne hierzu geschaffenen Rechtsrahmen möglich ist. Um einen Mehrwert für alle Akteure im Rahmen derartiger Modellprojekte schaffen zu können, müssen die Spielräume und Ideen aller Beteiligten abgeglichen werden. Es wurde auch die Frage nach den Zielen derartiger Modellvorhaben unter Berücksichtigung der Thüringer Spezifika gestellt. In diesem Zusammenhang sind auch die regional vorhandenen Notfallstrukturen mit zu berücksichtigen.

Bzgl. der Möglichkeit der Einrichtung integrierter Gesundheitszentren müssten in einem ersten Schritt Indikatoren bzw. Kriterien definiert werden, anhand derer Krankenhäuser identifiziert werden können, um dann im Rahmen einer Regionalanalyse zu beschreiben, wo multiprofessionelle Gesundheitszentren entstehen können.

3.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These

Fragestellungen für das Gutachten

- Welche rechtlichen Möglichkeiten haben Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung nach Inkrafttreten der anstehenden bundesgesetzlichen Regelungen?

- Welche Indikatoren/Kriterien können benannt werden, um Krankenhäuser zu identifizieren, die zu einem Multiprofessionellen Gesundheitszentrum (lt. Zielbild) umgewandelt werden sollten?
- Wie könnten Modellprojekte unter Berücksichtigung der Thüringer Spezifika aussehen? Wie können solche Modellprojekte (bspw. multiprofessionelle Gesundheitszentren) vor der Klärung der bundesrechtlichen Rahmenbedingungen in Thüringen auf den Weg gebracht werden? Welcher rechtliche Rahmen auf Landesebene ist hierfür notwendig?

Bund

An die Gespräche zwischen dem Bund und den Ländern im weiteren Prozess der Krankenhausreform bzw. an die kommenden Empfehlungen der Reformkommission wird die Erwartung gestellt, dass für die in der dritten Empfehlung der Reformkommission beschriebenen Level I i Häuser beschrieben wird, welche Institutionen und Akteursgruppen an dem Entwicklungsprozess hin zu einem Level I i Haus beteiligt sein sollen und wie das Schnittstellenmanagement aussehen soll. Für die Gespräche zwischen den Bundesländern wurde aus der Diskussion die Problematik mitgegeben, dass es zu Verschiebungen in den Patientenströmen kommen kann, insbesondere in Grenzregionen zwischen Bundesländern, wenn es zu Veränderungen des Versorgungsauftrages von Krankenhausstandorten kommt.

Landeskrankenhausplanungsausschuss

Die Frage einer möglichen Harmonisierung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung in Vorbereitung einer möglichen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sollte angegangen werden. Zur Bearbeitung derartiger Fragen wurde das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V (§ 90a Gremium) in die Diskussion eingebracht.

Werkstattprozess

Siehe hierzu Kapitel „Transformation durch Kooperation“, Unterpunkt „Werkstattprozess“.

4 Transformation durch Kooperation

Der nächste Thüringer Krankenhausplan muss eine Brücke vom Status quo hin zu einem bisher noch nicht abschließend definierten neuen bundesgesetzlichen Rahmen schlagen. Entsprechend muss er Handlungsräume öffnen und Flexibilität erhalten. Um den Transformationsprozess zu gestalten, sollte der Krankenhausplan ein maximales Maß an freiwilliger Reorganisation ermöglichen. Er sollte Anreize zu Kooperationen setzen und an Stellen, an denen sich die beteiligten Parteien nicht eigenständig einigen können, Optionen zum gestalterischen Eingriff und ggfs. eine verpflichtende Kooperation vorsehen.

4.1 Diskussion zur These

Die These vereint zwei Aspekte: Transformation und bundesgesetzlichen Rahmen. Damit ist gemeint, dass es eine von Bundesebene vorgegebene Stufung der Krankenhäuser geben wird, aber auch eine thüringenspezifische Interpretation dieser Stufung möglich sein sollte. Dabei müssen für den kommenden Krankenhausplan auch zeitliche Fristen berücksichtigt werden. So kann man bspw. von einer mehrjährigen Konvergenzphase zur Umsetzung des neuen Krankenhausfinanzierungssystems ausgehen. Das Gutachten sollte in diesem Zusammenhang die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Transformationsprozess klären. Das Gutachten soll sich außerdem mit Vorhandensein und Erreichbarkeit von Leistungen befassen. Dies umfasst sowohl die Aspekte von Planung oder Vergabe als auch von Finanzierung und Tragbarkeit.

Es bedarf einer Transformationsplanung, d.h. der Krankenhausplan sollte nicht nur ein ‚Übergangsplan‘ sein, sondern den Wandel bereits mitdenken. Eine Schwierigkeit dabei wird es auch für das Gutachten, dass die Leistungsgruppen bisher nicht abschließend definiert sind. Dies macht ggf. eine längere Übergangszeit erforderlich.

Wichtiges Transformationselement wird dabei die Kooperation sein. Hier stellen sich Fragen nach freiwilliger Reorganisation, nach den möglichen Grenzen der Kooperation und auch danach, welche Verpflichtungen, aber auch welche Freiheitsgrade notwendig sind. Und: Wie kann die Umstrukturierung so gelingen, dass gute Versorgung auch mit perspektivisch weniger zur Verfügung stehenden Fachkräften geleistet werden kann? Mit Blick auf die praktische Abgrenzung braucht es hier Kooperationsverträge zwischen den unterschiedlichen Anbietern, die auch regeln, wie die Zusammenarbeit konkret aussehen kann, bspw. wer wann welche Aufgabe übernimmt. Dazu sind jedoch auch entsprechende Kalkulationen nötig. Größere Träger könnten über bereits bestehende Kooperationsverträge bevorteilt sein. Hier gilt es, die großen Unterschiede zwischen privaten und kommunalen Trägern zu beachten, deren unterschiedliche Möglichkeiten und Voraussetzungen. So haben bspw. Kommunen andere Vorgaben und damit Grenzen bzgl. ihrer Handlungsspielräume.

Es ist hierbei Aufgabe des Landes, Strukturen festzulegen und Aufgabe des Bundes, Finanzierungsvorgaben zu machen. Neben dem Krankenhausgutachten gibt es noch weitere Aspekte, so bspw. Ausstrahlungseffekte: Wer ist Bereitsteller und hilft bzw. kann helfen in einer Region? Und wer hat welche Bedarfe? Es bestehen auch schon Kooperationen über Planungsregionen hinaus, dies gilt es mit Blick auf die Planungsregionen zu berücksichtigen. Hierbei besteht die Notwendigkeit einer kleinräumigen Betrachtung. Außerdem muss die Attraktivität von Grundversorgung in kleinen Standorten für Fachkräfte berücksichtigt werden, sowohl für den ärztlichen Bereich (Stichwort: berufliche Selbstverwirklichung?), aber auch für Pflege- und sonstiges Personal. Auch für die Patient:innen muss das Versorgungsangebot attraktiv sein.

Die Landesplanung muss konkrete Anreize für Kooperation und Trägervielfalt berücksichtigen und dabei Synergien zu kommunalen Trägern stärken. Hierbei ist die Vielfalt der Träger zu berücksichtigen. Um den potentiellen Kooperationspartnern größtmögliche Sicherheit zu geben, bedarf es außerdem des Aufzeigens von Entwicklungsperspektiven und eines möglichst klaren Zeithorizontes für entsprechende Planungen und deren Umsetzung.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie das „Geben und Nehmen“ im Transformationsprozess organisiert und gestaltet werden kann.

4.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These

Fragestellungen für das Gutachten

- Wie kann die Anpassung an den neuen bundesrechtlichen Rahmen auf Landesebene bestmöglich vorbereitet und erreicht werden?

Bund

Damit zeichnen sich bereits jetzt zwei Herausforderungen ab, die innerhalb eines (womöglich bundeseitig gesteckten) *ordnungspolitischen Rahmens* angegangen werden müssen: Zum einen müssen rechtliche Rahmenbedingungen bei der Frage nach Kooperation beachtet werden, bspw. hinsichtlich des Datenschutzes, hinsichtlich des Arbeitsrechts/der Arbeitssicherheit (Stichwort: Austausch der Fachkräfte unter-

einander) und hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen einer Verpflichtung zur Kooperation. Zum anderen stellt sich – nicht nur, aber bspw. hinsichtlich der Notfallversorgung – die Frage, wie gemeinschaftliche Leistungen finanziert und umgesetzt werden können.

Lösungen für das Dilemma von Leistungen, Bewertung und Vergütung werden vom Krankenhausreformprozess und den Beratungen der Bund-Landes-Arbeitsgruppe erwartet. Für Thüringen können jedoch die Punkte ‚Anreize zur Kooperation‘ und ‚Planungssicherheiten und Planungshorizonte‘ mitgenommen werden.

Landeskrankenhausplanungsausschuss

Im Rahmen von Kooperationsmodellen kommt der Telemedizin eine wachsende Bedeutung zu. Ergänzend zu den Fragestellungen an das Gutachten kann die Rolle der Telemedizin im Rahmen gelingender Kooperationen im Rahmen der AG Telemedizin erörtert werden. Auch ist die Frage nach dem hierfür notwendigen ordnungspolitischen Rahmen zu stellen.

Werkstattprozess

Es zeigte sich der Bedarf, Möglichkeiten aufzeigen, wie Assistenzärzt:innen in Weiterbildung zwischen großen und kleineren Krankenhäusern wechseln können, ohne das Gleichgewicht zwischen den Häusern zu gefährden. Diese Punkte sollen im Rahmen des Schwerpunktes Fachkräfte der Werkstatt aufgegriffen werden. Hierzu wurden folgende konkrete Fragestellungen erarbeitet:

- Welche Modelle der trägerübergreifender Facharztausbildung gibt es?
- Welche Faktoren tragen zur Attraktivität dieser Modelle bei?
- Welche Finanzierungsmöglichkeiten gibt es dafür im bestehenden System?

Mit Blick auf den Fachkräftemangel stellt sich zudem die Frage, welche Formen der Ressourcenallokation im Personalbereich möglich und umsetzbar sind, um mittelfristig einer Rationierung von Leistungen mangels Fachkräften entgegenzuwirken.

5 Planungsregionen

Die Strukturierung der Planungsregionen ist zu überprüfen und ggf. anzupassen. Krankenhausplanung und Raumordnung müssen zusammengedacht werden. Versorgungsbedarfe der Zukunft (mehr multimorbide, mehr geriatrische Patienten) sind zu berücksichtigen.

5.1 Diskussion zur These

Derzeit gibt es vier Planungsregionen in Thüringen, es sind aber auch mehr oder weniger denkbar. Bei einer eventuellen Neueinteilung der Planungsregionen sollte sich an der Bedarfsermittlung (Einwohner, Kosten), den Strukturvoraussetzungen (Erreichbarkeit in 20 bis 30 Minuten), der Aufteilung der Level-Zuweisungen und an Qualitätsaspekten orientiert werden. Grundsätzlich sollten Raumplanungsregionen die administrativen Planungsdimensionen nicht zerschneiden (Erhaltung der Einräumigkeit) und außerdem bestehende hierarchische Ordnungen (z.B. in kleine, mittlere und große Städte und ländliche Gebiete) sowie Verflechtungsbereiche innerhalb und zwischen kleinstädtischen Gebieten berücksichtigen. Das Thüringer Ministerium für Infrastruktur und Landwirtschaft (TMIL) ist bereit, in diesem Zusammenhang (auch kleinräumige) Daten zur Verfügung zu stellen.

Als Fazit der Kleingruppendiskussion wurde von der Moderation festgehalten, dass zunächst Regionen

und Einzugsgebiete festzulegen sind, und zwar für die je nach Spezialisierungsgrad der erbrachten Leistungen. Hierfür sollen (auch) bereits vorhandene raumplanerische Daten genutzt werden (z.B. auch zur Differenzierung der Planungsregionen nach Bevölkerungsdichte). Vor diesem Hintergrund soll der Planungsprozess festgelegt werden.

5.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These

Fragestellungen für das Gutachten

keine

Bund

keine

Landeskrankenhausplanungsausschuss

Zur Bearbeitung der in der Diskussion der These herausgearbeiteten Aspekte empfiehlt sich eine interministerielle (TMSGFF & TMIL) Zusammenarbeit parallel zur Befassung im Landeskrankenhausplanungsausschuss. Diese kann auch zur Beantwortung folgender Fragen beitragen:

- Wie kann eine sinnvolle (zukünftige) Aufteilung Thüringens in Planungsregionen aus Sicht der Krankenhausplanung aussehen?
 - Welche Planungsdimensionen kann es unterhalb der Landesebene geben und was kann/muss in welcher Dimension betrachtet werden?
 - Welche Bedeutung haben diese potentiellen Planungsregionen auch außerhalb der Krankenhausplanung (z.B. für Infrastruktur, Verkehr etc.) bzw. wie können entsprechende sektorale Planungsregionen zusammengedacht werden?
 - Welche weiteren Dimensionen müssen ggf. eine Rolle spielen (Erreichbarkeit; Wie viele Level III, II, I werden gebraucht? ...)?
- Wie kleinräumig muss die Planungs- und Datengrundlage für die Zwecke der Krankenhausplanung sein?

Im Planungsprozess sollten daher unter Berücksichtigung bestehender Verwaltungsgliederungen und landesseitiger Planungsgrundlagen Optionen zur Einteilung von Planungsregionen aufgezeigt und diese bspw. unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Versorgung bewertet werden. In diesem Zusammenhang sollte auch untersucht werden, ob es weitere Planungsebenen neben den/unterhalb der Planungsregionen braucht und wie diese aussehen könnten.

Hierzu könnte eine Matrix mit Chancen und Risiken erstellt werden, anhand derer alle Optionen von groß- und kleinräumiger Planung bewertet werden könnten. Dabei können Bewertungsmöglichkeiten nicht im ‚luftleeren Raum‘ belassen werden. Leistungsvorgaben müssen in Abhängigkeit von Qualitätsstandards erfolgen. Es bedarf einer Abschätzung, wie kleinräumig die Planung sein muss.

Anmerkung: Eine weitere Möglichkeit hinsichtlich einer Matrix wäre, solche Optionen jeweils unter der Voraussetzung der Leistungsgruppen und der Voraussetzung der Bettenplanung bewerten zu lassen. [Dies wurde durch die Moderation aus den teils sehr unterschiedlichen Beiträgen der Teilnehmenden an der Diskussion herausgearbeitet.]

Werkstattprozess

keine

6 Regionale Einbindung/Beteiligung

Transformationsprozesse brauchen Instrumentarien/Werkzeuge und müssen auf regionaler Ebene begleitet werden. Akteure (Kostenträger, Leistungserbringer und Politik) sind bei der Gestaltung regionaler Versorgungskonzepte einzubeziehen. Für den Fall der Nicht-Einigung auf regionaler Ebene sind Entscheidungsstrukturen vorzuhalten.

6.1 Diskussion zur These

In der Diskussion wurde deutlich, dass unterschiedliche Formen der Einbindung und Beteiligung der Regionen grundsätzlich möglich sind, die dann auch mit unterschiedlichen Zielen und Entscheidungskompetenz verbunden sind. Immer brauchen Formen der regionalen Beteiligung und Einbindung einen konkreten Auftrag. In der Diskussion zunächst unberücksichtigt blieb dabei die Frage, von welcher räumlichen Größe hier beim Begriff Region ausgegangen wird und ob es diesbezüglich ein gemeinsames Verständnis gibt. Kontrovers diskutiert wurde die Frage, welche Akteure in welcher zeitlichen Reihenfolge in die Diskussionen auf regionaler Ebene einbezogen werden sollen. Zu unterscheiden sind fachliche Diskussionen (z.B. zu Auswahlentscheidungen) und politische Diskussionen, in denen politische Entscheidungsträger für die regionalen Herausforderungen und notwendige Veränderungen sensibilisiert werden, um politische Entscheidungen gut vorbereiten zu können. Als eine Herausforderung wurde auch beschrieben, dass es in den Regionen große Unterschiede gibt mit Blick auf die vorhandenen Akteure. Regionale Beteiligung/Einbindung setzt immer voraus, dass die Beteiligten über die notwendigen Informationen verfügen bzw. diese transparent zur Verfügung stehen.

Regionale Strukturen (z.B. Regionalkonferenzen) können etabliert werden, um konkrete Veränderungen von Standorten zu entwickeln und zu begleiten. Dabei können sie Empfehlungen insbesondere zu sektorverbindenden Vorhaben geben. Eine regionale und formalisierte Beteiligung kann auch zur Vorbereitung von Zuweisungsentscheidungen dienen. Regionale Einbindung und Beteiligung kann darüber hinaus als Basis genutzt werden, um Modellprojekte in Thüringen zu spezifischen Fragestellungen auf den Weg zu bringen noch bevor der Bund hierzu Entscheidungen trifft. Über regionale Beteiligung können Veränderungsbedarfe in Regionen analysiert werden, um diese dann an das Land zu kommunizieren.

6.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These

Fragestellungen für das Gutachten

- Welche unterschiedlichen Formen von regionaler Beteiligung mit welchem Auftrag, welcher Zielrichtung und Entscheidungskompetenz werden bereits in anderen Bundesländern erprobt?
 - Welche Akteure sind dabei beteiligt?
 - Wie erfolgt die Arbeit in diesen Beteiligungsformaten?
 - Welche Instrumente und Daten stehen den Akteuren hierfür zur Verfügung?
 - Wie können Verfahrensregeln bzw. -beschreibungen aussehen, um diese Formen der regionalen Beteiligung im Krankenhausplan zu verankern?

Bund

keine

Landeskrankenhausplanungsausschuss

Der Krankenhausplan sollte ein Verfahren (Auftrag, Zeitschiene, Beteiligte) für regionale Beteiligung beschreiben, um damit Leitplanken für diese Prozesse in den Regionen zu setzen. Dabei sind die Entscheidungsstrukturen klar zu benennen. Regionale Beteiligung kann als ein ergänzendes Element zu spezifischen Fragestellungen genutzt werden.

Mit Blick auf sektorenverbindende Versorgungsstrukturen wurde die Rolle des § 90a Gremiums auf Landesebene in der Diskussion hinterfragt. Dabei wurde betont, dass in dieser Struktur noch nicht genutztes Potential liegt. Beispielhaft wurde beschreiben, Modellprojekte für Regionen/Standorte mit Handlungsbedarf für Veränderungen in Richtung IGZ/perspektivisch Level I i Häuser identifiziert und im § 90 a Gremium diskutiert werden, um dann in den Regionen in Regionalkonferenzen den konkreten Veränderungsprozess zu begleiten.

Werkstattprozess

keine

7 Patientenfokus

Die Abbildung von Patient:inneninteressen in der Krankenhausplanung ist strukturell zu verankern, um auch unmittelbar die Perspektive von Patient:innen einzubringen.

7.1 Diskussion zur These

In der Diskussion der These wurde deutlich, dass eine Dimension von Qualität in der medizinischen Versorgung das Maß ist, inwieweit die Gesundheitskompetenz der Bürger:innen gefördert wird. Um Patient:innen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, braucht es Transparenz und eine für Patient:innen verstehbare Form der Aufbereitung der unterschiedlichen Dimensionen von Qualität der Versorgung. Für die Krankenhausplanung ergibt sich daraus die Fragestellung, welche Informationen/Kriterien aufbereitet werden sollten, um Transparenz herzustellen.

7.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These

Fragestellungen für das Gutachten

keine

Bund

keine

Landeskrankenhausplanungsausschuss

Es ist zu entwickeln, wie die Interessen von unterschiedlichen Patient:innengruppen in der Krankenhausplanung berücksichtigt werden können. Insbesondere bei Veränderungen sind diese aus der Perspektive von Patient:innen zu betrachten (Aspekte der Patientenbeteiligung, -entscheidung, -wohl, -autonomie). Hierzu ist zu prüfen, inwieweit das ThürKHG die Patientenbeteiligung bereits ermöglicht bzw. ermöglichen kann.

Werkstattprozess

Exemplarisch werden in Studien bereits Anforderungen, Bedürfnisse und für Patient:innen relevante Entscheidungskriterien herausgearbeitet. Diese Erkenntnisse sollten eine Grundlage sein, die im Rahmen des Workshops „Kommunikation von Veränderungen“ im Rahmen der Werkstatt weiter vertieft werden.

Beratungs- und Schulungsbedarfe von Patient:innen müssen mit Blick auf sektorenverbindende Versorgungsmodelle zwischen den Sektoren abgestimmt werden. Dieses Thema sollte eingebettet werden in eine weitergehende Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitskompetenz. In diesem Zusammenhang sollte auch das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung stärker Anwendung finden. Insbesondere die letzten Lebensjahre sind häufig geprägt durch viele medizinische Interventionen aufgrund akuter aber auch chronisch degenerativer Erkrankungen. Den Patient:innen wird es mit diesem Instrument ermöglicht, eigene Vorstellungen über das Ausmaß sowie die Möglichkeiten und Grenzen der medizinisch sowie palliativen Versorgung zu entwickeln. Dies geht über eine Patientenverfügung hinaus, die lediglich lebenserhaltende Maßnahmen im Fokus hat.

8 Kommunikation

Die demographische Entwicklung mit der damit einhergehenden Veränderung im Krankheitsspektrum der Bevölkerung und der akute Fachkräftemangel sowie Entwicklungen in der Medizin werden im Laufe der nächsten Jahre gravierende strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen erzwingen. Die Bürger:innen müssen hierauf vorbereitet und in den Veränderungsprozess mit einbezogen werden. Es ist die Verantwortung aller Beteiligten, dies aktiv und offen zu kommunizieren, Plattformen der Partizipation zu schaffen und auch auf die Chancen hinzuweisen, die der Wandel für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung bietet.

8.1 Diskussion zur These

An den bisherigen Diskussionen zu den anstehenden Veränderungen wurde kritisiert, dass systematisch ausgeblendet wurde, was mit den Standorten passiert, an denen es kein Krankenhaus mehr in der bisher bekannten Form gibt. Diese Veränderungen müssen auch dahingehend analysiert werden, welche Auswirkungen diese Veränderungen auf politische Entscheidungen haben bzw. von denen sie beeinflusst werden (auch angesichts der anstehenden Kommunal-, Kreis- und Landtagswahlen). In diesem Zusammenhang ist immer auch die Frage nach den Alternativen zu stellen und transparent zu kommunizieren (wie bspw. die Nutzung der Kapazitäten von bisherigen Krankenhäusern als Kurzzeitpflegeplätze).

Den Medien wird eine zentrale Rolle zugewiesen. Eine positiv konnotierte mediale Präsentation des Themas kann dazu beitragen, dass die Veränderungen nicht als Verlust an Versorgungsstrukturen, sondern als Gewinn an Versorgungsqualität bewertet werden können. Ein derartig veränderter Blickwinkel kann auch zur Gewinnung von Fachkräften positiv beitragen. Zentrale Kernbotschaft sollte sein, dass mit dem 8. Krankenhausplan eine qualitativ bessere und bedarfsspezifische Versorgung sichergestellt werden soll. Gemeinsame Vorteile für die Bürger:innen, Kommunalpolitik und Akteure der Gesundheitsversorgung sollten herausgearbeitet werden, um eine „gemeinsame Sprache“ für den anstehenden Veränderungsprozess entwickeln zu können.

8.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These

Fragestellungen für das Gutachten

keine

Bund

keine

Landeskrankenhausplanungsausschuss

Alle anstehenden Veränderungen in der medizinischen Versorgung müssen parallel zum Veränderungsprozess kommunikativ begleitet werden. Der Landeskrankenhausplanungsausschuss wurde als Ort diskutiert, von dem aus ein Change-Management-Prozess in den Regionen angeregt und begleitet werden kann. Ergänzend dazu wird es Strukturen in den Regionen brauchen, die den Wandel vor Ort begleiten. Es wurde diskutiert, ob zusätzliche Unterstützung im Sinne einer Prozessbegleitung vor Ort benötigt wird.

Werkstattprozess

Für eine gelingende Kommunikation in Richtung Bevölkerung wurde als förderlich dargestellt, dass möglichst viele der an der Werkstatt beteiligten Institutionen die Ergebnisse der Werkstatt verbreiten und die Informationen zum Veränderungsprozess mit der Perspektive der Kommunikations- und Verhaltenswissenschaften möglichst zielgruppengerecht aufbereitet werden. Es braucht eine Auseinandersetzung mit dem „Wording“, d.h. der Frage, was für Patient:innen verstehbar und handhabbar ist. Für die anstehenden Veränderungen müssen Beschreibungen gefunden und die Veränderungen als solche in Worte gefasst werden.

Die an der Werkstatt beteiligten Akteure können selbst als Multiplikatoren wirken. Für die Frage nach geeigneten Kommunikationsformaten sind ebenfalls Experten einzubeziehen. Kommunikation muss möglichst früh ansetzen, um Entscheidungen auf dem Weg ihrer Entstehung zu erklären (Warum?) und um Alternativen aufzuzeigen und abzuwägen. Dies sollte konsequent an die Adresse der Bürger:innen geschehen. Neben der (Kommunal)Politik und den Bürger:innen sind weitere für einen gelingenden Veränderungsprozess notwendige Institutionen zu identifizieren. Regionale bzw. kommunal verankerte Beratungsangebote (z.B. Pflegestützpunkte, Berater:innen im Programm AGATHE) können ebenfalls geeignete „Vermittler“-Strukturen sein.

Eine weitere Bearbeitung dieser These kann in dem für den 29.03.2023 geplanten Workshop „Kommunikation von Veränderungen“ in der Vertiefung folgender Fragestellungen erfolgen:

- Welche Perspektive / Anforderungen haben Patient:innen / Bürger:innen auf Veränderungen im Gesundheitssystem?
- Wie kann die Bevölkerung gut über anstehende Veränderungen informiert werden? Veränderungen erklären!
- Wie können die Notwendigkeit und die Chancen des Veränderungsprozesses positiv besetzt werden?
- Welche Argumentationsstrategien können der (Kommunal)Politik an die Hand gegeben werden?
- Wie können Strukturveränderungen im Gesundheitssystem kommunikativ positiv begleitet werden?

9 Notfallversorgung

Notfallversorgung, Rettungsdienst und Patientenlogistik sind bei allen Veränderungen/Umstrukturierungen mitzudenken und sollen in der KH-Planung berücksichtigt werden. Eine enge Abstimmung mit den zuständigen Behörden und Trägern ist unabdingbar.

9.1 Diskussion zur These

In der Diskussion der These wurde herausgehoben, dass Notfallversorgung und Patientenlogistik als Querschnittsthemen zu begreifen sind. Sie sollten berücksichtigt werden, auch in Bezug auf den Fachkräftemangel. Auch in der Notfallversorgung soll bundeslandübergreifend gedacht werden, auch in Bezug auf Finanzierung und Vorhaltung. Als eine Forderung wurde formuliert, dass Transparenz zu Im- und Exporten hergestellt werden müsse. Weiterhin sollte geklärt werden, durch welche Strukturen die Anforderungen der Fachgesellschaften zur „golden hour“ sachgerecht umgesetzt werden können. Bei einer Neuordnung der Notfallversorgung durch Notarztstandorte und Krankenhausstandorte ist es essenziell, dass der Bevölkerung glaubhaft zugesichert werden muss, dass es eine flächendeckende, den Anforderungen des GBA entsprechende, Notfallversorgung gibt.

9.2 Aspekte zur Weiterarbeit mit der These

Fragestellungen für das Gutachten

keine

Bund

Offen blieb die Frage, wie sich die Notarztstandorte perspektivisch entwickeln mit Blick auf die bundeseitig geplanten Veränderungen im Rahmen der Krankenhausreform auch vor dem Hintergrund, dass nicht alle Notarztstandorte an einem Krankenhaus angegliedert sind. Hier müssen zunächst die Entwicklungen auf Bundesebene abgewartet werden.

Landeskrankenhausplanungsausschuss

Aus der Forderung, Rücktransportmöglichkeiten (Patiententransport ohne rettungsdienstliche Begleitung) müssten beim Aufbau neuer Kooperations- und Vernetzungsformen berücksichtigt werden, damit es zu den erwarteten Synergieeffekten kommt, entstand die Anregung, unterschiedliche Konzepte für Hin- und Rücktransporte zusammenzutragen und zu analysieren. Die Rolle der Telemedizin insbesondere bei längeren Transportwegen wurde angesprochen (z.B. Notfallsanitäter könnten über Telemedizin vom Notarzt angeleitet werden, damit dieser sein Gebiet nicht verlassen muss).

Dies könnte durch Krankenhausplanungsausschuss, die AG Telemedizin und in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Gremien des Rettungsdienstes gemeinsam beleuchtet werden.

Werkstattprozess

Der Diskussionsverlauf zeigte, dass das Thema Fachkräftemangel und eine hohe Belastung der Fachkräfte auch im Bereich des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung sehr relevant sind. Die Frage kann im Schwerpunkt Fachkräfte weiter erörtert werden.

Anhang – Mögliche Fragestellungen an das Gutachten für den 8. Thüringer Krankenhausplan als Ergebnis der Dialogwerkstatt „Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen“

Kursiv = geringere Priorität

Grundsätzliches

- Wie kann im 8. Thüringer KH-Plan bereits eine Grundlage für die perspektivisch im Zuge des Krankenhausreformprozesses auf Bundesebene anstehende Umstellung auf Leistungsplanung geschaffen werden?
- *Welche Instrumente gibt es bereits in der Wissenschaft, um Krankenhausplanung zu optimieren?*
 - *Welche der bereits verfügbaren Instrumente lassen sich sinnvoll auch im Hinblick auf den anstehenden Reformprozess auf Thüringen anwenden?*

Bedarfsprognose

- Welchen Einfluss hat die demographische Entwicklung auf den Bedarf an (teil-)stationären Leistungsangeboten für den 8. Thüringen Krankenhausplan?
- In welchem Umfang sind Ambulantisierungspotentiale, speziell im Bereich der Umsetzung des AOP-Kataloges, bei der Bedarfsprognose zu berücksichtigen?
- Welche Prognosefaktoren jenseits der Demographie und des Ambulantisierungspotentials werden den Bedarf an und die Verfügbarkeit der stationären Versorgungsleistungen beeinflussen? Wie kann man diese quantifizieren?
- Welche Erkenntnisse/Entwicklungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie beeinflussen den Bedarf an (teil-)stationären Behandlungsangeboten dauerhaft? Wie sind diese zu quantifizieren? Bedarf es eines Korrekturfaktors wegen nur vorübergehender pandemiebedingter Veränderungen des Leistungsgeschehens?
- Sollten bei der Festlegung der bedarfsnotwendigen Kapazitäten für den 8. Thüringer Krankenhausplan künftige Pandemien, andere Krisenszenarien (etwa Krieg, Klimawandel) berücksichtigt werden? Wenn ja, wie?

Kooperationsformen (fachspezifisch & trägerübergreifend)

- Welche fachspezifischen Kooperationsformen können benannt werden? (Bspw. Netzwerk, Verbund, ...)
- In welchen Fachgebieten erhöhen fachspezifische Kooperationsformen die Versorgungsqualität (und sind ökonomisch sinnvoll)?
- Wie können solche fachspezifischen Kooperationsformen im Krankenhausplan abgebildet werden?
- Welche strukturellen Voraussetzungen sind bei allen an der Kooperation Beteiligten notwendig?
- *Welche SOPs sind erforderlich, um fachspezifische Kooperationen zu bilden und zu sichern?*
- Welche Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen gibt es mit welchen Zielstellungen?

- Welche Gelingensfaktoren tragen zu einer gut funktionierenden Kooperation bei und welche Beispiele können hierfür in Thüringen und im Bundesgebiet identifiziert werden?
- Welche ordnungspolitischen Rahmenbedingungen braucht es, um Kooperationsstrukturen zu fördern? Welche Anreize gibt es bereits und welche können für Kooperationen geschaffen werden?

Sektorenverbindende Leistungserbringung

- Welche rechtlichen Möglichkeiten haben Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung nach Inkrafttreten der anstehenden bundesgesetzlichen Regelungen?
- Welche Indikatoren/Kriterien können benannt werden, um Krankenhäuser zu identifizieren, die zu einem Multiprofessionellen Gesundheitszentrum (lt. Zielbild) umgewandelt werden sollten?
- Wie könnten Modellprojekte unter Berücksichtigung der Thüringer Spezifika aussehen? Wie können solche Modellprojekte (bspw. multiprofessionelle Gesundheitszentren) vor der Klärung der bundesrechtlichen Rahmenbedingungen in Thüringen auf den Weg gebracht werden? Welcher rechtliche Rahmen auf Landesebene ist hierfür notwendig?

Transformation durch Kooperation

- Wie kann die Anpassung an den neuen bundesrechtlichen Rahmen auf Landesebene bestmöglich vorbereitet und erreicht werden?

Regionale Einbindung/Beteiligung

- Welche unterschiedlichen Formen von regionaler Beteiligung mit welchem Auftrag, welcher Zielrichtung und Entscheidungskompetenz werden bereits in anderen Bundesländern erprobt?
 - Welche Akteure sind dabei beteiligt?
 - Wie erfolgt die Arbeit in diesen Beteiligungsformaten?
 - Welche Instrumente und Daten stehen den Akteuren hierfür zur Verfügung?
 - Wie können Verfahrensregeln bzw. -beschreibungen aussehen, um diese Formen der regionalen Beteiligung im Krankenhausplan zu verankern?