Dr. Wolfgang Fiori, Prof. Dr. Norbert Roeder

Krankenhausplanung NRW – das Planungsverfahren

Am 1. September 2022 wurden alle Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW per E-Mail über das anstehende Planungsverfahren informiert. Damit tritt die Umsetzung des neuen Krankenhausplans NRW 2022 in die entscheidende Phase. Am 17. Oktober werden die Bezirksregierungen die Krankenhäuser zur Aufnahme der Verhandlungen über regionale Planungskonzepte per E-Mail auffordern. Krankenhäuser haben dann noch einen Monat Zeit, die gewünschten Versorgungsaufträge mit einem gewünschten Leistungsvolumen in einem digital unterstützten Verfahren zu beantragen und erforderliche Nachweise beizubringen. Dieser Beitrag erläutert das Verfahren und thematisiert offene Fragen, die noch zu klären sind. Auslegungs- und Verfahrensfragen zum Krankenhausplan 2022 können nur die Bezirksregierungen in Abstimmung mit dem MAGS beantworten. Für tiefergehende Informationen zur Entwicklung des Krankenhausplans NRW sowie der Systematik der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sei auf eine Veröffentlichung von Oktober 2021 verwiesen.

Das Verfahren

Zunächst soll den betroffenen Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen die Gelegenheit gegeben werden, gemeinsam Planungskonzepte für die jeweiligen regionalen Planungsebenen zu entwickeln. Das MAGS sieht für diesen Prozess einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten vor. Dem geplanten Zeitplan folgend müssten die regionalen Verhandlungen zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen bis zum 17. Mai 2023 abgeschlossen sein. In dieser Phase nimmt die Bezirksregierung nur eine beratende Funktion wahr und greift nicht durch eigene Entscheidungen in die Verhandlungen ein. Kommt es innerhalb der zur Verfügung stehenden sechs Monate zu keiner Einigung, geht das Verfahren automatisch an die Bezirksregierung über. Diese soll jedoch schon begleitend während der sechsmonatigen Phase Sachstandsabfragen zu „Meilensteinen“ durchführen, um nicht unvorbereitet den Prozess übernehmen zu müssen.

Das MAGS will schon bei Beginn des Verfahrens Transparenz herstellen. Alle am Planungsverfahren Beteiligten haben bereits die regionalisierten Bedarfszahlen je Leistungsgruppe und Planungsebene erhalten. Ebenso sollen die von den Krankenhäusern für ihre Standorte beantragten Versorgungsaufträge mit dem beantragten Leistungsvolumen pro Leistungsgruppe nach dem 17. November für alle Verhandlungspartner auf der jeweiligen regionalen Planungsebene offengelegt werden. Mit diesen Antragszahlen kann durch einen Vergleich mit den Bedarfszahlen einfach überprüft werden, ob ein Über- oder Unterangebot von Leistungen einer Leistungsgruppe auf der betreffenden Planungsebene besteht. Bei einem Überangebot wäre es möglich, dass es zu Auswahlentscheidungen kommt und/oder die beantragenden Standorte nicht die gewünschte Leistungsmenge im Feststellungbescheid ausgewiesen bekommen.

Die Ermittlung des Versorgungsbedarfs mit dem Zieljahr 2024 erfolgte auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG aus dem Jahr 2019 und nach dem Ort der historischen Leistungserbringung. Viele Planungsebenen sind in Bezug auf Bevölkerungsdichte und Leistungsangebot nicht homogen strukturiert. Insbesondere die Regierungsbezirke, die für die meisten Leistungsgruppen die Planungsebene darstellen, umfassen häufig einen ländlichen Teil und grenzen in den Ballungsgebieten direkt an die anderen Regierungsbezirke. Bei der Krankenhausplanung ist daher darauf zu achten, dass die Versorgung in den ländlichen Anteilen ausreichend mitberücksichtigt wird. Bei einer unabhängigen Planung durch die einzelnen Bezirksregierungen bestünde umgekehrt die Möglichkeit, dass im Ruhrgebiet und in der Rheinschiene redundante Versorgungsangebote in unmittelbarer Nachbarschaft entstehen. Ob für die Ballungsgebiete eine Regierungsbezirk-übergreifende Planung gelingt, wird die Realität zeigen. Nicht selten liegen Standorte mit hohen Leistungsmengen an den Grenzen der Planungsebenen. Das Versorgungsgeschehen eines Standorts kann daher in unterschiedliche Planungsebenen ausstrahlen. Auch suchen Patientinnen und Patienten nicht immer einen Krankenhausstandort in der Planungsebene ihres Wohnorts auf. Krankenhausstandorte, die an den Grenzen der jeweiligen Planungsebenen liegen und durch den Wegfall von Versorgern in angrenzenden Planungs-

Diese Publikation basiert auf dem Wissensstand vom 22. September 2022. Seit Veröffentlichung erster Informationen zum Planungsverfahren werden Bezirksregierungen und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW (MAGS) zu offenen und interpretationsfähigen Punkten befragt. Eine FAQ-Liste ist angekündigt. Es ist nicht ausgeschlossen, dass zu einigen der im Folgenden angerissenen Fragestellungen inzwischen bereits Antworten gegeben wurden.

ebenen aufgrund der Nähe der Wohnorte der Patientinnen und Patienten mit einem Fallzahlanstieg rechnen, sollten dies im Rahmen des Planungsverfahrens geltend machen. In solchen Konstellationen müssten Teile des Bedarfs zwischen Planungsebenen – ggf. auch zwischen Regierungsbezirken – verschoben werden. Eine Planungsebenen überschreitende Transparenz über die Beantragungen soll jedoch ausschließlich für die Krankenkassen und Bezirksregierungen/das MAGS hergestellt werden. Krankenhäuser sollen zunächst nur die beantragten Fallzahlen aus den eigenen Planungsebenen erhalten, sodass eine Beteiligung der Krankenhäuser an einer grenzüberschreitenden Planung erschwert wird.

Auch zwischenzeitliche Einstellungen von Versorgungsangeboten sowie Schließungen von Fachabteilungen oder Krankenhausstandorten sollten bei der Ermittlung der zu beantragenden Fallzahlen berücksichtigt werden. Es ist beispielsweise nicht unwahrscheinlich, dass aktuell schon Konzentrationen von Mindestmengenleistungen (etwa Ösophaguseingriffe, Pankreaseingriffe etc.) erfolgen, indem die Landesverbände der Krankenkassen Zweifel am Erreichen der Mindestmengen in 2023 äußern und die Leistungserbringung und Abrechnung unterbinden wollen.

Der Krankenhausplan und die Handreichung des MAGS sehen vor, dass bei der Vergabe der Versorgungsaufträge nicht primär der ermittelte Bedarf auf die beantragenden und die Mindestvoraussetzungen erfüllenden Standorte verteilt werden soll. Vielmehr soll zunächst nach einem nicht vorgegebenen Verfahren die Anzahl der notwendigen Standorte festgelegt werden und anschließend eine Verteilung des ermittelten Bedarfs auf diese Standorte erfolgen. Ob dieses Konzept wirklich aufgehen kann, muss abgewartet werden. Innerhalb der Planungsebenen können nicht einfach die leistungsstärksten und am wirtschaftlichsten operierenden Standorte in Ballungsgebieten ausgewählt werden, während die flächendeckende Versorgung vernachlässigt wird. Ein wesentliches Hemmnis dürfte auch die Tatsache sein, dass bei limitierten Ressourcen – insbesondere im Personalbereich – verbleibende Krankenhausstandorte nur sehr bedingt Leistungsvolumina ausscheidender Standorte übernehmen können. In der Praxis dürfte es daher durchaus eine Rolle spielen, wie der ermittelte Bedarf auf der Planungsebene am sinnvollsten auf die Standorte verteilt werden kann, die die Mindestvoraussetzungen erfüllen und über die notwendigen Versorgungskapazitäten verfügen. Auswahlentscheidungen zuungunsten volumenstarker Standorte sind eher unwahrscheinlich.

Für die Universitätskliniken sollen die Versorgungsaufträge im Einvernehmen mit dem Ministerium für Kultur und Wissenschaft erteilt werden, das über die von den Universitätskliniken beantragten Versorgungsaufträge informiert wird.

Die zuständigen Bezirksregierungen erhalten unabhängig von Konsens oder Dissens nach Abschluss der regionalen Abstimmungen zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen das Ergebnis der Verhandlungen, bewerten dieses und sollen über das weitere Verfahren entscheiden. Dabei kann es auch möglich sein, dass die Bezirksregierungen zu Regionalkonferenzen einladen und/oder externe Moderatoren einbeziehen, um zu versuchen, einen Konsens auf der Planungsebene herzustellen. Diese Maßnahmen sollen die Bezirksregierungen vorab mit dem MAGS abstimmen. Nach diesem Verfahrensschritt sollen die Bezirksregierungen abschließende Voten erstellen und an das MAGS übermitteln. Anschließend erfolgen Prüfungen durch das MAGS und gesetzlich vorgesehene Anhörungsverfahren, bevor das MAGS die zuständigen Bezirksregierungen anweist, die krankenhausplanerische Entscheidung durch einen Feststellungsbescheid an den jeweiligen Träger umzusetzen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie den Verband der Ersatzkassen zu informieren.

Die Formulare

Für die digitale Unterstützung des Planungsverfahrens müssen die Krankenhäuser zwei Formblätter (MS-Excel®-Dateien) ausfüllen und zusammen mit Nachweisen bis spätestens zum 17. November 2022 auf einer vom MAGS bereitgestellten digitalen Plattform hochladen. Beide Formblätter können seit dem 6. September nach einer erfolgreichen Registrierung durch das Krankenhaus von der Plattform heruntergeladen werden. Das Ausfüllen der Formblätter kann sich in Abhängigkeit von der Anzahl der Standorte und Leistungsgruppen, die ein Krankenhausträger beantragen will, sehr aufwendig gestalten. Große Krankenhäuser oder Krankenhäuser bzw. Krankenhausverbünde mit vielen Standorten, die sich noch nicht vorbereitet haben, sollten den Aufwand hierfür nicht unterschätzen und frühzeitig mit der Befüllung und der Sammlung notwendiger Nachweise (insbesondere für notwendige Kooperationen) beginnen. Auf die Nachweise, die neben den Formblättern hochgeladen werden können bzw. teilweise auch müssen, muss mit exakter Bezeichnung (inklusive der Dateiendung) in den Formblättern hingewiesen werden. Es ist damit nicht sicher, ob Dateien, die hochgeladen werden und auf die in den Formblättern nicht explizit hingewiesen wird, auch nachher in einer datengestützen Auswertung beachtet werden können. Viele Krankenhäuser werden ein Interesse daran haben, ihre Anträge näher zu erläutern. Dazu gehören die Auswahl und Fallzahlen einzelner Leistungsgruppen sowie auch die Sinnhaftigkeit oder Notwendigkeit von Kombinationen von Leistungsgruppen, beispielsweise im Kontext von ärztlicher Weiterbildung oder Fragen der Wirtschaftlichkeit. Die derzeitigen Formblätter erlauben jedoch lediglich Freitextinformationen und Verweise auf Dateien auf der Ebene einzelner Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien. Auf der Ebene der Leistungsgruppen und Standorte existieren keine Freitextfelder oder Verweismöglichkeiten. Solange nicht geklärt ist, wie besondere Sachverhalte sicher kommuniziert werden können, müssen Krankenhäuser wahrscheinlich auch andere Kanäle als die digitale Plattform nutzen, um ihre Anträge zu erläutern. Zur Sicherheit kann auf die Dateien zur Erläuterung von übergeordneten Themen auch noch zusätzlich bei einzelnen Mindestvoraussetzungen verwiesen werden. Für den Upload auf die digitale Plattform sollte eine Dateigröße von

fünf MB nicht überschritten werden. Die Krankenhäuser sind gut beraten, die Formblätter und Nachweise nicht erst am letzten Tag vor Fristablauf hochzuladen, um auch bei eventuellen technischen Problemen die Frist einhalten zu können.

Die beiden Formblätter erhalten eine Vielzahl von einzelnen Tabellenblättern, die befüllt werden müssen. Die „Ist-Fallzahlen" für die somatischen Leistungsgruppen bzw. die Belegungstage für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik aus den Jahren 2019 und 2020 wurden im Formblatt 1 schon vom MAGS vorbefüllt. Die Krankenhäuser müssen entscheiden und hier eintragen, mit welcher Fallzahl (bzw. welchen Belegungstagen) sie sich für ihre Standorte pro Leistungsgruppe beantragen wollen. Anschließend ist für jeden Standort und jede zu beantragende einzelne Leistungsgruppe anzugeben, welche Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt werden. Hier existiert ein Bemerkungsfeld, das genutzt werden kann, um Besonderheiten oder – falls im Vorfeld keine Klärung mit den Bezirksregierungen und/oder dem MAGS gelingt – Unsicherheiten mit der Interpretation darzustellen. Zusätzlich sind hier die Dokumentennamen bei Vorliegen eines Nachweises anzugeben. Regelhaft vorzulegen sind Nachweise von Kooperationen, die speziellen Anforderungen genügen müssen (s. u.). Die Bezirksregierung kann weitere Nachweise anfordern, wenn ihr dies nach pflichtgemäßem Ermessen notwendig erscheint. Aber auch Krankenhäuser können Dateien mit Erläuterungen und/oder Belegen ergänzen.

Die Leistungsgruppen „Wirbelsäuleneingriffe", „Kardiale Devices" und „Minimalinvasive Herzklappenintervention" sind jeweils zwei Leistungsbereichen zugeordnet. Auch wenn sich die Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien der jeweiligen Leistungsgruppe nicht unterscheiden, muss über die Formblätter eine Entscheidung getroffen werden, für welchen Leistungsbereich (Orthopädie/Unfallchirurgie vs. Neurochirurgie oder Kardiologie vs. Herzchirurgie) die Leistungsgruppe beantragt wird. Krankenhäuser, die die Leistungsgruppen für beide Leistungsbereiche beantragen wollen, müssen darauf achten, auch die entsprechenden Tabellenblätter zum Nachweis der Mindestvoraussetzungen doppelt auszufüllen.

In Formblatt 1 ist auch anzugeben, ob sich ein Standort den Versorgungsauftrag für die landeseigenen Zentren oder Zentren nach den Zentrums-Regelungen des G-BA beantragen möchte. Näheres findet sich in Kapitel 10 des Krankenhausplans 2022. Nachweise der Erfüllung der Voraussetzungen brauchen nicht über die beiden Formblätter übermittelt werden.

Das Formblatt 2 enthält neben einem Übersichtsblatt die gesonderten Angaben über die fachärztlichen Qualifikationen. Auch hier sind für jede Leistungsgruppe einzeln der Standort, der Name der/des beschäftigten Ärztin/Arztes, der Beschäftigungsumfang am Krankenhausstandort in Vollzeitäquivalenten anzugeben und die entsprechende Qualifikation auszuwählen. Mehrere Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse mit anteiligen Vollzeitäquivalenten können sich damit aufsummieren. Es ist zu beachten, dass die Spalte in Formblatt 2 keine Vorgaben zu Inhalt und Format macht. Krankenhäuser müssen von sich aus darauf achten, hier nur Zahlen von größer 0 bis maximal 1 einzutragen. Laut Aussage des MAGS sollen die Weiterbildungszeugnisse nur auf explizite Anforderung durch die Bezirksregierungen übermittelt werden müssen. Bei einigen Leistungsgruppen (12.1, 13.2, 22.1, 22.2 und 22.3) wird auf die Richtlinien des G-BA referenziert. Hier ist nicht ganz eindeutig, was die Krankenhäuser eintragen sollen, da nicht eine einzelne Ärztin oder ein einzelner Arzt die gesamten Qualitätsanforderungen erfüllen kann. Denkbar ist einerseits eine nicht personenbezogene und dafür standortbezogene Angabe oder andererseits eine Angabe aller Ärztinnen und Ärzte, die für die Erfüllung der G-BA-Richtlinien zugrunde zu legen sind. Die G-BA-Richtlinien können allerdings in Bezug auf die personellen Anforderungen im Kontext der Krankenhausplanung zielgerichtet (zum Beispiel nur fachspezifische ärztliche Qualifikationen) oder sehr weit ausgelegt werden (auch Benennung aller ärztlichen Teammitglieder anderer Facharztqualifikationen, fachärztliche Konsiliardienste, Anästhesiologie/Narkose, Radiologie, Labor, Mikrobiologie, Neuropädiatrie, Ophthalmologie, Humangenetik etc.). Standorte, die diese Leistungsgruppen beantragen wollen, sollten das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung mit ihrer Bezirksregierung abstimmen und versuchen, zur Vermeidung von redundantem Aufwand eine standortbezogene Angabe zu vereinbaren. Auch die Bezirksregierungen dürften nicht daran interessiert sein, die komplexen fachärztlichen Vorgaben der G-BA-Richtlinien im Detail zu überprüfen, zumal hierfür Prüfungen aller Standorte aus Gründen außerhalb der Krankenhausplanung durch die Medizinischen Dienste (MD) bereits vorgesehen sind.

Die Krankenhausträger, Krankenhäuser, Verbände der Krankenkassen, die Bezirksregierungen und das MAGS sollen „in Abhängigkeit ihrer Rollen" Zugriff auf die Plattform erhalten. Die Krankenkassen sehen vermutlich die Zahlen, die Krankenhäuser für ihre Standorte beantragt haben, sobald das Formblatt 1 auf die Plattform hochgeladen wird.

Neben den Anträgen sollen auch Nachweise (zum Beispiel Namen von ärztlichem Personal, Kooperationsverträge) auf der digitalen Plattform hochgeladen werden. Es finden sich bislang keine Hinweise darauf, welchem Kreis der Beteiligten diese sensiblen Daten zugänglich gemacht werden sollen. Krankenhäuser sollten jedoch davon ausgehen, dass die Krankenkassen Zugang zu allen Informationen und Nachweisen, die auf die Plattform hochgeladen werden, haben könnten. Anstatt der kompletten Kooperationsverträge können auch alternativ andere – von den Kooperationspartnern unterzeichnete – Dokumente hochgeladen werden, aus denen die Erfüllung der Anforderungen für Kooperationen hervorgeht. Werden Kooperationsverträge hochgeladen, sollten Krankenhäuser ggf. nicht planungsrelevante zu schützende Informationen vor dem Upload schwärzen.

Woher stammen die Fallzahlen und der Bedarf?

Viele Krankenhäuser werden sich fragen, wie die Fallzahlen aus 2019 und 2020, die vom MAGS im Formblatt 1 eingetragen

wurden, zustande gekommen sind. Diese Zahlen können – zum Teil erheblich – von Berechnungen abweichen, die Krankenhäuser eigenständig durchgeführt haben. Die Gründe für diese Abweichungen können vielfältig sein. Basis der Berechnungen des MAGS waren die Daten nach § 21 KHEntgG, die die Krankenhäuser dem InEK zur Verfügung gestellt haben. Geringere Abweichungen vom aktuellen Stand der Daten (etwa durch nachgelagerte Einzelfallprüfungen durch die Kostenträger) lassen sich ggf. mit dem Zeitpunkt der Datenübermittlung erklären.

Wichtig für das Verständnis ist, dass im System der Leistungsgruppen durch das MAGS ein Fall stets nur einer einzigen Leistungsgruppe zugeordnet wurde, auch wenn mehrere Leistungsgruppen bei einem Fall (Behandlungsaufenthalt) tangiert wurden. Analog zum DRG-System bedarf es dazu eines Leistungsgruppen-Groupers, der jedem Fall eine einzige Leistungsgruppe nach einer vorgegebenen Hierarchie zuordnet. Die vorgegebene Methodik der Hierarchisierung kann dem Anhang zum Krankenhausplan NRW 2022 (Seite 368) entnommen werden. Die allgemeinen Leistungsgruppen stehen am Ende der Hierarchie. Ihnen werden – anhand der entlassenden Fachabteilung – grundsätzlich nur Fälle zugeordnet, die keiner spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet werden konnten. Die so berechneten hierarchisierten Fallzahlen können bei Leistungen von Leistungsgruppen, die häufig in Kombination mit anderen Leistungsgruppen erbracht werden und die am Ende der Hierarchie stehen (beispielsweise „Geriatrie“, „Interventionelle Kardiologie“ und die allgemeinen Leistungsgruppen), das tatsächliche Leistungsvolumen deutlich unterschätzen. Das Ausmaß ist immer abhängig von der Struktur der Leistungserbringung eines Krankenhauses. Geringe strukturelle Veränderungen können einen erheblichen Einfluss auf die Fallzahlen in den Leistungsgruppen haben, ohne dass tatsächlich Veränderungen in der Leistungsmenge zugrunde liegen müssen. Werden beispielsweise unterschiedliche Standorte unter einem Institutskennzeichen (IK) zusammengefasst, gelten Verlegungen zwischen den Standorten abrechnungstechnisch als krankenhausinterne Verlegungen. Für einen Standort, der eine Geriatrie aufweist, ist im Rahmen der Fallzählung der Krankenhausplanung von großer Bedeutung, ob Fälle von extern oder intern zugewiesen werden. Auch wenn ein Krankenhaus beispielsweise eine Stroke Unit neu eröffnet/schließt oder an einen Standort mit gleichem IK verlegt, kann dies einen großen Einfluss auf die Fallzahlen in der Leistungsgruppe „Geriatrie“ haben.

Die Nichterfüllung von Mindestvoraussetzungen und Auswahlentscheidungen sind insbesondere bei Leistungsgruppen zu erwarten, die relativ weit oben in der Hierarchie stehen. Daher muss bedacht werden, dass der Verlust von Leistungsgruppen, die vormals Fälle „abgefangen“ haben, dann auch zu Fallzahlsteigerungen in nachrangigen Leistungsgruppen führen kann. Die Auswirkungen solcher Verschiebungen können aus den vorausgefüllten Ist-Zahlen aus 2019 und 2020 nicht abgeleitet werden. Nach Beobachtungen der Autoren, die Auswertungen für verschiedene Krankenhäuser durchgeführt haben, liegen die tatsächlichen Leistungszahlen in den Leistungsgruppen „Geriatrie“ und „Interventionelle Kardiologie“ teilweise deutlich höher als nach der Hierarchisierung ausgewiesen. Kommt es zu Auswahlentscheidungen im Planungsverfahren, sind ggf. die zu Beginn beantragten Fallzahlen nicht mehr passend und müssen angepasst werden, weil sonst später die Schwankungsbreiten der betroffenen Leistungsgruppen überschritten werden können. Wie in diesen Fällen vorzugehen ist, wurde bislang vom MAGS nicht beschrieben. Das Problem ist, dass die Hierarchie auch bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs auf den Planungsebenen angewandt wurde und damit der reale Versorgungsbedarf in den nachrangigen Leistungsgruppen systematisch unterschätzt wurde. Während die Effekte auf der Ebene des Bundeslandes vermutlich zu vernachlässigen sind, können die Auswirkungen mit zunehmender Regionalität relevanter werden. So wird beispielsweise die nahezu als letzte in der Hierarchie berücksichtigte Leistungsgruppe „Geriatrie“ genauso wie die allgemeinen Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ auf Kreisebene geplant. Auf diese Zusammenhänge sollten Krankenhäuser auch achten, wenn sie die Auswirkungen eines Verlustes eines Versorgungsauftrags bewerten wollen. Wird beispielsweise der Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ nicht erteilt, so können unter Umständen deutlich mehr Fälle betroffen sein, als dies die nach der Hierarchie ermittelten Fallzahlen vermuten lassen. Für notwendige Anpassungen der Beantragungen im Planungsverfahren und die Abschätzung von Auswirkungen auf das Leistungsmengengerüst ist es immer auch hilfreich zu wissen, wie viele Leistungen tatsächlich erbracht wurden, und nicht nur, wie viele Fälle nach der Hierarchie zugewiesen wurden.

Krankenhäuser, die mehr als einen Standort unter einem IK betreiben, werden mit einem weiteren Problem konfrontiert. Für die Ermittlung des Bedarfs auf der Planungsebene wurde stets der entlassende Standort als Ort der Leistungserbringung herangezogen. Im Kontext der Bedarfsermittlung ist dieses vereinfachte Vorgehen akzeptabel, da krankenhausinterne Verlegungen selten Planungsebenen übergreifend erfolgen. Die Leistung der Leistungsgruppe muss aber nicht an dem entsprechenden Standort erbracht worden sein, wenn es sich um zwischen den Standorten eines Krankenhauses verlegte Fälle handelt. Wurde beispielsweise ein Fall nach der Behandlung auf einer Stroke Unit krankenhausintern an einen Standort mit einer Geriatrie verlegt, so wird dieser Fall aufgrund der eben beschriebenen Hierarchie ausschließlich bei der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ gezählt und dem Standort zugeordnet, der gar keine Stroke Unit besitzt. Dass dieser Standort die Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppe erfüllen wird, ist unwahrscheinlich. Unklar ist, wie Krankenhäuser in dieser Situation konkret vorgehen sollen. Anders als bei dem eben dargestellten Problem der Hierarchisierung sind die dem unpassenden Standort zugeordneten Fälle bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs auf den Planungsebenen eingegangen. Das entsprechende Fallzahlvolumen muss daher auch verteilt wer-

den. Wir empfehlen, dass das Fallzahlvolumen bei dem Standort berücksichtigt wird, der diese Leistung tatsächlich erbracht hat, damit der Bedarf nicht einfach ohne Gründe auf andere Krankenhäuser umverteilt wird. Leider existiert in den Formblättern kein Freitextfeld, mit dem die beantragten Leistungsmengen näher erläutert werden können. Es wäre günstig, wenn dargelegt werden könnte, dass ein Anteil der Abweichung vom ermittelten „Status quo“ nicht auf einer realen Leistungsveränderung beruht, sondern rein verfahrenstechnisch bedingt ist.

Verbringungen

Seit Jahrzehnten finden in Krankenhäusern in NRW Verbringungen statt. Dabei werden Patientinnen und Patienten während eines stationären Aufenthaltes in ein fremdes Krankenhaus kurzzeitig zu einer gezielten diagnostischen oder therapeutischen Leistung verbracht. Das verbringende Krankenhaus kodiert die im fremden Krankenhaus erbrachte Leistung und rechnet sie auch gegenüber den Kostenträgern mit ab. Entsprechende Leistungen sind auch bei der Entgeltverhandlung des verbringenden Krankenhauses zu berücksichtigen (siehe zum Beispiel OVG Lüneburg, Az. 13 LC 174/10). Die Leistungsvergütung erfolgt im Binnenverhältnis zwischen den Krankenhäusern. Besonders häufig findet eine solche Verbringung zur Erbringung von interventionellen kardiologischen Leistungen statt. So entstehen Fälle im verbringenden Krankenhaus in der Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“, obwohl dieses Krankenhaus keine interventionelle Kardiologie betreibt und damit die Mindestvoraussetzungen für diese Leistungsgruppe in der Regel auch nicht erfüllen dürfte. Auch diese Fälle sind bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs auf den Planungsebenen eingegangen und müssen entsprechend auf Standorte verteilt werden. Die Handreichung des MAGS gibt keine Hinweise, wie mit Verbringungen umzugehen ist und ob sie überhaupt noch möglich sein sollen. Damit es im späteren Verlauf keine Probleme bei der Abrechnung dieser Fälle mit den Kostenträgern gibt, sollte das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung von betroffenen Krankenhäusern mit den Bezirksregierungen abgestimmt werden. Auch die Krankenhäuser, die diese Leistungen erbringen, sollten von sich aus den Kontakt mit den Bezirksregierungen suchen. In ihren eigenen Daten tauchen diese Fälle nicht auf. Wenn die verbringenden Krankenhäuser die Leistungen nicht beantragen, besteht die Gefahr, dass die Leistungen zu anderen Standorten auf der Planungsebene verschoben werden, obwohl in der Mehrzahl der Fälle davon ausgegangen werden kann, dass sich an der realen Leistungserbringung über Verbringungen nichts ändern wird.

Auf weitere, spezielle Probleme der Fallzahlen und Ermittlung des Versorgungsbedarfs wird im Folgenden noch eingegangen.

Umgang mit Leistungsstrukturveränderungen im Krankenhaus seit 2019 bzw. geplanten Leistungsstrukturveränderungen

Viele Krankenhäuser befinden sich seit Jahren in Prozessen der Umstrukturierung oder planen Umstrukturierungen im Zuge der neuen Krankenhausplanung. Teilweise wurden auch nur temporäre Veränderungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie oder aufgrund von Umbaumaßnahmen vorgenommen. All diesen Umstrukturierungen ist gemeinsam, dass sich die Zusammensetzung der Leistungsgruppen und die ihnen zugeordneten Fallmengen standortbezogen geändert haben können. Laut dem MAGS soll sich der beantragte Versorgungsauftrag quantitativ auf das Jahr 2024 beziehen. Krankenhäuser sollen daher die Leistungsgruppen mit den Fallzahlen beantragen, die sie 2024 an dem jeweiligen Standort planen und erwarten. Die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien soll jedoch – standortbezogen – für den Stichtag 17. November 2022 angegeben werden. Hierdurch können Diskrepanzen entstehen, insbesondere bei gerade stattfindenden oder in naher Zukunft geplanten Umstrukturierungen. Wie ist mit Mindestvoraussetzungen umzugehen, die erst in der Zukunft erfüllt werden, weil beispielsweise derzeit Investitionen (etwa für ein erstmalig aufzustellendes CT) getätigt werden oder Fachabteilungen zwischen Standorten verschoben werden, damit Abhängigkeiten von anderen Leistungsgruppen zukünftig erfüllt werden können? Eine Möglichkeit wäre, bei solchen Konstellationen eine ausführliche Darstellung der aktuellen und geplanten Veränderungen im Sinne eines Medizinkonzeptes dem Antrag beizufügen und in den Bemerkungsfeldern in den Formblättern darauf zu verweisen. Leider existieren nur Bemerkungsfelder für einzelne Mindestvoraussetzungen und nicht für ganze Leistungsgruppen. Stattgefundene und geplante Leistungsstrukturveränderungen können hier nur unzureichend erläutert werden. Es wird empfohlen, weitergehende Erläuterungen der Beantragung auch auf anderem Weg den Bezirksregierungen zukommen zu lassen.

Bei der Beantragung von Leistungsmengen sollte auch der Einfluss der neuen Krankenhausplanung auf Krankenhausstandorte im jeweiligen Umfeld beachtet werden. Wachstumspotenziale, notwendige Investitionen, Personalentwicklung, Ambulantisierung, regionale Demografie und medizinischer Fortschritt sind bei der Erstellung eines strategischen Medizinkonzeptes zu berücksichtigten und können Einfluss auf die zu beantragenden Leistungsgruppen und Fallzahlen haben.

Im Übrigen sind nach Zuteilung eines Versorgungsauftrages für Leistungsgruppen Umstände, die der Erfüllung der Qualitätskriterien nicht nur kurzzeitig (in der Regel bei apparativen Voraussetzungen: mehr als eine Woche, bei den weiteren Voraussetzungen: mehr als drei Monate) entgegenstehen, der Bezirksregierung unverzüglich anzuzeigen. Die Bezirksregierung soll nach Prüfung des Einzelfalls eine Frist zur Wiederherstellung eines den Qualitätsanforderungen entsprechenden Zustands setzen und dem MAGS berichten, wenn die Erfüllung des Versorgungsauftrages gefährdet ist. Auch die Verbände der Krankenkassen sollen informiert werden. Bei dauerhaftem oder längerem Wegfall einer Mindestvoraussetzung kann der Versorgungsauftrag ganz oder teilweise entzogen und ein neues Planungsverfahren initiiert werden. Müssen daher zukünftig – beispielsweise aufgrund von notwendigen Umbaumaßnahmen –

Leistungen temporär verlagert werden mit der Folge, dass Mindestvoraussetzungen vorübergehend nicht erfüllt werden, empfiehlt es sich, diese Vorhaben mit der zuständigen Bezirksregierung vorab abzustimmen, um den Versorgungsauftrag nicht zu gefährden.

Bereits in der Vergangenheit haben Krankenhausträger über Fusionen und Umstrukturierungen das Leistungsangebot an unterschiedlichen Standorten medizinisch sinnvoll gebündelt. Über das System der Abhängigkeiten einer Leistungsgruppe von anderen Leistungsgruppen unterstützt der Krankenhausplan prinzipiell auch sinnvolle Bündelungen von Leistungsangeboten an Standorten. Nicht immer ist dieses System jedoch konsequent umgesetzt. Um einen Wegfall von Leistungsangeboten durch Auswahlentscheidungen zu vermeiden, die zu einer Ausdünnung eines medizinisch sinnvollen Gesamtangebots an Standorten führen, sollten Krankenhausträger auch in der Lage sein, die Notwendigkeit des Gesamtangebots in die regionalen Planungskonzepte einfließen zu lassen und notfalls auch gegenüber der Bezirksregierung darzustellen. Leider sind die Möglichkeiten hierzu im formalisierten Verfahren sehr begrenzt. Es empfiehlt sich daher, ein eigenes Dokument zu schaffen, in dem die Sinnhaftigkeit des Medizinkonzeptes für einen Standort dargestellt wird, und dieses bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.

Da zunächst wahrscheinlich gerade bei den spezifischen Leistungsgruppen mehr Krankenhausstandorte den Versorgungsauftrag beantragen als am Ende zugelassen werden, muss im Rahmen des Planungsverfahrens, eventuell auch noch im Rahmen von Auswahlentscheidungen, eine Umverteilung von Leistungen der wegfallenden Standorte auf die verbleibenden Standorte erfolgen. Dies kann im Planungsverfahren später noch zu einer Korrektur der Fallzahlen für einzelne Standorte in bestimmten Leistungsgruppen führen, damit das Ziel der Verteilung des kompletten Bedarfs einer Planungsebene auf die für die Versorgung ausgewählten Häuser auch erreicht wird.

Fachärztliche Qualifikationen

Die geforderten fachärztlichen Qualifikationen entstammen den aktuellen Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. In der Realität ist in den Krankenhäusern ärztliches Personal beschäftigt, das Weiterbildungen nach sehr unterschiedlichen Weiterbildungsordnungen abgeschlossen hat. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat eine Mappingtabelle erstellt, auf der ein Großteil der Überleitungen der Facharztqualifikationen und Zusatzbezeichnungen aus vorherigen Weiterbildungsordnungen auf die aktuellen Weiterbildungsordnungen erfolgt. Diese Mappingtabelle ist unter der folgenden Adresse abrufbar: https://www.aekwl.de/fileadmin/user_upload/aekwl/themen/gesundheitspolitik/facharztueberleitungen_WBO_2020_2005_1993.pdf.

Die einzelnen Fachärztinnen und Fachärzte werden mit ihren jeweiligen Qualifikationen und Beschäftigungsanteilen erfasst. Für die Prüfung der Erfüllung der fachärztlichen Mindestvoraussetzungen wird die Summe der Vollzeitäquivalente gebildet. Wichtig ist, dass die fachärztlichen Qualifikationen getrennt nach den einzelnen Leistungsgruppen zu betrachten sind, sodass identische Vollzeitäquivalente bei mehreren Leistungsgruppen Berücksichtigung finden können. So kann beispielsweise eine Fachärztin für „Innere Medizin und Kardiologie“ sowohl bei den Leistungsgruppen des Leistungsbereichs „Kardiologie“ als auch bei der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ und weiteren Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Ärztliche Qualifikationen werden damit, genauso wie Geräte, nicht bei einzelnen Leistungsgruppen „verbraucht“, wenn sie für den Nachweis der Mindestvoraussetzung bei einer Leistungsgruppe genutzt werden. Bei einer einzelnen Leistungsgruppe können identische Vollzeitäquivalente hingegen nicht mehrfach als Nachweis genutzt werden, auch nicht, wenn Mehrfachqualifikationen vorliegen. So kann beispielsweise ein Arzt, der sowohl die Facharztqualifikation „Innere Medizin und Gastroenterologie“ als auch die Facharztqualifikation „Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ erworben hat, in der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ mit nur einem Vollzeitäquivalent gezählt werden. Aus unserer Sicht sollte jedoch eine Doppelqualifikation von „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und „Viszeralchirurgie“ in der Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ analog zur Qualifikation „Allgemeinchirurgie“ gewertet werden, da diese Doppelqualifikation der Anforderung „Allgemeinchirurgie“ im Sinne des Krankenhausplans entspricht. Wird Personal an mehreren Standorten eingesetzt, so sind die Vollzeitäquivalente aufzuteilen und dürfen nicht mehrfach angegeben werden.

Teilweise sind die fachärztlichen Anforderungen für den Standort auf der Ebene einer einzelnen Leistungsgruppe nicht sofort erkennbar. Beispielsweise werden für die Leistungsgruppe „Minimalinvasive Herzklappenintervention“, die nur die Aortenklappenimplantation (TAVI) umfasst, explizit nur drei Vollzeitäquivalente der herzchirurgischen fachärztlichen Qualifikation gefordert. De facto sind für den Antrag auf den Versorgungsauftrag für diese Leistungsgruppe jedoch jeweils fünf Vollzeitäquivalente kardiologischer und herzchirurgischer fachärztlicher Qualifikation am Standort vorzuhalten, da der Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe nur an die Standorte vergeben werden darf, die auch die Leistungsgruppen „Interventionelle Kardiologie“ (Voraussetzung fünf Vollzeitäquivalente „Innere Medizin und Kardiologie“) und den Leistungsbereich „Herzchirurgie“ (für die Leistungsgruppe „Herzchirurgie“ fünf Vollzeitäquivalente „Herzchirurgie“) zugewiesen bekommen. Die Abhängigkeiten von anderen Leistungsgruppen sind daher stets mit zu beachten. Der Krankenhausplan NRW 2022 und die Handreichungen geben nicht vor, dass die Angaben zur fachärztlichen Vorhaltung vollständig sein müssen. Insbesondere für Krankenhäuser der Maximalversorgung stellt sich die Frage, ob stets alle Ärzte mit ihrem Beschäftigungsanteil angegeben werden sollen. Dabei ist zu beachten, dass die Übererfüllung der fachärztlichen Vorgaben auch als Auswahlkriterium genutzt werden kann. Es kann daher günstig sein, mehr als die geforderten Mindestvoraussetzungen anzugeben. Bei Leistungs-

gruppen, für die keine Auswahlentscheidungen zu erwarten sind oder die große Krankenhausstandorte mit Sicherheit zugewiesen bekommen werden (zum Beispiel „Allgemeine Innere Medizin“ oder „Allgemeine Chirurgie“), wäre es nachvollziehbar, wenn Krankenhäuser nicht alle fachärztlichen Vorhaltungen auch namentlich in die Formblätter eintragen würden.
Es könnte aber trotzdem nützlich sein, für jeden eigenen Krankenhausstandort eine Qualifikationsdatenbank anzulegen und kontinuierlich zu pflegen. In den kommenden Jahren kann es in mehreren Kontexten notwendig sein, Veränderungen der Facharztqualifikationen kontinuierlich monitoren und berichten zu können.

Kooperationen

Die Berücksichtigung und Forderung von Kooperationen sind ein Kernelement in der neuen Krankenhausplanung in NRW. Es sind sowohl Kooperationen bei der Vorhaltung von Geräten oder der Erfüllung der „sonstigen Struktur- und Prozesskriterien“ möglich, als auch bei der Vorhaltung anderer Leistungsgruppen, Leistungsbereiche oder „Angebote“.
Kann ein Standort nicht alle geforderten Leistungsgruppen selbst vorhalten und ist alternativ eine Kooperation nach dem Krankenhausplan möglich, so muss sich dieser Standort um Kooperationspartner bemühen. Diese Notwendigkeit kann sich allerdings auch erst im Planungsverfahren herausstellen, wenn beispielsweise der Standort den Versorgungsauftrag von für ihn wichtigen Leistungsgruppen nicht zugewiesen bekommt. Unter Umständen müssen daher auch während des Planungsverfahrens neue Kooperationen zur Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der Krankenhausplanung eingegangen werden. Krankenhäusern muss somit auch noch im Planungsverfahren die Möglichkeit gegeben werden, notwendige Kooperationen zu schließen. Dies ist auch deshalb notwendig, weil selbst bei einer bestehenden Kooperation nicht sicher antizipiert werden kann, ob der bisherige Kooperationspartner letztendlich den Versorgungsauftrag für die zur Kooperation notwendige Leistungsgruppe erhalten wird.
Häufig bestehen schon langjährig gelebte Kooperationen zwischen Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten. Auch OPS-Komplexkodes und G-BA-Richtlinien erfordern vielfach Kooperationsvereinbarungen. Krankenhäuser sollten sich jedoch nicht darauf verlassen, dass diese Kooperationen automatisch auch so für die Krankenhausplanung NRW übernommen werden können. Krankenhäuser und ihre Standorte, die auf Kooperationen angewiesen sind, müssen sich zunächst vergewissern, dass die Kooperationspartner die für die Kooperation benötigte Leistungsgruppe auch tatsächlich beantragen und voraussichtlich die Mindestvoraussetzungen erfüllen können. Analoges prüft auch die Bezirksregierung. Prinzipiell ist auch eine Kooperation mit mehreren Partnern gleichzeitig möglich. Der Krankenhausplan fordert keine Exklusivität.
Nicht immer sind notwendige Kooperationen medizinisch nachvollziehbar. So wird beispielsweise für die meisten Leistungsgruppen der Viszeralchirurgie und die Leistungsgruppe „Thoraxchirurgie“ eine Kooperation mit einem Standort mit dem Leistungsbereich „Hämatologie und Onkologie“ gefordert, wenn der eigene Standort diesen Leistungsbereich nicht zugewiesen bekommt. Der Leistungsbereich „Hämatologie und Onkologie“ weist nur zwei hoch spezifische Leistungsgruppen (für komplexe Chemotherapien bei Leukämien und Lymphomen und Stammzelltransplantationen) auf, die möglicherweise nicht alle Fachabteilungen für Hämatologie und Onkologie beantragen oder zugewiesen bekommen werden. Dies bedeutet aber in der Konsequenz, dass Standorte mit Viszeralchirurgie oder Thoraxchirurgie auch dann eine Kooperation mit einem fremden Standort eingehen müssen, wenn am eigenen Standort hochkompetent die onkologische Versorgung von Tumoren des Magen-Darm-Traktes und der Lungen/Bronchien erfolgen kann. Krankenhausstandorte werden daher gezwungen sein, Kooperationsverträge zu schließen und vorzulegen, die in der medizinischen Praxis kaum mit Leben zu füllen sein werden.
Aus medizinischer Sicht ist es sinnvoll, dass sich die Kooperationspartner möglichst in der Nähe des eigenen Standorts befinden. Die Handreichung zum Verwaltungsverfahren gibt hierzu konkretere Vorgaben, die wiederum die Auswahlmöglichkeiten von Kooperationspartnern einschränken. Für die Leistungsgruppen der Grundversorgung (insbesondere relevant für Fachkliniken) wird eine maximale Fahrzeit zu den Kooperationspartnern analog zu den Erreichbarkeitsvorgaben des neuen Krankenhausplans für Versorgungsangebote vorgegeben. Für die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ sollen dies in der Regel nicht mehr als 20 PKW-Fahrzeitminuten sein, die nur dann überschritten werden dürfen, wenn es keinen näheren Versorger mit diesen Leistungsgruppen gibt. Für die Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ dürfen dies in der Regel nicht mehr als 40 PKW-Fahrzeitminuten sein. Hier soll der nächstgelegene, diese Leistungsgruppe erbringende Versorger als Kooperationspartner gewählt werden. Abweichungen wären zu begründen.
Bei allen weiteren Leistungsgruppen gilt, dass sich der Kooperationspartner auf derselben Planungsebene befinden sollte. Nur wenn ein nähergelegener Krankenhausstandort in einer örtlich benachbarten Planungsebene vorhanden ist, sollte diesem Krankenhaus als Kooperationspartner der Vorzug gegeben werden. Abweichungen sind auch hier zu begründen. Das Gleiche gilt für Kooperationspartner zur Bereitstellung von Geräteleistungen. Sofern lediglich konsiliarische Leistungen erbracht werden sollen, die auch telefonisch oder per Videotelefonie erbracht werden können, kommt es auf die Entfernung nicht an.
Krankenhausstandorte, die begehrte Kooperationsleistungen anbieten können, werden jedoch nicht verpflichtet, diese anderen Standorten auch in Kooperation zur Verfügung zu stellen. Krankenhausstandorte, die bei ihrem Kooperationswunschpartner nicht zum Zuge kommen, sollten dies dokumentieren und als Begründung anführen, wenn sie deshalb von den oben angeführten Vorgaben des MAGS abweichen müssen. ▶

Anzeige

Gerade in Ballungsgebieten können Standorte anderer Träger näher liegen als eigene Standorte. Krankenhäuser, die gerne ihre eigenen Standorte als Kooperationspartner nutzen wollen, sollten dies ausführlich begründen. Wichtig erscheint es darzustellen, dass hierdurch keine Nachteile für die betreuten Patientinnen und Patienten entstehen. Problematisch könnte es werden, wenn die medizinisch geeignetsten Kooperationspartner in anderen Bundesländern oder sogar im Ausland liegen. Da hier die Krankenhausplanung NRW nicht gilt, sollte in den mit diesen Einrichtungen geschlossenen Kooperationsverträgen die Erfüllung aller Anforderungen aus der NRW-Krankenhausplanung für die Kooperationsleistungsgruppe detailliert beschrieben werden. Diese Kooperations-Konstellationen sollten auch unbedingt mit der zuständigen Bezirksregierung im Vorfeld der Beantragung diskutiert werden. Es wäre für die Krankenhäuser kaum nachvollziehbar, wenn medizinisch sinnvolle und etablierte Kooperationen nur aufgrund starrer Vorgaben der Krankenhausplanung durch dysfunktionalere Lösungen ersetzt werden müssten.

In Bezug auf die „Angebote" des Krankenhausplans NRW, die in Kooperation vorgehalten werden müssen, gibt die Handreichung des MAGS keine weiteren Hinweise auf die Auswahl der Kooperationspartner. Sinnvollerweise sollten hier medizinische Gesichtspunkte im Vordergrund stehen und wenn möglich auch Kooperationspartner in der Nähe bevorzugt werden.

Kooperationen in der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung müssen nach dem Krankenhausplan vertraglich fixiert und auf Dauer angelegt sein. Die Kooperationsverträge oder stattdessen von den Kooperationspartner unterschriebene rechtsverbindliche Erklärungen sind zwingend als Nachweise beim Antrag auf den Versorgungsauftrag auf die Plattform hochzuladen.

Zu folgenden Themen muss der Kooperationsvertrag oder eine zusätzliche rechtsverbindliche Erklärung Angaben enthalten:

- Angaben zu Kooperationspartnern
- Angaben zur fachspezifischen Eignung des Kooperationspartners
- Angaben zum Kooperations-/Leistungsort, Verortung/Entfernung zum Kooperationspartner (hier wären auch Abweichungen von den o. g. Grundsätzen zu begründen)
- Angaben zum Kooperationsinhalt
- Angaben zu personellen und apparativen Ressourcen (in der ersten Planungsrunde ist bis zur endgültigen Bescheidung der Antrag des Kooperationspartners auf den jeweiligen Versorgungsauftrag ausreichend, später ist der Feststellungsbescheid nachzuweisen)
- Angaben zur Erfüllung der zeitlichen Verfügbarkeit gemäß des jeweiligen Qualitätskriteriums
- Angaben zur Kooperationsdauer (müssen auf Dauer angelegt sein)
- Angaben zu Kündigungsvereinbarungen.

Mehrere Kooperationen mit demselben Kooperationspartner können dabei in einem Vertragswerk zusammengefasst werden. Krankenhäusern sei dringend angeraten, sich frühzeitig um notwendige Kooperationspartner und -verträge zu bemühen, da gerade Krankenhäuser der Maximalversorgung im Zuge der Krankenhausplanung nun mit Kooperationswünschen überflutet werden könnten und je nach Kooperationspartner auch komplexe Inhalte und aufwendige juristische Feinjustierungen notwendig werden könnten.

Kooperationsverträge zu schließen und durch die Bezirksregierungen inhaltlich zu prüfen ist aufwendig. Für eine Vielzahl der „sonstigen Struktur- und Prozesskriterien" sowie „Angebote" sind Kooperationen möglich. Nicht immer erscheint ein Kooperationsvertrag mit den oben dargestellten Inhalten zwingend notwendig, um den Nachweis zu erbringen. Die Forderung nach Kooperationsverträgen für alle denkbaren Kooperationen des Krankenhausplans würde die Anzahl notwendiger Kooperationsverträge und den Prüfaufwand erheblich erhöhen. Krankenhäuser sollten, bevor unnötiger Aufwand betrieben wird, mit ihren Bezirksregierungen abklären, ob tatsächlich auch für die Kooperationen zu „sonstigen Struktur- und Prozesskriterien" eigenständige Kooperationsverträge notwendig sind.

Angebote

Sogenannte besondere Angebote sollen außerhalb der Systematik der Leistungsgruppen und ohne Fallzahl beplant werden. Die besonderen Angebote werden nur in Kooperation gefordert und/oder als Auswahlkriterium genutzt. In der Handreichung hat das MAGS die Anforderungen an die besonderen Angebote weiter konkretisiert (siehe ▶ **Tabelle 1**).

Unter dem Link https://www.drg-research-group.de/downloads/Kooperationshaeuser_Schmerztherapie.pdf ist eine von den Autoren auf Basis der Qualitätsberichte erstellte Liste mit Krankenhausstandorten in NRW zu finden, die 2019 und/oder 2020 OPS-Kodes aus „8-918" und/oder „8-91c" kodiert haben. Diese können bei der Suche nach einem Kooperationspartner mit dem „Angebot Schmerztherapie" genutzt werden.

Fachkliniken

Für Fachkliniken gelten im Krankenhausplan NRW 2022 Sonderregelungen. Der Krankenhausplan führt als Beispiel immer wieder Krankenhausstandorte mit geriatrischer oder palliativmedizinischer Stand-alone-Versorgung an. In der Versorgungsrealität existieren aber auch viele andere Fach- und Spezialkliniken (neurologische, rheumatologische, orthopädische, dermatologische Fachkliniken, Lungenfachkliniken, Kinderkliniken, Frührehabilitationskliniken).

„Fachkliniken müssen grundsätzlich keine Grundversorgung in Form des Dreiklanges aus den Leistungsgruppen ‚Allgemeine Innere Medizin', ‚Allgemeine Chirurgie' und ‚Intensivmedizin' anbieten." Für Krankenhausstandorte, die nicht den geforderten Dreiklang vorhalten, stellt sich somit die Frage, ob sie als Fachkliniken gewertet werden können.

Der Krankenhausplan NRW 2022 definiert Fachkliniken wie folgt:

„Fachkliniken sind Plankrankenhäuser, die sich auf Leistungsbereiche/-gruppen spezialisiert haben. Es werden entsprechend

Tabelle 1: Operationalisierung der „Besonderen Angebote" in der Handreichung des MAGS

Besonderes Angebot	Konkretisierung
Strahlentherapie	– mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte (VZÄ?) mit der entsprechenden Facharztqualifikation – weitere personelle, apparative und strukturelle Ausstattung muss so ausgerichtet sein, dass ein verlässliches, ganzjähriges Angebot gewährleistet ist
Nuklearmedizin	
Schmerztherapie	– Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen nach den OPS-Kodes aus „8-918" und/oder „8-91c"
Infektiologie	– im Krankenhausplan ausgewiesenes Zentrum für hochkontagiös erkrankte Patientinnen und Patienten – die Ausweisung von infektiologischen Kapazitäten ist inhaltlich auf die Vorgaben des Infektionsschutzplans NRW und hier besonders auf das Stufenkonzept abzustellen. Eine geeignete Zuweisung kann im Einzelfall nur in Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst (untere Gesundheitsbehörden und das Landeszentrum Gesundheit NRW mit seinem Kompetenzzentrum Infektionsschutz) erfolgen – die Ausweisung der Versorgungskapazitäten erfolgt als „davon-Kapazitäten" auf Basis der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin" – alternativ kann das besondere Angebot „Infektiologie" auch durch die Vorhaltung von ärztlichem und fachpflegerischem Personal mit besonderer infektiologischer Kompetenz entsprochen werden (im ärztlichen Bereich zum Beispiel auf Basis einer Zusatz-Weiterbildung oder zukünftig unter Angabe der vom Deutschen Ärztetag in die Muster-Weiterbildungsordnung aufgenommenen fachärztlichen Qualifikation für Innere Medizin und Infektiologie)
Schwerbrandverletzte	– Ausweisung als Zentrum gemäß Kapitel 10 des Krankenhausplans NRW – alternativ verlässliches, ganzjähriges Angebot im Einklang mit den geltenden fachlichen Standards auf Basis von Leitlinien und Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften
Polytraumaversorgung	

ihrer Spezialisierung zugehörige Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert. Diese spezialisierte Versorgung muss sich im Vergleich zur Versorgung durch ein Allgemeinkrankenhaus durch eine besondere Leistungsfähigkeit aufgrund der fachspezifischen Versorgung mit vergleichsweise hoher Fallzahl sowie fachspezifisch hochwertigeren Ressourcen auszeichnen. Fachkliniken decken i.d.R. schwerpunktmäßig ein spezielles medizinisches Gebiet unter entsprechend kompetenter Leitung ab. Die Fachkompetenz ermöglicht die hochdifferenzierte Behandlung schwerer und schwerster Krankheitsbilder, die in das Leistungsspektrum der jeweiligen Leistungsgruppe fallen."

Wahrscheinlich erfüllen nicht alle der in NRW existierenden Fach- und Spezialkliniken diese Definition dem Wortlaut nach exakt. So decken beispielsweise Frührehabilitationskliniken oder Rehabilitationskliniken mit wenigen akutmedizinischen Betten weder *ein spezielles medizinisches Gebiet* ab, noch wird zwangsläufig eine *hochdifferenzierte Behandlung schwerer und schwerster Krankheitsbilder, die in das Leistungsspektrum der jeweiligen Leistungsgruppe fallen,* durchgeführt. Analoges dürfte für neurologische Betten an psychiatrischen Klinikstandorten gelten. Krankenhausstandorte, die nicht den geforderten Dreiklang vorhalten können oder aus medizinisch nachvollziehbaren Gründen nicht alle Mindestvoraussetzungen am Standort erfüllen und damit ihren Versorgungsauftrag gefährdet sehen, sollten daher zeitnah Kontakt mit der zuständigen Bezirksregierung aufnehmen, um zu klären, ob sie als Fachklinik gewertet werden können oder anderweitige Ausnahmeregelungen greifen können.

Fachkliniken müssen in der Regel Leistungsgruppen der Grundversorgung beantragen, obwohl sie meist keine Grundversorgung anbieten. Unter Umständen erfüllen sie deshalb auch nicht die Mindestvoraussetzungen, die an die allgemeinen Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin", „Allgemeine Chirurgie", „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin" oder „Allgemeine Neurologie" gestellt werden. Gelegentlich dürfte auch der genutzte Fachabteilungsschlüssel in eine unpassende allgemeine Leistungsgruppe führen und bewirken, dass die Mindestvoraussetzungen nicht erfüllt werden können (s. u.).

Auch wenn der Krankenhausplan gewisse Sonderregelungen für Fachkliniken vorsieht, so decken diese möglicherweise nicht erschöpfend alle Probleme ab, mit denen sich Fachkliniken konfrontiert sehen. Im Zweifelsfall sollten diese Standorte daher proaktiv Kontakt mit der für sie zuständigen Bezirksregierung aufnehmen und das weitere Vorgehen im Vorfeld der Beantragung abstimmen. Fachkliniken müssen stets beachten, dass nach dem Krankenhausplan bei möglichen Auswahlentscheidungen Allgemeinkrankenhäuser bevorzugt werden könnten.

Belegärztliche Leistungen

Belegärztliche Leistungen sind in NRW nicht selten. In Fächern wie der HNO oder Augenheilkunde sichern diese gerade in ländlichen Gebieten die flächendeckende Versorgung. Aber auch in anderen Leistungsbereichen (etwa Endoprothetik) werden belegärztliche Leistungen angeboten. Häufig erbringen Belegärztinnen und -ärzte nur einen Teil der Leistungen einer Leistungsgruppe. Komplexere Operationen werden seltener durchgeführt. Trotzdem sollen nach dem Krankenhausplan nur dann Versorgungsaufträge vergeben werden, wenn die Mindestvoraussetzungen einer „zur belegärztlichen Leistung geeigneten Leistungsgruppe" erfüllt werden. In Abweichung von der Grundsystematik müssen für Belegabteilungen keine fachärztlichen Vollzeitäquivalente, sondern Personen (Belegärztinnen und -ärzte) „vorgehalten" werden. Notwendig ist aber die Sicherstellung einer fachärztlichen Rufbereitschaft für die in der Belegabteilung behandelten Patienten „zu jeder Zeit". Es erscheint nicht unwahrscheinlich, dass in ländlichen Bereichen in der Realität Abstriche von diesen Vorgaben gemacht werden müssen, um überhaupt noch ein Versorgungsangebot aufrechterhalten zu können. Vielfach operieren Belegärztinnen und

-ärzte nur an einzelnen Tagen und ihre Patientinnen und Patienten verbringen nur eine kurze Zeit im Krankenhaus. Nicht selten dürften sich gar keine Patientinnen und Patienten der Belegärztinnen und -ärzte im Krankenhaus befinden. Neben fachspezifischen Belegabteilungen können aber auch interdisziplinäre Belegabteilungen etabliert werden. Die zusätzlich zur fachärztlichen Rufbereitschaft geforderte 24-stündige Arztpräsenz kann auch durch den ärztlichen Dienst des Krankenhauses gewährleistet werden. Krankenhäuser müssen für ihre Standorte, an denen belegärztliche Leistungen angeboten werden, die Belegarztzulassung/-anerkennung sowie einen auf Dauer angelegten Belegarztvertrag mit dem Krankenhausträger vorlegen. Die Belegärztinnen und -ärzte sollen in der Planungsebene der entsprechenden Leistungsgruppe niedergelassen sein, um die Erreichbarkeit sicherzustellen. Es erscheint allerdings unverhältnismäßig, diese Regelung auch dann anzuwenden, wenn der Krankenhausstandort an der Grenze der Planungsebene liegt und eine Rufbereitschaft auch aus der angrenzenden Planungsebene ohne Nachteil für die Patientinnen und Patienten organisiert werden kann. Belegabteilungen sollen im Feststellungsbescheid als solche kenntlich gemacht werden. Im Feststellungsbescheid und auch in der Außenkommunikation des Krankenhauses (beispielsweise über die Homepage und über die im Krankenhaus selbst bereitgestellten Informationen) ist klarzustellen, welchen Umfang die Notfallversorgung durch die Belegabteilung hat. Bei Auswahlentscheidungen (etwa Endoprothetik in Ballungsgebieten) soll aufgrund der höheren Leistungsfähigkeit in der Regel Hauptabteilungen der Vorrang gegeben werden.

Besonderheiten einzelner Leistungen und Leistungsgruppen

Die Logik des Krankenhauplans NRW ist komplex und nicht immer intuitiv zu verstehen. Es ist deshalb wichtig, die im Folgenden aufgeführten Besonderheiten zu kennen, um bei der Antragstellung und in den Verhandlungen zu den Planungskonzepten keine Fehler zu machen.

In der Krankenhausplanung unberücksichtigte Leistungsmengen

Das System der Leistungsgruppen ist nicht allumfassend. Das bedeutet, dass nicht alle Fälle in NRW einer der Leistungsgruppen des Krankenhausplans zugewiesen werden. Zum einen betrifft dies die Neugeborenen, die aus einer Fachabteilung der Gynäkologie und/oder Geburtshilfe entlassen und keiner spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet werden. Gesunde Neugeborene wurden auch bislang in der Krankenhausplanung in NRW nicht berücksichtigt. Zum anderen sind aber auch wichtige andere Fachdisziplinen nicht in den Leistungsgruppen der Krankenhausplanung NRW mit zu zählenden Fällen abgebildet:

- Intensivmedizin (alle Fachabteilungsschlüssel mit Ausnahme von „2136“ und „3610“)
- Nuklearmedizin (alle Fachabteilungsschlüssel beginnend mit „32“)
- Strahlentherapie (alle Fachabteilungsschlüssel beginnend mit „33“)
- Schmerztherapie (Fachabteilungsschlüssel „3753“)
- Weaningeinheiten (Fachabteilungsschlüssel „3758“)
- Einzelne Ausdifferenzierungen von berücksichtigten Fachabteilungsschlüsseln auf 3. und 4. Stelle

Alle Fälle, die aus Fachabteilungen mit o. g. Fachabteilungsschlüsseln entlassen und keiner spezifischen Leistungsgruppe zugewiesen wurden, wurden bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs auf der Planungsebene nicht berücksichtigt. Die Beantragung eines Versorgungsauftrags mit den Formblättern und der digitalen Plattform ist auch nicht möglich. Inkonsistenzen können sich aber ergeben, wenn Fachabteilungsschlüssel, die auf „90“ ff. enden, seit 2019 neu vergeben wurden oder werden. Fälle dieser Fachabteilungen könnten unvorhergesehen aus der Krankenhausplanung „herausfallen“. Nach den Qualitätsberichten 2020 nutzen bislang Krankenhäuser entsprechende Fachabteilungsschlüssel („0291“, „1594“, „2390“, „2391“, „2392“, „2393“ und „2790“). Krankenhäuser, die nicht berücksichtigte Ausdifferenzierungen von Fachabteilungsschlüsseln nutzen, sollten das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung mit ihrer Bezirksregierung abstimmen.

Spezialsierungen in der Inneren Medizin und Chirurgie ohne Bedarfsplanung

In der Inneren Medizin und Chirurgie existieren eigene Leistungsbereiche für unterschiedliche Spezialsierungen (Facharztkompetenzen). Einige diese Leistungsbereiche weisen nur allgemeine Leistungsgruppen auf, für die aus methodischen Gründen keine Bedarfsermittlung vorgenommen wurde. Bei diesen Leistungsgruppen ist der Versorgungsauftrag daher auch ohne Fallzahl zu beantragen. In der Inneren Medizin beginnen diese allgemeinen Leistungsgruppen mit „Komplexe …“, in der Chirurgie sind die beiden Leistungsgruppen „Kinder- und Jugendchirurgie“ und „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“ betroffen.

*Der Bedarf für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin und der Chirurgie wird als nicht quantifizierte Teilmenge des Bedarfs der Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ bzw. „Allgemeine Chirurgie“ ausgewiesen (*Seite 81 des Krankenhausplans NRW 2022). *Die Zuweisung der weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin und der Chirurgie begründet keinen im Vergleich zu den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ bzw. „Allgemeine Chirurgie“ exklusiven Versorgungsauftrag. Ist einem Krankenhaus im Feststellungsbescheid die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“* („Allgemeine Chirurgie“) *zugewiesen, darf es das gesamte Leistungsspektrum des Gebietes „Innere Medizin“* („Chirurgie“) *der Weiterbildungsordnung erbringen, soweit die betreffenden Leistungen nicht einer spezifischen Leistungsgruppe zugewiesen sind.* (Seite 64 des Krankenhausplans NRW 2022)

Jeder Krankenhausstandort, der die Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen der oben genannten Facharztkompetenzen erfüllt, soll den Versorgungsauftrag auch erhalten, ver-

bunden mit dem „Auftrag“, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu bilden. Auswahlentscheidungen sind bei diesen Leistungsgruppen nicht vorgesehen. Fälle, die aus Fachabteilungen dieser Facharztkompetenzen entlassen wurden, sind, sofern sie keiner spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet werden, im Versorgungsbedarf der Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ bzw. „Allgemeine Chirurgie“ berücksichtigt.

Unklar ist jedoch noch, ob Standorte, die die allgemeinen Leistungsgruppen der oben genannten Facharztkompetenzen beantragen wollen, auch immer zwingend die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ bzw. „Allgemeine Chirurgie“ beantragen müssen. Reine Kinderkliniken mit eigenen bettenführenden kinder- und jugendchirurgischen Fachabteilungen könnten es schwer haben, die fachärztlichen Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“, die auf die Erwachsenenchirurgie zugeschnitten sind, zu erfüllen. In Zweifelsfall sollten im Planungsverfahren die Sonderregelungen für Fachkliniken nach dem Krankenhausplan NRW (Kapitel 4.4) analog zu „Stand-alone-Geriatrien“ geltend gemacht werden und ein auf die „Kinder- und Jugendchirurgie“ beschränkter „allgemein-chirurgischer“ Versorgungsauftrag als Auffangleistungsgruppe für die in den anderen Leistungsgruppen nicht berücksichtigten Fälle beantragt werden.

Eine verwandte Fragestellung ist, ob sich auch pädiatrische Standorte, die den Leistungsbereich „Endokrinologie und Diabetologie“ und die Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ beantragen wollen, auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ beantragen müssen. Die meisten dieser Einrichtungen dürften aber den Fachabteilungsschlüssel „1000“ (Pädiatrie) nutzen, sodass der Bedarf sachgerecht auch über diese Leistungsgruppe verteilt werden kann. Auch für Fälle reiner Kinderkliniken mit nicht-pädiatrischen Fachabteilungsschlüsseln könnte das Problem der Notwendigkeit eines Antrags auf die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ entstehen, deren Mindestvoraussetzungen sich nicht an der pädiatrischen Versorgung orientieren (zum Beispiel Kinderorthopädie). Betroffene Krankenhäuser sollten das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung mit ihrer Bezirksregierung abstimmen.

Leistungsgruppen mit einem Alterssplit

Für einige Leistungen existieren in der Krankenhausplanung NRW verwandte Leistungsgruppen, die sich zur gesonderten Abbildung der pädiatrischen Versorgung durch eine Altersgrenze (< 18/> 17 Jahren) auszeichnen:

- Stammzelltransplantation (7.1, 23.2)
- Leukämie und Lymphome (7.2, 23.3)
- Leistungsgruppen des Leistungsbereichs „Kardiologie“ (8.1 – 8.4), wobei hier keine korrespondierenden pädiatrischen Leistungsgruppen existieren (Fälle mit Alter < 18 Jahren werden daher meist einer allgemeinen Leistungsgruppe nach der entlassenden Fachabteilung zugeordnet)
- Leistungsgruppen des Leistungsbereichs „Herzchirurgie“ (13.1 – 13.4); für die Leistungsgruppen 13.3 und 13.4 existieren keine korrespondierenden pädiatrischen Leistungsgruppen (Fälle mit Alter < 18 Jahren werden daher meist einer allgemeinen Leistungsgruppe nach der entlassenden Fachabteilung zugeordnet)

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass Standorte, die sich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert haben und umgekehrt Standorte, die überwiegend Erwachsene behandeln, in geringem Maße auch Fälle in den korrespondierenden Leistungsgruppen in den historischen Ist-Zahlen vorfinden werden. Nicht ganz sicher ist, wie mit diesen Fällen bei der Beantragung der Leistungsgruppen vorgegangen werden soll. Bei der Ermittlung des Bedarfs auf der Planungsebene sind diese Fälle eingegangen und sollten daher auch verteilt werden. Nach dem Krankenhausplan ist bei diesen Leistungsgruppen eine Über-/Unterschreitung der Altersgrenze im Rahmen der Transition in einem begrenzten Umfang zulässig. Es wäre daher sinnvoll, diese Fälle mit bei der Leistungsgruppe zu berücksichtigen, für die auch die Mindestvoraussetzungen erfüllt werden. Das bedeutet, dass eine Kinder- und Jugendonkologie, die in geringem Umfang auch bei über 18-jährigen Stammzelltransplantationen durchführt, diese Fälle mit bei der Leistungsgruppe 23.2 aufführen und nicht zusätzlich die Leistungsgruppe 7.1 beantragen sollte. Zur Sicherheit sollte dieses Vorgehen aber mit der zuständigen Bezirksregierung abgestimmt werden.

Weniger eindeutig ist der Umgang mit Leistungen, für die trotz Altersgrenze keine korrespondierenden pädiatrischen Leistungsgruppen existieren. Behandelt beispielsweise eine „Erwachsenenkardiologie“ auch Patientinnen und Patienten unter 18 Jahre, können die Fälle auch dann nicht spezifischen Leistungsgruppen zugeordnet werden, wenn die Leistung selbst dafür qualifiziert. Diese Fälle gehen bei der Leistungsgruppenzuordnung derzeit in der Masse der Fälle der allgemeinen Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ unter. Identische Leistungen können daher vom Alter abhängig in spezifische oder allgemeine Leistungsgruppen gruppiert worden sein. Wie bei der Beantragung beispielsweise der Leistungsgruppe „EPU/Ablation“damit umzugehen ist, sollte ggf. im Vorfeld mit der Bezirksregierung abgestimmt werden. Sinnvoll erscheint die Fälle ebenfalls bei der Fallzahl für die spezifischen Leistungsgruppen zu berücksichtigen.

Nicht intuitive Zuordnung von Fachabteilungsschlüsseln zu Leistungsgruppen

Die Zuordnung von Fällen zu den Leistungsgruppen ist nicht immer medizinisch naheliegend, was an einigen Beispielen verdeutlicht werden soll.

Ausweislich der Qualitätsberichte aus 2020 nutzen beispielsweise vier Krankenhäuser in NRW den Fachabteilungsschlüssel „2309 Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie“. Für diese Krankenhäuser ist es wichtig zu wissen, dass der Bedarf der rheumaorthopädischen Fälle, die keiner spezifischen (zum Bei-

Abbildung 1: Auszug aus dem Krankenhausplan NRW 2022, Seite 207: Geburtshilfliche Leistungen werden über den Fachabteilungsschlüssel („FAB-ID“) datentechnisch der Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“ zugeordnet, obwohl sie explizit nicht vom Versorgungsauftrag erfasst sein sollen.

7.21.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“

Leistungsgruppendefinition

Die allgemeine Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“ orientiert sich am Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die geburtshilfliche Versorgung gehört jedoch nicht zum Versorgungsauftrag dieser Leistungsgruppe, da diese der spezifischen Leistungsgruppe „Geburten“ zuzuordnen ist.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
21.1	Allgemeine Frauenheilkunde	WBO		Orientierung am Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Leistungen der Geburtshilfe sind vom Versorgungsauftrag nicht umfasst.	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
					2405	Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
					2406	Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
					2425	Frauenheilkunde
					2490	Frauenheilkunde - Sonstiger Schwerpunkt
					2491	Frauenheilkunde - Sonstiger Schwerpunkt
					2500	Geburtshilfe

spiel endoprothetischen) Leistungsgruppe zugewiesen werden, überraschenderweise nach dem Krankenhausplan über die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ verteilt wird. Davon sind auch die operierten Fälle betroffen. Die Standorte müssen daher ebenfalls diese Leistungsgruppe mit entsprechender Fallzahl aus der Rheumaorthopädie beantragen (ggf. zu den internistischen Fällen hinzuaddieren). Fachkliniken, die keine internistische Grundversorgung anbieten, sondern nur eine rheumatologische Spezialversorgung, erfüllen ggf. nicht die Mindestvoraussetzungen für die Zuteilung der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“. Diese Standorte sollten im Planungsverfahren die Sonderregelungen für Fachkliniken nach dem Krankenhausplan NRW (Kapitel 4.4) analog zu „Stand-alone-Geriatrien“ geltend machen und einen auf die Rheumatologie und Rheumaorthopädie beschränkten „allgemein-internistischen“ Versorgungsauftrag beantragen.

Ebenso wurden die Fachabteilungsschlüssel für Lungen- und Bronchialheilkunde („1400“) und Palliativmedizin („3752“) bei der Bedarfsermittlung für die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ berücksichtigt. Da viele palliativmedizinische Fälle keinen OPS aus 8-98e erhalten und damit nicht der spezifischen Leistungsgruppe „Palliativmedizin“ zugeordnet werden können, ist dies für entsprechende Standorte relevant. Standorte mit einer „Palliativmedizin“, die keine internistische Grundversorgung anbieten, erfüllen ggf. nicht die Mindestvoraussetzungen für die Zuteilung der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“. Auch diese Standorte sollten im Planungsverfahren die Sonderregelungen für Fachkliniken nach dem Krankenhausplan NRW (Kapitel 4.4) analog zu „Stand-alone-Geriatrien“ geltend machen und einen beschränkten „allgemein-internistischen“ Versorgungsauftrag beantragen.

Fälle, die aus einer Fachabteilung mit dem Fachabteilungsschlüssel „3751“ (Radiologie) entlassen und keiner spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet wurden, wurden bei der Bedarfsermittlung für die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ berücksichtigt. Für diese Fälle muss vermutlich auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ beantragt werden. Nach den Qualitätsberichten 2020 betrifft dies in NRW eine Handvoll Standorte mit bettenführenden Fachabteilungen, überwiegend mit einer Spezialisierung in der Neuroradiologie. Diese Standorte müssen nun auch die Mindestvorrausetzungen für die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ am Standort erfüllen. Da es sich überwiegend um Standorte der Maximalversorgung handelt, die zusätzlich chirurgische Fachabteilungen am Standort vorhalten, wird diese Inkonsistenz in der Praxis vermutlich kaum Probleme verursachen. Krankenhäuser, die jedoch zukünftig bettenführende Fachabteilungen für Radiologie mit eigenem Fachabteilungsschlüssel aufbauen oder ausweisen lassen wollen, sollten auf diesen Zusammenhang achten.

Leistungsgruppen „Allgemeine Frauenheilkunde“ und „Geburten“

Der Leistungsbereich „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ beinhaltet zwei Leistungsgruppen („Allgemeine Frauenheilkunde“ und „Geburten“), die sich über die Weiterbildungsordnung definieren. Die geburtshilfliche Versorgung soll nach dem Krankenhausplan NRW 2022 nicht zum Versorgungsauftrag der Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“, sondern zum Versorgungsauftrag der Leistungsgruppe „Geburten“ gehören (siehe ▶ **Abbildung 1**).

Bei der Berechnung des Bedarfs auf der Planungsebene für die jeweiligen Leistungsgruppen wurde jedoch ein anderer Weg eingeschlagen. Die Fallzahlermittlung für die Bedarfsbestimmung und -prognose für die Leistungsgruppe „Geburten“ erfolgte über die Bestimmung der Gesamtzahl der Geburten aus dem mütterlichen Datensatz über den Sekundärkode aus Z37.-! (siehe Seite 215 des Krankenhausplans NRW 2022). Die gesamte restliche geburtshilfliche Versorgung wurde für die Bedarfsberechnung in dieser Leistungsgruppe nicht berücksichtigt. Der Bedarf dürfte damit um ca. ein Drittel unterschätzt worden sein.

Umgekehrt wurden Fälle, die aus einer Fachabteilung mit einem Fachabteilungsschlüssel für „Geburtshilfe“ („2500“) oder „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ („2400“) entlassen wurden, voll-

ständig dem Bedarf für die Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“ zugerechnet, wenn sie keiner spezifischen Leistungsgruppe zuzuweisen waren. Der Bedarf der Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“ dürfte daher korrespondierend zu hoch berechnet worden sein. Die beiden Leistungsgruppen „Allgemeine Frauenheilkunde“ und „Geburten“ kommen zwar häufig, aber nicht immer, am selben Standort vor und weisen unterschiedliche Schwankungsbreiten auf. Auch die Einflüsse auf die (prognostizierte) Leistungsentwicklung unterscheiden sich.
In der Handreichung des MAGS finden sich keine Hinweise dazu, wie mit diesem Widerspruch in der Krankenhausplanung umzugehen ist und für welche Leistungsgruppe welche Fallzahlen zu beantragen sind. Betroffene Krankenhäuser sollten daher das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung mit ihrer Bezirksregierung abstimmen.

Leistungsgruppen des Leistungsbereichs „Neonatologie“

Der Bedarf für den Leistungsbereich „Neonatologie“ wurde algorithmisch auf die drei Leistungsgruppen des Leistungsbereichs verteilt:

- Perinataler Schwerpunkt
- Perinatalzentrum Level 1
- Perinatalzentrum Level 2

Die dahinterstehende Logik findet sich im Anhang des Krankenhausplans NRW 2022 (Seite 371). Neugeborene mit einem Aufnahmegewicht ab 2 000 g, die von einer Fachabteilung der Frauenheilkunde oder Geburtshilfe entlassen wurden, wurden für die Bedarfsermittlung nicht berücksichtigt. Neugeborene mit einem Aufnahmegewicht ab 2 000 g, die von einer pädiatrischen Fachabteilung entlassen wurden, wurden bei der Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ berücksichtigt.
Es ist selbstverständlich, dass ein Standort mit Perinatalzentrum Level 1 auch Neugeborene versorgt, die dem Bedarf der Leistungsgruppen „Perinataler Schwerpunkt“ und „Perinatalzentrum Level 2“ zugeordnet wurden. Das Gleiche gilt für Perinatalzentren Level 2 und Neugeborene, die beim Bedarf der Leistungsgruppe „Perinataler Schwerpunkt“ berücksichtigt wurden. Wenn der ermittelte Bedarf in der Logik der Leistungsgruppen der Krankenhausplanung verteilt werden soll, müsste jedoch ein Level-1-Zentrum die Leistungsgruppen für Level 1, Level 2 und einen perinatalen Schwerpunkt beantragen, um das komplette Fallspektrum auch im Versorgungsauftrag abzudecken. Ein Level-2-Zentrum müsste entsprechend die Leistungsgruppen für Level 2 und den perinatalen Schwerpunkt beantragen. In der Handreichung des MAGS finden sich hierzu keine Hinweise. Es empfiehlt sich daher für Perinatalzentren der Level 1 und 2, das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung mit ihrer Bezirksregierung abzustimmen.

Leistungsgruppen mit Orientierung an DRG-Merkmalen (zum Beispiel „Leukämie und Lymphome“, Nr. 7.2. und 23.3)

An einigen Stellen nutzt die Krankenhausplanung NRW für die Zuordnung zu den Leistungsgruppen OPS-Kodes, die bislang ausschließlich für die DRG-Finanzierung konzipiert waren. Das aG-DRG-System unterliegt einem stetigen Wandel und wird zunehmend grundsätzlich in Frage gestellt. Pflegebudget, Vorhaltepauschalen, Hybrid-DRGs, Aufgliederung von weiteren Leistungsbereichen – all das nimmt Einfluss auf die grundlegende Architektur der fallpauschalierenden Vergütung und kann in der Konsequenz zu einer Anpassung oder sogar Abschaffung von spezifisch zur Vergütung geschaffenen Leistungsattributen wie OPS-Kodes führen. Für die von diesen OPS-Kodes abhängige NRW-Krankenhausplanung müssen dann Lösungen gefunden werden. Ein Beispiel hierfür sind die Leistungsgruppen „Leukämie und Lymphome“, die sich über die OPS-Kodes 8-543 und 8-544 definieren. Der Bedarf auf der Planungsebene für die Leistungsgruppen wurde auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG aus dem Jahr 2019 errechnet. Für 2022 wurden die OPS für Chemotherapien jedoch vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) inhaltlich überarbeitet. Eine datentechnische **Überleitung** von „alten“ auf die „neuen“ OPS ist nicht möglich. Die auf Basis 2019 erstellte Bedarfsermittlung kann damit für die Vergabe der aktuellen Leistungsmengen nicht mehr genutzt werden. *„Zukünftig werden deutlich mehr Fälle als bisher als ‚hochkomplex‘ und deutlich weniger Fälle als ‚nicht komplex‘ bewertet werden“* (Quelle: InEK-Abschlussbericht: Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022 Seite 109).
Auch für die OPS der Klasse 8-981 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) haben sich zwischen 2019 und 2020 inhaltliche Veränderungen ergeben, die regional zu Diskrepanzen zwischen dem ermittelten Bedarf und der realen Leistungsmenge in der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ (Nr. 26.2) geführt haben könnten.
In der Handreichung des MAGS finden sich keine Hinweise dazu, wie mit veränderten OPS-Definitionen – auch in Bezug auf die Schwankungsbreiten – umzugehen ist. Betroffene Krankenhäuser sollten daher das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung mit ihrer Bezirksregierung abstimmen.
Weitere Leistungsgruppen nutzen OPS-Kodes, die spezifisch für die DRG-Vergütung geschaffen wurden und damit von der Entwicklung des Vergütungssystems abhängig sind (zum Beispiel „Neuro-Frühreha“, „Geriatrie“ und Palliativmedizin“). Es ist darauf zu achten, dass zukünftig die realen Leistungsmengen erheblich vom vergebenen Versorgungsauftrag abweichen können, wenn sich inhaltliche Änderungen am OPS ergeben, über den die jeweilige Leistungsgruppe definiert ist. Die im Krankenhausplan vorgegebenen Schwankungsbreiten dürften dann ihre Bedeutung verlieren. Aufgrund der Hierarchisierung bei der Fallzuordnung zu den Leistungsgruppen können damit mittelbar auch die Leistungsmengen und Schwankungsbreiten anderer Leistungsgruppen mit betroffen sein. Würden beispielsweise die OPS für die „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ oder die „Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ geändert oder gestrichen, „fallen“ die Fälle vermutlich mehrheitlich in die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ und erhöhen dort

automatisch die Leistungsmenge. Schwankungsbreiten könnten dann aus diesen rein „technischen“ Gründen überschritten werden.
Es ist zu hoffen, dass bei der angekündigten Revision der Krankenhausplanung in NRW auf den Bezug zum DRG-System und seine spezifischen Attribute verzichtet wird.

Leistungsgruppe „Stroke Unit“
Leistungen von Stroke Units werden im DRG-System über zwei OPS-Klassen abgebildet:
- 8-981 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls)
- 8-98b (Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls)

Die Definition der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ umfasst jedoch nur die OPS-Kodes der Klasse 8-981 (der Version 2019). Bei der Ermittlung des Bedarfs auf der Planungsebene der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ wurden daher auch nur Fälle mit OPS-Kodes der Klasse 8-981 berücksichtigt. Fälle mit OPS-Kodes der Klasse 8-98b gingen in die Bedarfsermittlung für diese Leistungsgruppe nicht ein. Aus diesem Grund soll bei der Bedarfszuteilung für internistisch geführte Stroke Units oder Tele-Stroke-Units auf das Fallzahlvolumen der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zurückgegriffen werden. Standorte, die die OPS-Klasse 8-98b nutzen, müssen daher mit ihren Fällen die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ und nicht die Leistungsgruppe „Stroke Unit“ beantragen. Trotzdem soll nach dem Textteil im Krankenhausplan NRW 2022 (Seite 243 ff.) auch die OPS-Klasse 8-98b zum Definitionsumfang der spezifischen Leistungsgruppe „Stroke Unit“ gehören. Das bedeutet, dass Standorte, die die OPS-Klasse 8-98b nutzen und die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ beantragen, trotzdem die Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ erfüllen sollen. An die Stelle der Vorhaltung der Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“ am Standort und der Beschäftigung von drei Vollzeitäquivalenten mit der fachärztlichen Qualifikation „Neurologie“ treten dann die Kooperation mit einer Klinik, die die Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“ und die Leistungsgruppe „Stroke Unit“ am Standort vorhält. Die erforderliche Einbindung des neurologischen Sachverstandes ist auf Basis der Vorgaben des OPS-Komplexkodes 8-98b nachzuweisen. Im Feststellungsbescheid soll der Versorgungsauftrag auf die für die jeweilige Stroke Unit zutreffenden OPS-Kodes eingeschränkt werden. Die Formblätter für den Antrag bilden diese Konstruktion jedoch bislang nicht ab. Betroffene Krankenhäuser sollten daher das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung mit ihrer Bezirksregierung abstimmen.
Die Planungsebene für die Leistungsgruppe „Stroke Unit“ ist das Versorgungsgebiet, das wiederum sehr unterschiedlich strukturiert und gerade in ländlichen Regionen sehr groß sein kann. Bei der Behandlung von Schlaganfällen spielen Fahrzeiten und die Rettungskette eine herausragende Rolle („Time is brain“). Auch wenn das MAGS für die Leistungsgruppe „Stroke Unit“ keine konkreten Erreichbarkeitskriterien vorgegeben hat, ist neben der Anzahl der Standorte und der Verteilung des Bedarfs gerade für diese Leistungsgruppe auch eine medizinisch sinnvolle Verteilung des Angebots auf der Planungsebene wichtig.

Strukturprüfungen des MD und nicht kodierte Leistungen Besonderer Einrichtungen
Wie dargestellt, basiert die Bedarfsberechnung für die jeweilige Planungsebene auf den Daten nach § 21 KHEntgG. Neben tatsächlichen strukturellen Veränderungen können aber auch weitere Einflussfaktoren verantwortlich dafür sein, dass es bei der Beantragung von Leistungsmengen und der späteren Leistungserbringung zu erheblichen Abweichungen von den historischen Ist-Zahlen 2019 und 2020 kommen kann. Einen großen Einfluss haben sicherlich die mittlerweile eingeführten Strukturprüfungen der OPS-Komplexkodes in den Leistungsgruppen „Stroke Unit“, „Neuro-Frühreha“, „Geriatrie“ und „Palliativmedizin“. Standorte, die diese Leistungen bislang erbracht, nun aber die Strukturprüfungen nicht bestanden haben, werden vermutlich mehrheitlich versuchen, die Wiederholungsprüfungen oder Prüfungen im nächsten Jahr wieder zu bestehen. Mit dem Antrag auf den Versorgungsauftrag sollte daher begleitend dargestellt werden, warum die Leistung ggf. zwischenzeitlich am Standort nicht erbracht (bzw. korrekterweise in der Regel nur nicht abgerechnet) wurde. Besteht ein Standort eine zukünftige Strukturprüfung nicht, wird er die Schwankungsbreite aus technischen Gründen für eine gewissen Zeitraum unterschreiten. In der Regel dürfte versucht werden, über eine Nachprüfung die Abrechnungsfähigkeit der Leistungen wiederherzustellen. Auch in diesem Fall empfiehlt es sich, Kontakt mit der zuständigen Bezirksregierung aufzunehmen, damit der Versorgungsauftrag nicht gefährdet wird. Mehr Interferenzen kann es mit den Prüfungen zu den Richtlinien des G-BA geben. Hier droht ein Leistungsausschluss mit Einfluss auf die Krankenhausplanung, weil Standorte die Leistungen tatsächlich nicht mehr erbringen dürften. Dauerhaft wegfallende Leistungsmengen müssten auf der Planungsebene neu verteilt werden.
Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz. 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die bislang nicht die Notwendigkeit sahen, OPS-Komplexkodes zu kodieren, müssen beachten, dass ihre bisherigen Leistungen nicht in die Bedarfsermittlung auf der Planungsebene eingegangen sind. Nach den Angaben im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung (https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/) sind beispielsweise 28 der 71 Palliativstationen in NRW als Besondere Einrichtungen deklariert. Dazu zählen auch die fünf Universitätskliniken in NRW. Diese Standorte müssen bei einem Antrag auf diese Leistungsgruppe im Rahmen des Planungsverfahrens den Kostenträgern und den Bezirksregierungen gegenüber darlegen, warum ggf. der ursprünglich berechnete Bedarf auf der Planungsebene überschritten werden muss. Betroffene

Krankenhäuser sollten das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung mit ihrer Bezirksregierung abstimmen.

Neurologische Frührehabilitation

Für die Berechnung des Bedarfs auf der Planungsebene der Leistungsgruppe „Neuro-Frührehа (NNF, Phase B)“ wurden ausschließlich Fälle mit OPS-Kodes der Klasse 8-552 (Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) berücksichtigt. Fälle mit OPS-Kodes der Klasse 8-559 (Fachübergreifende und andere Frührehabilitation) fanden keine Berücksichtigung. Analog zur Geriatrie werden in einer neurologischen Frührehabilitation auch Fälle versorgt, denen bei der Abrechnung im DRG-System kein OPS-Kode aus 8-552 zugeordnet werden kann. Standorte, die die Leistungsgruppe „Neuro-Frührehа (NNF, Phase B)“ beantragen wollen, müssen daher mindestens eine weitere Leistungsgruppe beantragen. Abhängig vom genutzten Fachabteilungsschlüssel können dies sehr unterschiedliche Leistungsgruppen sein (beispielsweise „Allgemeine Neurologie“, „Neurochirurgie“, „Allgemeine Innere Medizin“, „Allgemeine Chirurgie“, „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“). Nicht immer werden am Standort die sich an einer anderen Versorgungsstruktur orientierenden Mindestvoraussetzungen für diese Leistungsgruppen erfüllt werden können. Diese Standorte sollten im Planungsverfahren die Sonderregelungen für Fachkliniken nach dem Krankenhausplan NRW (Kapitel 4.4) analog zu „Stand-alone-Geriatrien“ geltend machen und einen beschränkten Versorgungsauftrag in den genutzten allgemeinen Leistungsgruppen beantragen. Betroffene Krankenhäuser sollten das Vorgehen im Vorfeld der Beantragung mit ihrer Bezirksregierung abstimmen.

Interventionelle Kardiologie

Die Anforderungen an die fachärztlichen Qualifikationen „Innere Medizin und Kardiologie“ sind mit fünf Vollzeitäquivalenten in der Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ hoch. Zudem ist der Wunsch der Kostenträger nach einer Reduzierung des Angebotes und einer Konzentration der Leistungserbringer zu erwarten.

Wie bei der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ ist auch für die Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ das Versorgungsgebiet die Planungsebene. Um eine schnelle Behandlung bei akuten Herzinfarkten zu gewährleisten, ist daher auch für die Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ eine medizinisch sinnvolle Verteilung des Angebots auf der Planungsebene wichtig. Anders als für die Stroke-Unit-Behandlung kommt hinzu, dass die Linksherzkathetermessplätze auch zur ambulanten Behandlung mitgenutzt werden können. Eine Schwächung der qualifizierten Herzinfarktversorgung muss – ggf. unter Nutzung der Ausnahmeregelungen des Krankenhausplans – vermieden werden. Betroffene Krankenhäuser sollten daher analysieren, ob sie in ihrem Teil des Versorgungsgebietes unter Beachtung der Fahrzeiten und Rettungsketten als versorgungsnotwendig erachtet werden können und diesen Umstand ggf. im Planungsverfahren geltend machen.

Transplantationen

Die Anforderungen an die fachärztlichen Qualifikationen im Leistungsbereich „Transplantationsmedizin“ sind sehr hoch. So müssen beispielsweise für die Erbringung der Leistungsgruppe „Nierentransplantation“ mindestens jeweils drei Vollzeitäquivalente der fachärztlichen Qualifikationen „Viszeralchirurgie“, „Urologie“ und „Innere Medizin und Nephrologie“ nachgewiesen werden. Zusätzlich muss je eines der Vollzeitäquivalente die Zusatzbezeichnung „Transplantationsmedizin“ führen dürfen. Es ist fraglich, ob alle derzeitigen Transplantationszentren die Anforderungen erfüllen können. Einige besitzen beispielsweise keine eigenen urologischen Fachabteilungen.

Intensivmedizin

Für die Intensivmedizin ist wie in der bisherigen Krankenhausplanung keine separate Bedarfsberechnung erfolgt. Entsprechend wurden vom MAGS auch keine Ist-Fallzahlen aus 2019 und 2020 in Formblatt 1 berechnet. Anders als bei den allgemeinen Leistungsgruppen der Facharztkompetenzen in der Inneren Medizin und Chirurgie sollen Krankenhäuser für ihre Standorte jedoch im Formblatt 1 eine Fallzahl als „Davon-Wert“ angeben. Dies ist möglicherweise ein Relikt aus der bisherigen Krankenhausplanung, in der intensivmedizinische Betten als „Davon-Wert“ angegeben wurden. Während Betten distinkt sind (d. h. entweder ein Normal- oder Intensivbett), können Fälle sowohl intensivmedizinisch als auch auf Normalstation behandelt worden sein. Es erschließt sich daher nicht, welcher „Davon-Wert“ anzugeben ist. Allenfalls könnte hier die Gesamtzahl der von einem Standort entlassenen Fälle angegeben werden, die einen Intensivaufenthalt hatten. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass dieser Wert eine Bedeutung in der Krankenhausplanung entwickeln wird.

Operationalisierung und Nachweise weiterer Qualitätskriterien

Der Krankenhausplan NRW 2022 führt eine Vielzahl von Qualitätskriterien auf, die einer Operationalisierung oder Interpretation bedürfen. Die Handreichung gibt in einigen Fällen hierzu Konkretisierungen vor.

Beispielsweise wird bei einer Auswahl von Leistungsgruppen gefordert, dass sich die personellen Vorgaben nach der derzeitig geltenden Fassung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) richten sollen. Ob hier Mittelwerte oder einzelne Schichten zugrunde zu legen sind, ist nicht vorgegeben. Eine gesonderte Informations- oder Nachweispflicht gegenüber der Planungsbehörde ist jedoch auch nicht erforderlich, da bereits nach § 137i Absatz 4 SGB V eine Berichtspflicht existiert.

Krankenhäuser sollten die Operationalisierungen unter 4.6 der Handreichung sehr aufmerksam studieren und auf Relevanz für ihre Anträge hin analysieren. Bislang haben die vielen unbestimmten Begrifflichkeiten möglicherweise nicht die notwendige Aufmerksamkeit erfahren, weil nicht abgeschätzt oder geprüft werden konnte, ob die Qualitätskriterien erfüllt werden können. ▶

An einigen Stellen verwundert die Detailtiefe, in der potenziell Nachweise gefordert werden können. So werden beispielsweise bei vielen Leistungsgruppen interdisziplinäre Fall- bzw. Tumorkonferenzen gefordert. Die Handreichung gibt hierzu vor:

- Regelmäßiges Angebot von Konferenzen mit Experten verschiedener Fachdisziplinen (zum Beispiel Pathologen, Radiologen, Onkologen).
- Die Konferenzen tagen regelmäßig, grundsätzlich mindestens zweimal im Monat. Sie sind grundsätzlich für mindestens 30 Minuten anzusetzen. Je nach Patientenaufkommen sowie Fallkomplexität sind die Konferenzen zu verlängern bzw. häufiger anzusetzen.
- Die Empfehlungen der Konferenzen sind schriftlich zu dokumentieren.

Prinzipiell sind alle Mindestvoraussetzungen am Krankenhausstandort zu erfüllen. Ob die interdisziplinären Konferenzen daher auch „am Standort“ durchgeführt werden müssen oder ob auch telemedizinische Strukturen genutzt werden dürfen, ist nicht beschrieben. Auch hier sollte im Zweifelsfall vorab eine Abklärung mit der zuständigen Bezirksregierung erfolgen. Es ist jedoch nicht unwahrscheinlich, dass die mit der Prüfung der anderen Mindestvoraussetzungen bereits erheblich geforderten Bezirksregierungen auf die detaillierten Nachweise zur ordnungsgemäßen Durchführung von Fallkonferenzen verzichten werden.

Verwirrend dürften die Hinweise zur Logopädie für die Krankenhäuser sein, die sprachheiltherapeutische Qualifikationen einsetzen. Während die Überschrift eine Anerkennung andeutet, finden sich sprachheiltherapeutische Qualifikationen nicht mehr in der weiteren Operationalisierung. Bei Bedarf sollte zur Klärung der Kontakt mit der Bezirksregierung gesucht werden.

Viele weitere Struktur- und Prozesskriterien werden „nur“ in Kooperation gefordert. Während bei einer eigenständigen Erfüllung die Bezirksregierung darüber entscheiden kann, ob sie entsprechende Nachweise für erforderlich hält, sollen bei Kooperationen eigentlich regelhaft Kooperationsverträge (oder von den Kooperationspartnern unterschriebene rechtsverbindliche Erklärungen) vorgelegt werden. Krankenhäuser, die diese Mindestvoraussetzungen an ihren Standorten nur durch Kooperationen gewährleisten können, sollten mit ihrer Bezirksregierung im Vorfeld der Beantragung abstimmen, ob zum Nachweis tatsächlich für alle Struktur- und Prozesskriterien Kooperationsverträge bzw. rechtsverbindliche Erklärungen eingereicht werden müssen.

Trotz der weiteren Operationalisierungen in der Handreichung bieten viele Mindestvoraussetzungen noch erheblichen Interpretationsspielraum. Als Beispiel seien hier nur die Vorgaben zum Labor genannt. Der Krankenhausplan 2022 nutzt hier die Begrifflichkeiten „Basislabor“, „Notfall-Labor“ und „PoC-Laboranalytik“ (PoC: Point-of-Care). Diese Differenzierungen sollen eine qualitative Abstufung zum Ausdruck bringen. Beispielsweise bei der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“: „Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik“. Eine allgemeinverbindliche Definition, welche Laborleistungen die genutzten Begrifflichkeiten konkret umfassen, existiert auch im medizinischen Schrifttum nicht. Ein Großteil der Laborleistungen kann heute mit PoC-Technik erfolgen. Die gewählte Differenzierung ergibt daher daher medizinisch eigentlich keinen Sinn. Es ist zu hoffen, dass der Prüfung dieser und weiterer nicht operationalisierter Mindestvoraussetzungen von den Bezirksregierungen nicht allzu viel Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Textbezeichnungen von Leistungsgruppen

Die Ausführungen bis hierher haben bereits gezeigt, dass die Umsetzung der Krankenhausplanung in NRW weit komplexer ist, als zunächst vermutet werden könnte. Insbesondere bei der strategischen Planung, mit welchen Leistungsmengen Krankenhäuser Leistungsgruppen für ihre Standorte beantragen wollen, darf keine Orientierung an den Textbezeichnungen der Leistungsgruppen erfolgen. Dies ist umso wichtiger, wenn klinisches Personal ohne tiefere Kenntnis der Leistungsgruppensystematik in die Planung mit einbezogen wird. Analog zu den DRGs stellen die Bezeichnungen der Leistungsgruppen nämlich eher „Platzhalter“ als konkrete Beschreibungen der Inhalte dar. Vielfach steckt dahinter nicht das Fallkollektiv, das intuitiv aus klinischer Perspektive abgeleitet würde, da häufig eine Einschränkung auf komplexere Fälle erfolgt. Dies wird nachfolgend beispielhaft dargestellt:

- „Leukämie und Lymphome“, nur komplexe Chemotherapien nach altem OPS
- „Kardiale Devices“, nur Defibrillatoren und komplexe Schrittmachersysteme
- „Minimalinvasive Herzklappenintervention“, nur TAVI
- „Wirbelsäuleneingriffe“, ohne Osteosynthese und Entfernung von Osteosynthesematerial
- „Thoraxchirurgie“, ohne atypische Lungenresektionen
- „Lebereingriffe“, nur anatomische (typische) Leberresektion
- „Palliativmedizin“, nur spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung.

Die allgemeinen Leistungsgruppen der internistischen Facharztkompetenzen (zum Beispiel „Komplexe Gastroenterologie“, „Komplexe Pneumologie“ etc.) besitzen keine Falldefinition und weisen damit – im Widerspruch zu ihrer Betextung – keinen direkten Bezug zu komplexen Fällen auf.

Es existieren auch Leistungsgruppen, die eine Verwandtschaft zu den Leistungen der Mindestmengenregelungen des G-BA aufweisen. Im Detail können sich die Definitionen jedoch unterscheiden.

Auswahlentscheidungen

Das Konzept des Krankenhausplans NRW wirkt auf zwei Ebenen strukturverändernd. Einerseits sollen Standorte, die die Mindestvoraussetzungen der jeweiligen Leistungsgruppe nicht erfüllen, keinen Versorgungsauftrag für die Leistungen der Leistungsgruppe mehr erhalten. Andererseits soll über eine Auswahl von notwendigen Standorten auf der jeweiligen Planungsebene auch unter den die Mindestvoraussetzungen erfüllenden

Standorten eine Auswahl getroffen werden können, wenn die Anträge auf den Versorgungsaufrag den ermittelten Bedarf übersteigen. Während Krankenhäuser durch die Veröffentlichung der Mindestvoraussetzungen und des Verfahrens relativ gut einschätzen können, ob sie die Mindestvoraussetzungen für die Erteilung des Versorgungsauftrages erfüllen, sind mögliche Auswahlentscheidungen die große Unbekannte der Krankenhausplanung. Auswahlentscheidungen erfolgen nicht nach einem festen Algorithmus und erst im weiteren Planungsverfahren. Zu den möglichen Auswahlentscheidungen und ihren Kriterien finden sich an verschiedenen Stellen Hinweise.

Das Bundesrecht weist im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bereits darauf hin, dass *„bei der Durchführung des Gesetzes die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten"* ist. *„Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten"* (§ 1 Absatz 2 KHG). Nach § 8 Absatz 2 KHG entscheidet die zuständige Landesbehörde bei notwendiger Auswahl *„zwischen mehreren Krankenhäusern unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird; die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist."*

Nach § 12 Absatz 5 KHGG NRW sollen bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen Krankenhäuser Vorrang haben, *„die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen. Zudem soll die – auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende – Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen. Dies gilt auch für die Kooperation der Krankenhäuser mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit niedergelassenen approbierten Leistungserbringern im Bereich der Psychotherapie, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen."*

Im Krankenhausplan selbst wurden für die meisten Leistungsgruppen spezifische Auswahlkriterien definiert, an denen sich Auswahlentscheidungen ebenfalls orientieren können. Eine Gewichtung der unterschiedlichen Auswahlkriterien wurde nicht vorgenommen. Krankenhäuser können daher nicht antizipieren, ob sie sich beispielsweise durch die Erfüllung eines Auswahlkriteriums bei der Gerätevorhaltung eher für die Auswahl qualifizieren als bei einer Erfüllung eines Auswahlkriteriums bei der fachärztlichen Qualifikation. Hinzu kommt, dass der Krankenhausplan weitere mögliche Auswahlkriterien benennt. So soll es beispielsweise auch von Bedeutung sein, *„ob ein Krankenhausstandort die festgelegten Mindestanforderungen (etwa bei der personellen Ausstattung) in einer Weise übererfüllt, die eine nachhaltigere und höhere Versorgungsqualität erwarten lässt als bei lediglich exakter Erfüllung der Mindestanforderungen."* Zusätzlich sollen bei der Auswahlentscheidung ggf. auch weitere Aspekte zur Berücksichtigung kommen, *„die für oder gegen eine besondere Leistungsfähigkeit der in Frage kommenden Krankenhausstandorte sprechen. Schließlich sind auch Wechselwirkungen der auf eine einzelne Leistungsgruppe bezogenen Auswahlentscheidung auf die regionale Versorgungsstruktur in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen."* Auch die Entfernungen im Bereich der Kooperationen sollen bei Auswahlentscheidungen berücksichtigt werden dürfen.

Grundsätzlich sollen bei der Festlegung der Zahl der Standorte auch die Aspekte Wirtschaftlichkeit (Ebene Krankenhausstandort und -abteilung), Erreichbarkeit, Auswahlmöglichkeiten sowie die Vermeidung von regionalen Mehrfachvorhaltungen in unmittelbarer räumlicher Nähe, soweit sie nicht durch das Bedarfsvolumen und/oder andere Besonderheiten der Versorgungssituation gerechtfertigt sind, berücksichtigt werden.

„Ist im Planungsverfahren eine Auswahl zwischen der belegärztlichen und nichtbelegärztlichen Erbringung einer Leistungsgruppe zu treffen, ist aufgrund der höheren Leistungsfähigkeit in der Regel der Hauptabteilung der Vorrang zu geben" (Kapitel 4.5 des Krankenhausplans NRW 2022). Auch für Fachkliniken sind bei Auswahlentscheidungen besondere Vorgaben zu beachten, die in Kapitel 4.4. des Krankenhausplans NRW 2022 näher dargelegt werden.

In der Handreichung werden zum großen Teil Kriterien aus dem KHGG NRW und dem Krankenhausplan wiederholt. Zusätzlich finden sich aber auch noch weitere Konkretisierungen. So soll bei der Entscheidung, welcher der in Betracht kommenden Krankenhausstandorte den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird, auch berücksichtigt werden, ob eine sinnvolle medizinische Schwerpunktbildung durch Bündelung bestimmter Leistungsgruppen für eine besondere Leistungsfähigkeit des Krankenhausstandortes spricht. Außerdem sollen auch Wechselwirkungen der auf eine einzelne Leistungsgruppe bezogenen Auswahlentscheidung auf die regionale Versorgungsstruktur in ihrer Gesamtheit berücksichtigt werden. Gemeinsam ist diesen Aspekten, dass eine Leistungsgruppen-übergeordnete Perspektive eine Rolle spielt. Krankenhäuser sollten daher auch Argumente sammeln, die für die spezifische Bündelung ihrer Leistungsgruppen im Kontext der regionalen Versorgungsstruktur sprechen.

Ein wichtiges Planungskriterium ist die Erreichbarkeit – insbesondere bei den Leistungsgruppen der Grundversorgung. In NRW sollen Krankenhausstandorte, die die Grundversorgung mit den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin" und „Allgemeine Chirurgie" anbieten, innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten zu erreichen sein, wobei mindestens 90 % der Bevölkerung diese Standorte sogar in 20-PKW-Fahrzeitminuten erreichen können sollen. Ein Versorgungsangebot mit den Leistungsgruppen „Geburten" und „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin" soll innerhalb von 40 PKW-Fahrzeitminuten erreichbar sein. Auch bei anderen Leistungsgruppen, die Notfallleistungen umfassen (zum Beispiel „Interventionelle Kardiologie", „Stroke Unit") oder bei denen eine Wohn-

ortnähe sinnvoll ist („Geriatrie“, „Palliativmedizin“, Leistungsgruppen, die eine intensive Nachbetreuung „aus einer Hand“ durch den Krankenhausstandort sinnvoll erscheinen lassen, wie beispielsweise onkologische Leistungsgruppen) dürfte die Erreichbarkeit in der Praxis eine Rolle spielen. Erreichbarkeitskriterien dafür gibt der Krankenhausplan jedoch nicht vor. Krankenhäuser sollten daher prüfen, ob ihr Versorgungsangebot im regionalen Versorgungskontext notwendig ist und diese Argumente in das Planungsverfahren mit einbringen, um unsachgerechten Auswahlentscheidungen zuvorzukommen.

Ob wegen der Vielzahl ungewichteter Auswahlkriterien Auswahlentscheidungen auch juristisch abgewendet werden können, bleibt abzuwarten. Juristische Auseinandersetzungen könnten die Umsetzung des Krankenhausplans auf jeden Fall erheblich verzögern. Ohne Auswahlentscheidungen würden die Auswirkungen des Krankenhausplans jedoch hinter den Erwartungen zurückbleiben.

Öffnungsklausel im Krankenhausplan

Der neue Krankenhausplan enthält viele Regelungen, mit deren Umsetzung in der Praxis bisher noch keine Erfahrung gewonnen werden konnte. Daher ist zu erwarten, dass im Einzelfall auch Ausnahmen von den Vorgaben des Krankenhausplans gemacht werden müssen. Einen Bestandsschutz stellt dies jedoch nicht dar. Ein Versorgungauftrag kann nur dann ohne Erfüllung der Vorgaben erteilt werden, wenn ansonsten

- die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung oder
- der wirtschaftliche Betrieb eines bedarfsnotwendigen Krankenhausstandortes bzw. einer bedarfsnotwendigen Krankenhausabteilung

gefährdet wären. Krankenhäuser, die sich bei ihrem Antrag auf diese Ausnahmeregelung berufen wollen, sollten frühzeitig stichhaltige Argumente und Nachweise für ihre Argumentation sammeln.

Fazit

Der Startschuss zur neuen Krankenhausplanung wurde gegeben. Jetzt muss sich zeigen, wie das komplexe System im Zusammenspiel mit der historisch entstandenen Versorgungsrealität umgesetzt werden kann. Viele Fragen sind noch offen und müssen erst noch in dem nun beginnenden Planungsverfahren geklärt werden. Krankenhäuser werden sich dazu an ihre Bezirksregierungen wenden müssen. Es ist zu hoffen, dass diese auch unter dem Zeitdruck des Verfahrens sprachfähig sein werden und sich untereinander sowie mit dem MAGS abstimmen, damit nicht regional unterschiedliche Regelungen angewendet werden und der Krankenhausplan juristisch angreifbar wird. Günstig wäre, wenn alle Beteiligten gemeinsam und möglichst partnerschaftlich einen Einstieg in diese neue Planung finden würden. Sinnvoll und auch durch das MAGS gewünscht ist, dass Krankenhäuser sich untereinander über das Leistungsangebot abstimmen. Dort, wo von den Krankenhäusern bereits ein aufeinander abgestimmtes Leistungsangebot in das Planungsverfahren eingebracht wird, ist mit einem reibungsloseren und schnelleren Planungsverfahren zu rechnen.

Alle an der Entwicklung des Krankenhausplans Beteiligten dürften ein Interesse am Erfolg der Krankenhausplanung in NRW haben. Eine Krankenhausplanung vom „Grünen Tisch“ in Berlin aus könnte als Szenario bei der Durchsetzung unpopulärer Entscheidungen genutzt werden.

Die Krankenhausplanung in NRW wird bei einer erfolgreichen Umsetzung aller Voraussicht nach zu deutlichen Veränderungen der Leistungsmengen bzw. Leistungsverlagerungen in Krankenhäusern führen. Um die Umsetzung des Krankenhausplans NRW zu unterstützen, wäre es daher zu begrüßen, wenn Regelungen des KHEntgG zur Mengensteuerung die Bemühungen nicht torpedieren würden.

Sicher ist aber auch, dass ohne eine deutliche Aufstockung und einen zielgerichteten Einsatz investiver Mittel des Landes die angestrebten Strukturveränderungen von den Krankenhausträgern kaum umsetzbar sein werden. Ein Ausdünnen der Versorgung ohne spürbare Versorgungsverbesserung dürfte auf wenig Akzeptanz in der Bevölkerung stoßen. Wünschenswert wäre, wenn insbesondere die Patientinnen und Patienten im Ergebnis der Umsetzung der neuen Krankenhausplanung von einer besseren Versorgung durch verbesserte Krankenhausstrukturen profitieren könnten.

Literatur

Handreichung für das Verfahren zu den regionalen Planungskonzepten nach § 14 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, Stand 1.9.2022

Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/krankenhausplan_nrw_2022.pdf

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW), Stand 15.08.2022, https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000483

Roeder N., May P.-J., Kösters R., Fiori W. (2021), Neuausrichtung der NRW-Krankenhausplanung. Das Krankenhaus 10/2021: 873–892

InEK GmbH: Abschlussbericht. Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022. Klassifikation, Katalog, Bewertungsrelationen, Siegburg, 20.12.2021, https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2022/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_aG-DRG-Systems_fuer_2022

Anschrift der Verfasser

Dr. Wolfgang Fiori/Prof. Dr. Norbert Roeder, Roeder & Partner, Am Dorn 10, 48308 Senden, www.roederpartner.de

www.daskrankenhaus.de (Online-Volltext-Version)