



Die Ministerin

MGEPA Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

An die
Präsidentin des Landtags
Nordrhein-Westfalen
Frau Carina Gödecke MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf



Für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 30. Dezember 2012
16. Januar 2013;**

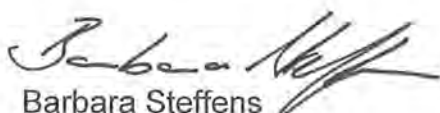
Entwurf des Krankenhausplans NRW 2015 und schriftlicher Bericht
des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter zum
Krankenhausplan

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

gemäß § 13 Abs. 2 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes
Nordrhein-Westfalen ist der zuständige Landtagsausschuss bei
Neuaufstellung und Fortschreibung der Rahmenvorgaben zu hören.
Das Kabinett hat in seiner Sitzung am 18.12.2012 den beigefügten
Entwurf des Krankenhausplans 2015 beschlossen. Ich wäre Ihnen
daher dankbar, wenn Sie diesen Entwurf zur Einleitung des
Anhörungsverfahrens an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit,
Gesundheit und Soziales weiterleiten würden.

Ferner hat der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales um
einen Bericht zum Krankenhausplan für seine Sitzung am 16.01.2013
gebeten. Auch dieser ist diesem Schreiben beigefügt und ich bitte
ebenfalls um Weiterleitung an die Ausschussmitglieder.

Mit freundlichen Grüßen


Barbara Steffens

Horionplatz 1
40213 Düsseldorf
www.mgepa.nrw.de

Telefon +49 211 8618-4300
Telefax +49 211 8618-4550
barbara.steffens@mgepa.nrw.de

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linien 704, 709
und 719 bis Haltestelle
Landtag/Kniebrücke

Bericht des
Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
zum Thema "Krankenhausplan NRW 2015"
zur Sitzung des
Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am 16.01.2013

Der vorliegende Entwurf der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans auf der Grundlage der §§ 1, 6, 8 KHG und 12, 13 KHGG NRW leitet die notwendige **Neuaufstellung des Krankenhausplans 2015** ein. Der noch geltende Krankenhausplan 2001 mit seinem überholten Zeithorizont kann in der bestehenden Form nicht weitergeführt werden.

Mit Inkrafttreten des KHGG NRW am 29. Dezember 2007 hat sich die inhaltliche **Ausrichtung der Krankenhausplanung** geändert. Auf eine Teilgebiete- und Schwerpunktplanung ist verzichtet worden. Damit war eine Fokussierung auf eine Rahmenplanung vorgegeben. Bevölkerungsentwicklung, qualitativer und medizinisch-technischer Fortschritt, das sich verändernde Zusammenspiel der verschiedenen ambulanten, teil- und vollstationären Angebote sowie geänderte Bundesgesetze und notwendige Reformüberlegungen im stationären Sektor erfordern zudem eine Anpassung an die tatsächlichen Gegebenheiten. Insbesondere Qualitätselemente dürfen nicht nur in Prozessen und Ergebnissen der Leistungserbringung gefordert werden, wofür der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die bundesrechtliche Verantwortung trägt. Qualität muss auch Eingang in die Strukturen der stationären Versorgung finden. Diesen Herausforderungen stellt sich der neue Plan. In den Rahmenvorgaben sind daher die Planungsgrundsätze sowie die qualitativen und quantitativen Eckwerte als Grundlage für die Entwicklung der regionalen Planungskonzepte nach § 14 KHGG NRW mit den notwendigen strukturellen Qualitätsanforderungen zu verbinden.

Der Entwurf entspricht zudem den **Zielen des Koalitionsvertrages 2012 - 2017**. Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen müssen auch in Zukunft in der Lage sein, eine hohe Behandlungsqualität mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit in Einklang zu bringen. Sie sind damit nicht dem freien Spiel des Marktes zu überlassen. Das Land behält seine Steuerungsfunktion bei. Die Krankenhausplanung muss eine flächendeckende Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit stationären Angeboten sicherstellen. Dazu gehört auch, aus volks- und betriebswirtschaftlichen sowie gesundheitspolitischen Gründen nicht mehr bedarfsgerechte stationäre Kapazitäten abzubauen, bei Bedarf einen Aufbau vorzunehmen sowie die vorhandenen Strukturen den veränderten Bedürfnissen der Patientinnen- und Patientenversorgung anzupassen. Darüber hinaus sind sektorübergreifende Angebotsstrukturen in die Versorgungskonzepte zu integrieren.

Krankenhausplanung bleibt in NRW **Strukturplanung**. Leistungsplanung wird wie bisher nur in Ausnahmefällen realisiert. Dies gilt z.B. für Angebote der Herzchirurgie.

Die **Krankenhäuser** sind in den Regionen des Landes bedarfsgerecht zu **verteilen**. Dabei sind örtliche, überörtliche und überregionale Belange zu beachten. Die Zahl der Krankenhäuser und ihrer Abteilungen bemisst sich im Wesentlichen an regionalen Bedarfen und an topografischen Parametern wie Entfernungen, Erreichbarkeit sowie der Siedlungsstruktur, insbesondere der Bevölkerungszahl. Dabei erfährt die Angebotsart mit dem Wandel des wissenschaftlichen, qualitativen und technischen Standards sowie der Zusammensetzung der Bevölkerung, ihrer Altersstruktur bzw. ihrer strukturellen Veränderungen eine ständige Weiterentwicklung.

Nach der Aufgabe der Detailplanung wird die Qualität der **Krankenhausversorgung** über definierte Strukturvorgaben **gesteuert**. Damit wird auch der Gefahr eines Verlustes an Qualität in der Versorgung vorgebeugt.

Für drei **hervorgehobene Versorgungsbereiche** wurden Kriterien sächlicher, personeller, technischer und sonstiger struktureller Art definiert. Deren Erfüllung ist Voraussetzung, um entsprechende stationäre Angebote vorhalten zu dürfen. Eine Bewertung der Arbeit einzelner Personen in den Krankenhäusern ist damit nicht verbunden. Bei den übrigen Angeboten wird auf den bestehenden Strukturen aufgebaut. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Krankenhäuser ein grundsätzliches Interesse daran haben, ihre innere Organisation beizubehalten. Sie werden den Patientinnen und Patienten weiterhin Schwerpunktangebote entsprechend der ärztlichen Weiterbildung machen. Sollten sich in diesen Bereichen Defizite oder Fehlentwicklungen zeigen, wird die Krankenhausplanung steuernd eingreifen. Mit der Aufgabe der Detailplanung werden den Krankenhäusern Entwicklungs- und Gestaltungsspielräume eingeräumt.

Mit dem neuen **Geriatriekonzept** werden die Herausforderungen der demografischen Entwicklung konzeptionell angegangen. Ziele sind eine stärkere Verzahnung mit angrenzenden Versorgungsbereichen insbesondere der Inneren Medizin und der Neurologie. Gleichzeitig sollen Screening- und Assessmentverfahren in Verbindung mit Konsiliar- und Liaisondiensten etabliert werden.

Die **Psychosomatik** wird künftig als integraler Bestandteil der Psychiatrie geplant.

Die **Frühgeborenenversorgung**, die bisher auf der Grundlage des aus den 1980'er Jahren stammenden Konzepts von Perinatalzentren und geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunkten nach dem Landesprogramm "Gesundheit von Mutter und Kind" geplant wurde, ist grundlegend überarbeitet worden. Die Frühgeborenenversorgung in NRW wird stärker konzentriert und prinzipiell auf Perinatalzentren verlagert.

Hinsichtlich der **quantitativen Angebote** macht der Entwurf der Rahmenvorgaben Zielgrößen fest, ohne Angebote in einzelnen Krankenhäusern, die nicht mehr bedarfsgerecht sind, zu benennen. Ein Gesamtbettenabbau - derzeit (Stand 2010) werden etwa 124.000 Planbetten vorgehalten - soll zum Zielhorizont 2015 bei knapp 9 % liegen. Dabei ist berücksichtigt, dass in der Geriatrie, Neurologie, Psychiatrie/ Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Bettenaufbau erfolgen soll. Ein regional bedarfsgerechter Ab- und Aufbau von stationären Angeboten muss auf der Grundlage dieser Rahmenvorgaben in regionalen Planungskonzepten verhandelt werden. Das Land sieht eine Selektion über Qualitätsparameter als sachgerechten Weg der Strukturbereinigung an.

In diesem Kontext verliert das **Planbett** als grundlegender Maßstab der Kapazitätsbemessung weiter an Bedeutung.. Die Investitionsförderung des Landes wird nicht mehr am Planbett ausgerichtet. Die Vorhaltung von Betten spiegelt nicht das Leistungsgeschehen im Krankenhaus wider. Die Landesregierung hat dazu bereits einen Diskussionsprozess angestoßen.

Die dem Entwurf der Rahmenvorgaben angehängte **Liste** der derzeit im Krankenhausplan aufgenommenen **Krankenhäuser** gibt den Status quo wieder.

Der Entwurf der Rahmenvorgaben ist mit den an der Krankenhausversorgung Beteiligten nach § 15 KHGG - **Landesausschuss für Krankenhausplanung** - in der 47. Sitzung am 2. November 2012 unter Einbindung der Bezirksregierungen diskutiert worden. Die Erörterung hat zu einem weitgehenden, aber nicht vollständigen Einvernehmen geführt. Grundlegend strittig blieb zunächst die Einführung verbindlicher Strukturqualitätsvorgaben als Steuerungsinstrument. Der Alternative, Wiedereinführung der Detailplanung, wurde aber eine ausdrückliche Absage erteilt. Das Geriatriekonzept wurde nicht konsentiert, weil die organisatorischen Folgen als zu hohe Hürde insbesondere für kleinere Krankenhäuser angesehen wurden. Ein grundsätzlicher Verzicht auf Screening und Assessment ist unter Qualitätsaspekten allerdings nicht vertretbar. Der nunmehr dem Kabinett vorgelegte Entwurf berücksichtigt insbesondere Kooperationsmöglichkeiten, die die Erfüllung von Qualitätsanforderungen erleichtern. Bei den quantitativen Eckwerten, den Bettenvolumina, ist trotz der Unterschiede im Detail von keiner Seite die Notwendigkeit eines insgesamt angemessenen Kapazitätsabbaus in Zweifel gezogen worden.

Dem gesetzlichen Auftrag, Einvernehmen anzustreben - § 15 Abs. 3 KHGG NRW - wurde entsprochen.

Die Inhalte der Rahmenvorgaben werden nach Auswertung der Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses abschließend durch das MGEPA entschieden. Planungskonzepte nach § 14 KHGG NRW werden die Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW vervollständigen.

A. Vorwort Ministerin

B. Allgemeiner Teil

1. Einleitung: Grundlagen, Zweck und Gegenstand der Krankenhausplanung
2. Rahmenbedingungen
 - 2.1. Rechtsgrundlagen
 - 2.1.1. Bundesrecht
 - 2.1.2. Landesrecht
 - 2.1.3. Aspekte des EU-Rechts
 - 2.1.4. Krankenhausplanung in der Rechtsprechung
 - 2.2. Planungsziele der Krankenhausversorgung
 - 2.2.1. Grundsätzliche Ziele
 - 2.2.1.1. Bedarfsgerechtigkeit
 - 2.2.1.2. Leistungsfähigkeit
 - 2.2.1.3. Wirtschaftlichkeit
 - 2.2.1.4. Erreichbarkeit
 - 2.2.1.5. Trägervielfalt
 - 2.2.2. Spezielle Ziele
 - 2.2.2.1. Versorgungsqualität
 - 2.2.2.2. Flächendeckende gestufte Versorgung
 - 2.2.2.3. Versorgungsschwerpunkte
 - 2.2.2.4. Versorgungsstrukturen für alte Menschen
 - 2.2.2.5. Versorgungsstrukturen für Früh- und sonstige Risikogeburten und Geburtshilfe
 - 2.2.2.6. Kooperationen
 - 2.2.2.7. Sektoren übergreifende Versorgung
 - 2.2.2.8. Interkulturelle Öffnung/Kultursensibilität

2.2.2.9. Telematik und Telemedizin

2.2.3. Planungsgrundsätze

- 2.3. Versorgungsstruktur
 - 2.3.1. Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken
 - 2.3.2. Universitätsklinika
 - 2.3.3. Vertragskrankenhäuser
 - 2.3.4. Teilstationäre Einrichtungen
 - 2.3.5. Beziehungen zu Vertragsärztinnen und -ärzten
 - 2.3.6. Belegärztliche Versorgung
 - 2.3.7. Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten
- 2.4. Versorgungsauftrag
- 2.5. Gesetzliche Aufgaben
 - 2.5.1. Notfallversorgung und Rettungsdienst
 - 2.5.2. Aus- und Weiterbildung
 - 2.5.3. Hygiene
 - 2.5.4. Sozialdienst
 - 2.5.5. Organspende
 - 2.5.6. Überleitungsmanagement
- 2.6. Beteiligte an der Krankenhausversorgung
- 2.7. Abstimmung des Rahmenplans

C. Besonderer Teil

- 3. Planungsgrundlagen
 - 3.1. Rahmenplan
 - 3.2. Bevölkerungsentwicklung
 - 3.3. Krankenhaushäufigkeit
 - 3.4. Verweildauer
 - 3.5. Bettennutzung
 - 3.6. Regionalisierung
 - 3.6.1 Versorgungsgebiete
 - 3.7. Umsetzung durch Feststellungsbescheide
- 4. Bedarf
 - 4.1. Entwicklung der Nachfrage

4.2. Bedarfsprognose

5. Medizinische Fachplanung

5.1. Auswirkungen der demografischen Entwicklung

5.2. Gebiete nach der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte

5.2.1. Augenheilkunde

5.2.1.1. Angebot 2010

5.2.1.2. Bedarfsprognose 2015

5.2.1.3. Versorgungsziel

5.2.2. Chirurgie

5.2.2.1. Angebot 2010

5.2.2.2. Bedarfsprognose 2015

5.2.2.3. Versorgungsziel

5.2.3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

5.2.3.1. Angebot 2010

5.2.3.2. Bedarfsprognose 2015

5.2.3.3. Versorgungsziel

5.2.4. Haut- und Geschlechtskrankheiten

5.2.4.1. Angebot 2010

5.2.4.2. Bedarfsprognose 2015

5.2.4.3. Versorgungsziel

5.2.5. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

5.2.5.1. Angebot 2010

5.2.5.2. Bedarfsprognose 2015

5.2.5.3. Versorgungsziel

5.2.6. Innere Medizin

5.2.6.1. Angebot 2010

5.2.6.2. Bedarfsprognose 2015

5.2.6.3. Versorgungsziel

5.2.7. Kinder- und Jugendmedizin

5.2.7.1. Angebot 2010

5.2.7.2. Bedarfsprognose 2015

5.2.7.3. Versorgungsziel

5.2.8. Kinder- und Jugendpsychiatrie

- 5.2.8.1. Angebot 2010
- 5.2.8.2. Bedarfsprognose 2015
- 5.2.8.3. Versorgungsziel
- 5.2.9. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 - 5.2.9.1. Angebot 2010
 - 5.2.9.2. Bedarfsprognose 2015
 - 5.2.9.3. Versorgungsziel
- 5.2.10. Neurochirurgie
 - 5.2.10.1. Angebot 2010
 - 5.2.10.2. Bedarfsprognose 2015
 - 5.2.10.3. Versorgungsziel
- 5.2.11. Neurologie
 - 5.2.11.1. Angebot 2010
 - 5.2.11.2. Bedarfsprognose 2015
 - 5.2.11.3. Versorgungsziel
- 5.2.12. Nuklearmedizin
 - 5.2.12.1. Angebot 2010
 - 5.2.12.2. Bedarfsprognose 2015
 - 5.2.12.3. Versorgungsziel
- 5.2.13. Psychiatrie und Psychosomatik
 - 5.2.13.1. Angebot 2010
 - 5.2.13.2. Stellenwert der Psychosomatischen Medizin
 - 5.2.13.3. Integratives Versorgungskonzept für Psychiatrie und Psychosomatik
 - 5.2.13.4. Bedarfsprognose 2015
 - 5.2.13.5. Versorgungsziel
- 5.2.14. Strahlenheilkunde
 - 5.2.14.1. Angebot 2010
 - 5.2.14.2. Bedarfsprognose 2015
 - 5.2.14.3. Versorgungsziel
- 5.2.15. Urologie
 - 5.2.15.1. Angebot 2010
 - 5.2.15.2. Bedarfsprognose 2015
 - 5.2.15.3. Versorgungsziel

5.3. Weitere Angebote

5.3.1. Geriatrie

5.3.1.1. Angebot 2010

5.3.1.2. Bedarfsprognose 2015

5.2.1.3. Versorgungsziel

5.3.2. Perinatalzentren

5.3.2.1. Angebot 2010

5.3.2.2. Konzept

5.3.2.3. Versorgungsziel/Struktur 2015

5.3.3. Herzchirurgie

5.3.2.1. Angebot 2010

5.3.2.2. Struktur 2015

5.3.4. Stroke Units

5.3.4.1. Angebot 2010

5.3.4.2. Struktur 2015

5.3.5. Brustzentren

5.3.5.1. Angebot 2010

5.3.5.2. Struktur 2015

5.3.5.3. Rahmenbedingungen für die Anerkennung als
Brustzentrum

5.3.6. Transplantationszentren

5.3.6.1. Angebot 2010

5.3.6.2. Struktur 2015

5.3.7. Komplementärmedizin

5.3.7.1. Angebot 2010

5.3.7.2. Stellenwert für die Versorgung

5.3.8. Palliativmedizin

5.3.9. Intensivbetten

5.3.10 Infektionsbetten

- 5.4. Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe
 - 5.4.1. Methode der Bedarfsermittlung
 - 5.4.2. Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
 - 5.4.3. Weitere Gesundheitsfachberufe

D. Anhänge

- 6. Versorgungsangebote gemäß § 116 b SGB V
- 7. Zugelassene Krankenhäuser
- 8. Darstellung des Bettenbedarfs
- 9. Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2015
- 10. Krankenhausplan NRW Planungsgrundsätze
- 11. Grundlagen zur Anerkennung von Behandlungseinheiten zur Schlaganfallversorgung (Stroke Units) im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen
- 12. Versorgungsgebiete
 - a) tabellarische Darstellung
 - b) kartografische Darstellung
- 13. Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum
- 14. Ausgestaltung der Bedarfsermittlung der benötigten Ausbildungsplatzkapazitäten

A. Vorwort der Ministerin

B. Allgemeiner Teil

1. Einleitung:

1967 leitete die Landesregierung Nordrhein-Westfalen (NRW) zum ersten Mal eine systematische Krankenhausplanung in die Wege. Der erste Krankenhausplan für das Land NRW wurde 1971 aufgestellt. Weder das Krankenhausrecht des Bundes noch des Landes enthält Regelungen darüber, in welchen Abständen ein Krankenhausplan neu aufzustellen ist. Es lässt vielmehr den Spielraum, Krankenhausplanung sowohl durch Neuaufstellung als auch durch Fortschreibung zu betreiben. Einen Vorrang für eine der beiden Methoden gibt es nicht.

2007 wurde das Landeskrankenhausgesetz novelliert. Es trat als Krankenhausgestaltungsgesetz (GV. NRW. S. 702), ber. 18. Februar 2008 (GV. NRW. S. 157) vom 11. Dezember 2007 - KHGG NRW - am 29. Dezember 2007 in Kraft. Das Planungsverfahren wurde deutlich gestrafft. Diese Zielsetzung fand ihren Ausdruck vor allem darin, den Krankenhausplan als Rahmenplan auszugestalten. Das Land verzichtete auf das Verfahren der Schwerpunktplanung. Die Erarbeitung der Angebotsstrukturen ausgehend von der örtlichen Ebene, der Vereinbarung regionaler Planungskonzepte zwischen den Beteiligten unter Einbeziehung von Mitbewerbern mit der abschließenden Entscheidung durch das Land, hatte sich grundsätzlich bewährt und wurde beibehalten. Die zeitlichen Vorgaben wurden gestrafft.

Künftig ist infolge der aufgegebenen Teilgebieteplanung eine deutlich geringere Zahl von Verfahren zur Entwicklung von Planungskonzepten zu erwarten. Dies dürfte zu einer weiteren Beschleunigung der Planung führen. Das Instrument der vereinfachten Planfortschreibung wird aber nur dann zum Tragen kommen, wenn sehr einfache Sachverhalte vorliegen, die in engen zeitlichen Grenzen abgewickelt werden können. Unterschiedliche Auffassungen in der Sache und schwer lösbare Konkurrenzsituationen werden wie in der Vergangenheit ein höheres Zeitkontingent in Anspruch nehmen.

Wie jeder Plan stellt auch dieser eine Perspektive dar. Die qualitativen und quantitativen Festlegungen sollen bis Ende des Jahres 2015 umgesetzt sein.

Der Entwurf zur Neuaufstellung der Rahmenvorgaben ist dem zuständigen Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales gemäß § 13 Abs. 2 KHGG NRW zur Anhörung am ■■■ zugeleitet worden.

Die Ergebnisse der Beratungen sind in die Formulierung des Krankenhausplans eingeflossen.

2. Rahmenbedingungen

2.1 Rechtsgrundlagen

2.1.1 Bundesrecht

Im Bereich des Krankenhausplanungsrechts hat der Bund im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung keine Regelungskompetenz in Anspruch genommen. Er hat sich gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a Grundgesetz (GG) mit dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz -KHG-) i.d.F. vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886) auf diese Sachverhalte beschränkt. Damit obliegt die Krankenhausplanung der Ausführung durch die Länder. Dem trägt das KHG insofern Rechnung, als zwar grundlegende Planungsvorgaben für den Zugang zum Versorgungssystem aufgenommen sind, die weitere Ausgestaltung aber eindeutig den Ländern überlassen bleibt (§ 6 Abs. 4 KHG).

2.1.2 Landesrecht

§ 6 KHG enthält hinsichtlich der zu planenden Versorgungsstrukturen, der Grundlagen der Krankenhausplanung, des Inhaltes der Krankenhauspläne sowie der Umsetzung planerischer Entscheidungen und des Planungsverfahrens nur allgemeine Zielvorgaben und Hinweise mit unterschiedlicher Regelungstiefe. Daher sollen nach § 6 Abs. 4 KHG die Länder das Nähere zur Krankenhausplanung bestimmen. Dieser Verpflichtung ist das Land NRW in den §§ 12 bis 16 KHGG NRW nachgekommen. Diese enthalten sowohl materiellrechtliche als auch formale Vorgaben für die Krankenhausplanung.

Gemäß § 12 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW stellt das zuständige Ministerium einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG aus. Er berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Länder, die Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG und besteht aus den Rahmenvorgaben und den regionalen Planungskonzepten § 12 Abs. 2 KHGG NRW. Bei alledem sind die Universitätsklinika sowie die in § 3 Nr. 4 KHG genannten Krankenhäuser in die Krankenhausplanung einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen (vgl. § 12 Abs. 3 KHGG NRW). Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

Gemäß § 12 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 KHGG NRW besteht der Krankenhausplan u. a. aus den Rahmenvorgaben. Diese Vorgaben enthalten nicht nur die Grundsätze der Kran-

kenhausplanung, sondern auch die qualitativen und quantitativen Inhalte für die regionalen Planungskonzepte nach § 14 KHGG NRW. Nach der Aufgabe der Schwerpunktfestlegungen nach § 15 KHG NRW v. 16. Dezember 1998 (GV.NRW. S. 996, zuletzt geändert durch Gesetz v. 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403) (KHG NRW a.F.) sind alle medizinischen Gebiete und Versorgungsaufgaben der Krankenhausplanung in einem Rahmenplan zusammenzufassen. Verzichtet wird zukünftig insbesondere auf das Instrument der Festlegung besonderer und überregionaler Aufgaben. Die Krankenhausplanung beschränkt sich also auf die Rahmenvorgaben und die regionalen Planungskonzepte.

Unter Rahmenvorgaben versteht der Gesetzgeber gemäß § 13 Abs. 1 KHGG NRW die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die „notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität“. Bei den Rahmenvorgaben handelt es sich im Wesentlichen um die Festlegung von Planungsgebieten und die Umsetzung der Bevölkerungsprognosen im Hinblick auf „eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser, i.S. von § 1 Abs. 1 KHGG NRW. Planungsdeterminanten i.S. des § 13 KHGG NRW können z.B. die Krankenhaushäufigkeit, die Verweildauer (VD) und Bettennutzung (BN), gegebenenfalls auch Bettenmessziffern, Leistungsmengen oder Aussagen zur gestuften d.h. örtlichen, regionalen oder überregionalen Versorgung sein. Ebenso können die Rahmenvorgaben die jeweilige Wohnortnähe definieren, die Abstimmung benachbarter Versorgungsangebote regeln oder Verfahrensabläufe z.B. in Bezug auf die Entwicklung der regionalen Planungskonzepte sowie Qualitätsvorgaben festlegen. Im Grundsatz wäre es zudem möglich, in die Rahmenvorgaben Inhalte aufzunehmen, die der ehemaligen Schwerpunktfestlegung entsprechen.

§ 15 KHGG NRW enthält mit den Regelungen zum Landesausschuss für Krankenhausplanung (KHG) nähere formalrechtliche Anforderungen an den Planungsprozess. Nach § 15 Abs. 3 KHGG NRW erarbeitet der Landesausschuss insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben notwendig sind. Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben sind ungeachtet des Letztentscheidungsrechts des Landes mit den unmittelbar Beteiligten nach § 15 Abs. 1 KHGG NRW einvernehmliche Regelungen anzustreben. Die mittelbar Beteiligten nach § 15 Abs. 2 KHGG NRW sind dazu zu hören.

Bestandteil der Krankenhausplanung sind zudem die regionalen Planungskonzepte nach § 14 KHGG NRW. Durch die Einführung der regionalen Planungskonzepte in § 16 KHG NRW a.F. hatte der nordrhein-westfälische Gesetzgeber einen wesentlichen Schritt in Richtung einer "selbstverwalteten" Krankenhausplanung vorgenommen. Die Neufassung des Gesetzes im Jahre 2007 hat die Regelung übernommen. Mit dieser Bestimmung wird den Krankenhausträgern sowie den Kostenträgern die Möglichkeit eröffnet, die Versorgungssituation vor Ort abzustimmen und entsprechende Vorschläge für die Fortschreibung des Krankenhausplanes zu unterbreiten. Diese Vor-

schläge werden nach Prüfung durch das Land Bestandteil des Krankenhausplanes des Landes NRW, §§ 12 Abs. 2 Satz 2, 14 Abs. 5 KHGG NRW. Das regionale Planungskonzept als qualifiziertes Beteiligungsverfahren bietet den von der Krankenhausplanung unmittelbar Betroffenen einen weitgehenden Spielraum, die Planung selbst zu beeinflussen. Insbesondere kann die Fortschreibung des Krankenhausplanes in gewissen Einzelaspekten einvernehmlich vorbereitet werden. Auch wenn das Verfahren möglicherweise nicht geeignet ist, sämtliche Konflikte im Zuge der Krankenhausplanung zu entschärfen, so stellt das regionale Planungskonzept doch einen wesentlichen Beitrag zu einer transparenten Entscheidungsfindung und der Einflussnahme auf die Inhalte der Krankenhausplanung dar.

Grundlage der regionalen Planungskonzepte sind die Rahmenvorgaben nach § 13 KHGG NRW. Auf dieser Basis erfolgen die jeweiligen Festsetzungen. D.h. die regionalen Planungskonzepte müssen sich aus den Rahmenvorgaben entwickeln und dürfen diesen nicht entgegenstehen. Die Übereinstimmung des regionalen Planungskonzeptes mit den Rahmenvorgaben ist abhängig von der Regelungstiefe des Rahmenplans (vgl. dazu BVerwG, DVBl. 2011 S. 895 [896]). Es bestehen insoweit rechtliche Rahmenbedingungen bzw. Vorgaben, die von den Verbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern bei Erarbeitung der regionalen Planungskonzepte beachtet werden müssen.

Durch den bundesrechtlich vorgeschriebenen Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG werden die Vorgaben des Krankenhausplans durch die zuständige Behörde in einen für den Krankenhausträger verbindlichen Verwaltungsakt transformiert. Die getroffene Versorgungsentscheidung erhält Außenwirkung. § 16 Abs. 1 KHGG NRW beschreibt zu diesem Zweck detaillierte Anforderungen an die Ausgestaltung des Feststellungsbescheides.

2.1.3 Aspekte des EU-Rechts

Unmittelbare Vorgaben für die Krankenhausplanung gibt es derzeit nach EU-Recht nicht. Dies schließt allerdings nicht aus, dass die Krankenhausplanung mittelbar durch EU-rechtliche Maßgaben beeinflusst wird.

Die grenzüberschreitende Mobilität von Patientinnen und Patienten innerhalb der Europäischen Union macht Schätzungen zufolge lediglich ein Prozent der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland aus. Durch die am 24. April 2011 in Kraft getretene und bis zum 25. Oktober 2013 umzusetzende Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird dieser Anteil möglicherweise steigen. Dies kann sich insbesondere in grenznahen Regionen auf die Patientenzahlen auswirken.

Die Richtlinie setzt einen allgemeinen Rahmen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in EU-Mitgliedstaaten. Dazu gehört u.a., die Rechte der

Patientinnen und Patienten im Hinblick auf ihren Zugang zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und auf die Kostenerstattung dieser Leistungen zu klären, Transparenz über Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung sicherzustellen sowie die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich der Gesundheitsversorgung zu fördern. Ausgenommen von der Richtlinie sind Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege, die Transplantation von Organen sowie öffentliche Impfprogramme.

Zentrale Regelungsbereiche der Richtlinie – insbesondere Vorabgenehmigungen und Kostenerstattungen grenzüberschreitender Behandlungen betreffend – sind bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 in nationales Recht umgesetzt worden, weiterer Änderungsbedarf ist nicht auszuschließen.

2.1.4 Krankenhausplanung in der Rechtsprechung

Dem Krankenhausplanungsrecht liegt ein Zwei-Ebenen-Modell zugrunde. Das BVerwG hat dies erst jüngst wieder betont¹: Gemäß § 8 Abs. 1 S. 1 KHG haben die Krankenhäuser Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind. Das der Aufnahme zu Grunde liegende Verfahren gliedert sich in zwei Stufen². Auf der ersten Ebene stellt die nach Landesrecht zuständige Behörde, das zuständige Ministerium als oberste Landesbehörde nach § 12 Abs. 1 S. 1 KHGG NRW den Krankenhausplan des Landes auf (§ 6 Abs. 1 KHG). Darin legt sie die Ziele der Krankenhausplanung fest, beschreibt räumlich, fachlich und nach Versorgungsangeboten gegliedert den bestehenden und den erwartbaren Bedarf an Krankenhausversorgung. Auf der zweiten Ebene wird einzelnen Krankenhäusern gegenüber festgestellt, ob sie in den Krankenhausplan aufgenommen werden (§ 8 KHG). Diese Feststellung ergeht durch Bescheid (§ 8 Abs. 1 S. 3 KHG). Zuständig sind in NRW die Bezirksregierungen nach § 1 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZW) vom 21. Oktober 2008 (GV. NRW. S. 642).

Der Krankenhausplan ist nach ständiger Rechtsprechung lediglich eine verwaltungsinterne Maßnahme ohne unmittelbare Rechtswirkung gegenüber den Krankenhäusern und Kostenträgern³. Es handelt sich auch nicht um eine Allgemeinverfügung. Vielmehr hat der Krankenhausplan wie eine binnenorganisatorische Weisung die Anordnung zum Inhalt, dem Plan entsprechende positive oder negative Einzelentscheidungen vorzubereiten⁴. Die Qualifikation als Rechtsnorm lässt sich demzufolge auch nicht aus dem Umstand ableiten, dass der Plan regelmäßig Entscheidungen für

¹ Vgl. BVerwG, Urteil vom 25.09.2008 - 3 C 35/07 -, NVwZ 2009, 525 f.; so auch OVG Münster, Urteil vom 20.05.2009 - 13 A 2002/07 -, GesR 2009, 417 (419).

² Zuletzt etwa OVG Münster, Beschluss vom 22.09.2010 - 13 A 2146/09 -, Urteil vom 5.10.2010 - 13 A 2070/09 -, NVwBl, 2011, 106.

³ BVerwG, Urteil vom 26.03.1981 - 3 C 134/79 -, E 62, 86 (95 f.); Urteil vom 25.07.1985 - 3 C 25/84 -, E 72, 38 (44f.); OVG Lüneburg, Urteil vom 15.12.1998 - 11 L 6860/98 -, MedR 2000, 93 (94).

⁴ BVerwG, Urteil vom 16.06.1994 - 3 C 12/93 -, NJW 1995, 1628 (1629).

bestimmte planerische Ziele enthält, die i.S. eines normativen Maßstabes für die konkrete Planungsentscheidung dienen. Dies gilt, obwohl das OVG Münster in einer aktuellen Entscheidung deutlich gemacht hat⁵, dass die Bedarfsanalyse im Krankenhausrecht die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs an Krankenhausbetten darstellt und sich die materiell-rechtlichen Vorgaben weder aus dem Krankenhausgesetz des Bundes noch aus dem einschlägigen Landeskrankenhausgesetz ergeben.

Den planungsrechtlichen Intentionen gemäß hat der Krankenhausplan die Aufgabe, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern mittels staatlicher Planung zu realisieren. Der Inhalt des Krankenhausplans ist hinsichtlich seines Gegenstandes und seiner Einzelaussagen bundesrechtlich nicht näher bestimmt. Jedoch beschreibt die Verpflichtung, den Plan zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele aufzustellen (§ 6 Abs. 1, 1. Halbsatz KHG), nicht nur den Planungszweck, sondern beeinflusst auch maßgeblich dessen Inhalt. Der Krankenhausplan muss daher nach der Rechtsprechung die materiellen Planungskriterien des Krankenhausrechts erfüllen, d.h. zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung führen, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser ermöglichen und durch das System bedarfsgerechter und leistungsfähiger Krankenhäuser zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen. Die Anforderungen an die Aufstellung von Krankenhausplänen sind seit der grundlegenden Entscheidung des BVerwG vom 25. Juli 1985⁶ höchstrichterlich akzentuiert und in der Verwaltungspraxis anerkannt. Krankenhauspläne müssen danach im Wesentlichen folgenden Inhalt haben:

- Eine Krankenhauszielplanung, die im Rahmen des durch die KHG-Vorschriften begrenzten Gestaltungsspielraumes die Ziele festlegt, auf deren Verwirklichung der Plan ausgerichtet ist;
- Eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung enthält.
- Eine Krankenhausanalyse (Ist-Analyse), die eine Beschreibung der Versorgungsbedingungen bei den in den Plan aufgenommenen Krankenhäusern enthält.
- Die Festlegung der durch die späteren Feststellungsbescheide zu treffenden eigentlichen Versorgungsentscheidung darüber, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf der Bevölkerung versorgt werden soll.

a) Ziele der Krankenhausplanung

Aus § 8 Abs. 2 KHG folgt, dass der Krankenhausplan eine Festlegung der Ziele enthalten muss, die das Land mit seiner Bedarfsplanung verfolgt und an denen sich bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern die zuständige Landesbehörde zu orientieren hat. Mit der Krankenhauszielplanung soll erreicht werden, dass sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden. Die Bestim-

⁵ OVG Münster, Urteil vom 5.10.2010 – 13 A 2070/09 –, NWVBl. 2011, 106.

⁶ Vgl. BVerwG, Urteil vom 25.07.1985 – 3 C 25/84 –, E 72, 38 = NJW 1986, 796; OVG Schleswig, Urteil vom 3.11.2004 – 2 LB 75/03 –, NVwZ-RR 2005, 483.

mung der Ziele der Krankenhausplanung ist eine Maßnahme mit überwiegend planerischem Charakter, die gerichtlich nur auf ihre Vereinbarkeit mit dem Gesetzeszweck des KHG überprüft werden kann⁷.

Unter Beachtung des Grundsatzes einer differenzierten Trägerlandschaft ist ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter, leistungsfähiger und wirtschaftlich agierender Krankenhäuser festzulegen. In diesem Zusammenhang müssen die gesetzlichen Grundlagen - wie etwa das Gebot der Trägerpluralität - beachtet und die relevanten öffentlichen und privaten Belange unter- und gegeneinander abgewogen werden. Auch die örtlichen Gegebenheiten und regionalen Strukturen sind in die Abwägung einzustellen. Eine Zielplanung indes, wonach Krankenhäuser, die eine breit angelegte Allgemeinversorgung und flächendeckende Not- und Unfallversorgung sicherstellen, gegenüber speziellen Leistungsangeboten generell bevorzugt würden, wäre mit diesen Zielsetzungen unvereinbar⁸. Desgleichen sieht die Rechtsprechung etwa auch eine Krankenhauszielplanung, Belegbetten vorzugsweise in Allgemeinkrankenhäusern mit flächendeckender Notfallversorgung zu führen und nicht in reinen Belegkliniken, als rechtswidrig an⁹.

b) Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse hat Feststellungen und Schätzungen zum Gegenstand, die ausschließlich auf tatsächlichem und nicht auf planerischem Gebiet liegen¹⁰. Ungeachtet aller fachlichen Schwierigkeiten, die mit der Bedarfsermittlung zwangsläufig verbunden sind wie die Übernahme des DRG-Systems, die Etablierung integrierter Versorgungsformen, die Anpassung an den medizinischen Fortschritt usw., hält die Rechtsprechung daran fest, dass die Bedarfsermittlung gerichtlich vollständig überprüfbar und kein Planungsinstrument ist¹¹.

Die Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten. Sie erfordert zum einen die Ermittlung des gegenwärtigen zu versorgenden Bedarfs, zum anderen die Feststellung des zukünftigen Bedarfs an Krankenhausleistungen (Bedarfsprognose). Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Bedarfsprognose auf der Entwicklung der Bettenbelegung der Vergangenheit aufbaut ("Trendextrapolation")¹². Dabei darf der Krankenhausplan kein höheres Angebot an Krankenhauskapazitäten ausweisen, als es seinen Prog-

⁷ Vgl. BVerwG, Urteil vom 25.07.1985 - 3 C 25/84 -, E 72, 38 (49); BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990 - 1 BvR 355/86 -, E 82, 209. = NJW 1990, 2306; OVG Schleswig, Urteil vom 3.11.2004 - 2 LB 75/03 -, NVwZ 2005, 483.

⁸ BVerfG, Beschluss vom 4.03.2004 - 1 BvR 88/00 -, GesR 2004, 296 (299).

⁹ So OVG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 21.03.2006 - OVG 5 B 5.05 -, GesR 2007, 32 (34).

¹⁰ BVerwG, Urteil vom 25.07.1985 - 3 C 25/84 -, E 72, 38 (47f.).

¹¹ Vgl. nur BVerwG, Beschluss vom 31.05.2000 - 3 B 53/99 -, DVBl. 2000, 1634; VGH Mannheim, Urteil vom 16.04.2002 - 9 S 1586/01 -, MedR 2002, 408.

¹² BVerwG, Beschluss vom 31.05.2000 - 3 B 53/99 -, DVBl. 2000, 1634.

nosen entspricht, aber auch kein niedrigeres¹³. Bei alledem hat sich die Krankenhausplanung an dem tatsächlich zu versorgenden Bedarf zu orientieren und nicht an einem mit dem tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmenden erwünschten Bedarf. Ebenfalls kein Bedarf i.S. des Gesetzes ist ein mit dem tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender bundeseinheitlicher Durchschnittsbedarf¹⁴. Denn die örtlichen Gegebenheiten und regionalen Strukturen müssen berücksichtigt werden.

Zentraler Aspekt der Bedarfsanalyse ist die Bedarfsermittlung. Die Länder haben in diesem Zusammenhang den Auftrag, im Zuge der Krankenhausplanung unter Berücksichtigung der medizinischen, gesundheitspolitischen und -ökonomischen Faktoren den Bedarf an Krankenhausleistungen zu ermitteln. Bei der gemäß § 1 Abs. 1 KHG zu versorgenden und damit der Bedarfsermittlung zugrunde zu liegenden Bevölkerung handelt es sich um die Personengruppe, die in einem Versorgungsgebiet ständig lebt. Die Bedarfsplanung hat sich daher mit der Alters- und Bevölkerungsstruktur eines bestimmten Gebietes zu beschäftigen. Sie basiert im Wesentlichen auf einer analytischen und formelhaften Berechnung, wobei sich der Bettenbedarf aus verschiedenen Faktoren ergibt. Die Bedarfsanalyse muss das Ergebnis einer nachprüfbar, methodisch einwandfreien Berechnung sein¹⁵. Dabei ist die Hill-Burton-Formel, nach der anhand der Eingangsgrößen Einwohnerzahl, VD, Krankenhaushäufigkeit und dem normativ festzulegenden Bettennutzungsgrad (BN) die formelmäßige Ermittlung des Planbettenbedarfs für eine definierte Versorgungsregion erfolgt, auch in der Rechtsprechung anerkannt¹⁶. Materiellrechtliche Vorgaben zur Bedarfsermittlung enthalten aber weder das KHG noch sonstiges Bundesrecht und auch nicht das Landesrecht; sie müssen sich aus dem jeweiligen Krankenhausplan ergeben¹⁷.

Die Bedarfsermittlung muss nicht nach einzelnen Krankheitsbildern erfolgen, sondern darf sich an die Fachgebiete anlehnen, die etwa in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern aufgeführt sind¹⁸. Weist ein Krankenhausplan in Anpassung an eine veränderte ärztliche Weiterbildungsordnung ein Fachgebiet aus, dessen Versorgung bislang anderen Gebieten zugeordnet war, bedarf es für das neue Fachgebiet einer nachprüfbar und methodisch einwandfreien Berechnung¹⁹.

c) Krankenhausanalyse

¹³ St. Rspr., vgl. BVerwG, Urteil vom 25.07.1985 - 3 C 25/84 -, E 72, 38 (47); bestätigt durch BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990 - 1 BvR 355/86 -, E 82, 209 (225).

¹⁴ BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 - 3 C 67/85 -, Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr. 11.

¹⁵ VGH Mannheim, Urteil vom 16.04.2002 - 9 S 1586/01 -, MedR 2002, 408.

¹⁶ Vgl. OVG Münster, Urteil vom 5.10.2010 - 13 A 2070/09 -, NWVBl. 2011, 106 (107); VGH Mannheim, Urteil vom 16.04.2002 - 9 S 1586/01 -, MedR 2002, 408; VG Saarlouis, Urteil vom 26.06.2007 - 3 K 342/06 -.

¹⁷ Vgl. OVG Münster, Urteil vom 5.10.2010 - 13 A 2070/09 -, NWVBl. 2011, 106 (107).

¹⁸ Vgl. VGH Mannheim, Urteil vom 23.04.2002 - 9 S 2124/00 -, MedR 2003, 107; VG Karlsruhe, Urteil vom 22.04.2004 - 2 K 2871/02 -, GesR 2005, 210.

¹⁹ So VGH Mannheim, Urteil vom 16.04.2002 - 9 S 1586/01 -, MedR 2002, 408 für die psychotherapeutische Medizin.

Die Krankenhausanalyse ist die Beschreibung der tatsächlichen Versorgungsbedingungen in den einzelnen Krankenhäusern, die bereits in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind bzw. werden sollen. Diese ebenfalls auf rein tatsächlichem Gebiet liegende Krankenhausbeschreibung insbesondere nach Standort, Bettenzahl und Fachrichtungen erfordert die Ermittlung der gegenwärtigen Einrichtungen und Ausstattungen in den betreffenden Krankenhäusern. Dabei muss der Plangeber sämtliche Krankenhäuser in den Blick nehmen, die zur Bedarfsdeckung geeignet und bereit sind. In diesem Zusammenhang sind auch Versorgungsvertragskrankenhäuser nach §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V zu berücksichtigen²⁰. Das Land ist hierbei an die tatsächliche Verteilung der Betten auf die Fachabteilungen gebunden. Es kann im Krankenhausplan keine andere Verteilung vorschreiben. Die Krankenhausanalyse kann allerdings auch eine Prognostizierung der zukünftigen Entwicklung der Versorgungsbedingungen enthalten²¹.

d) Versorgungsentscheidung

Auf der Grundlage der Zielplanung, der Bedarfsanalyse und der Krankenhausanalyse ist im Krankenhausplan letztlich festzulegen, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf versorgt werden soll²². Hinsichtlich der zu treffenden Versorgungsentscheidung ist etwa in § 12 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW in Einklang mit § 1 Abs. 1 KHG bestimmt, dass der Krankenhausrahmenplan den Stand und die vorge-sehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG auszuweisen hat. Die Versorgungsplanung stellt zunächst nur eine zusammenfassende Aufstellung derjenigen Krankenhäuser dar, die zur Versorgung der Bevölkerung geeignet und deshalb in Aussicht genommen sind, öffentlich gefördert zu werden²³. Der Krankenhausrahmenplan ist ein Verwaltungsinternum.²⁴

2.2 Planungsziele der Krankenhausversorgung

2.2.1 Grundsätzliche Ziele

NRW ist in 16 Versorgungsgebiete aufgeteilt, die i.d.R. aus mehreren Kreisen und kreisfreien Städten zusammengesetzt sind und ein Krankenhausangebot führen, das eine umfassende stationäre Versorgung ermöglicht. In der Planung können „Versorgungsregionen“ auch unter funktionalen Gesichtspunkten, insbesondere nach medi-

²⁰ Vgl. BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17/10 –, E 139, 309 = NZS 2011, 700 = GesR 2011, 494.

²¹ Grundlegend BVerwG, Urteil vom 25.07.1985 - 3 C 25/84 -, E 72, 38 (49).

²² BVerwG, Urteil vom 26.03.1981 - 3 C 134/79 -, E 62, 86.

²³ Vgl. BVerwG, Urteil vom 10.07.1980 - 3 C 136/79 -, DVBl. 1981, 263.

²⁴ Vgl. Urteile vom 26. März 1981 BVerwG 3 C 134.79 BVerwGE 62, 86 [96, 97] = Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr. 2 S. 8 ff., vom 25. Juli 1985 a.a.O. S. 45, 49 bzw. S. 53 f., vom 14. November 1985 a.a.O. S. 71 und vom 18. Dezember 1986 BVerwG 3 C 67. 85 Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr. 11 S. 103 f.).

zinischen, geographischen und demografischen Kriterien sowie nach Verkehrsanbindung definiert werden, die über die Grenzen der Versorgungsgebiete hinausgehen. Die regionale Krankenhausplanung soll die zentralörtlichen Verflechtungsbereiche von kommunalen Gebietseinheiten sowie Distanz und Erreichbarkeit auf Basis der Verkehrsanbindung und Herkunft der Patientinnen und Patienten berücksichtigen.

2.2.1.1 Bedarfsgerechtigkeit

Ein Krankenhaus ist als bedarfsgerecht anzusehen, wenn es neben anderen Krankenhäusern unabhängig von einer entsprechenden Nachfrage geeignet ist, den vorhandenen, nach objektiven Kriterien zu ermittelnden Bedarf zu decken. Zu bedienen ist also der in einem Einzugsbereich eines Krankenhauses tatsächlich vorhandene, zu versorgende, tatsächliche Bedarf und nicht ein damit nicht übereinstimmender durchschnittlicher oder erwünschter Bedarf.

Diese Definition erlaubt es zwar grundsätzlich, einen durchschnittlichen Bedarf zu ermitteln, zwingt aber gleichzeitig dazu, die besonderen Gegebenheiten der jeweiligen Region zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass zutreffende Daten, Bewertungs- und Berechnungsmethoden einen zukünftigen Bedarf prognostizieren können, sie aber keine selbstständigen Tatbestandsmerkmale des tatsächlich festzustellenden Bedarfs sind. Es kommt in diesem Zusammenhang auch darauf an, welchen Planungshorizont eine Prognose umfasst. Je kürzer der Planungshorizont ist, desto weniger Bedeutung kommt der Bedarfsprognose zu. Um den sachgerechten Bedarf ermitteln zu können, sind daher weitere Parameter wie z. B. die demographische Entwicklung, die Siedlungs-, Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur, die topographischen Verhältnisse und die Verkehrsanbindungen zu berücksichtigen.

Die Bedarfsfeststellung hat sich im Rahmen einer gestuften Versorgung auch daran zu orientieren, welche Angebote das Krankenhaus selbst vorhält und welche Versorgungsstrukturen in der Nachbarschaft vorhanden sind.

Zur Beschreibung des Bedarfs ist auf die nach wie vor geltende Rechtsprechung des BVerwG vom 14.11.1985, KHE 85.11.14, und des OVG Niedersachsen vom 15.12.1998 – Az.: 11 L 8620/96 – zu verweisen. Danach werden Krankenhäuser als bedarfsgerecht angesehen, wenn sie unabhängig von einer entsprechenden tatsächlichen oder erwünschten Nachfrage in ihrem Einzugsgebiet geeignet sind, einen nach objektiven Kriterien ermittelten Bedarf zu decken.

Die Rechtslage ermöglicht es auch, einen zukünftigen durchschnittlichen Bedarf aus retrospektiven Daten abzuleiten. Nach der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 31.5.2000, BVerwG- Az. 3 B 53.99 -m, ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Bedarfsprognose auf der Entwicklung der Belegung in der Vergangenheit aufbaut.

Um die Entscheidung über die Anzahl der notwendigen Krankenhäuser im Krankenhausplan treffen zu können, sind nach Möglichkeit die regional unterschiedlichen Entwicklungen und Bedingungen wie die zukünftige Bevölkerungsstruktur, topografische Gegebenheiten und Verkehrsanbindungen einzubeziehen. Durch die Veränderungen in der medizinischen Versorgung, die z.B. durch einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten gekennzeichnet sein können, sollten regional entsprechende Parameter in die Betrachtungen zur Bedarfsgerechtigkeit einbezogen werden. In Abhängigkeit von der Alterung der Bevölkerung könnten sich bestimmte Versorgungsgebiete auch durch eine vergleichsweise höhere Inzidenz und Prävalenz spezifischer Erkrankungen oder Multimorbidität auszeichnen, die in Kombination mit einem geringen Anteil jüngerer Angehöriger der Erkrankten einer bestimmten topografischen Lage eine besondere Bedarfslage erzeugen. Auch die Verlagerung von ausgewählten Behandlungen in den ambulanten Sektor kann für bestimmte Fachgebiete gesonderte Überlegungen zum Bedarf im stationären Sektor erfordern.

Dem Versorgungsbedarf der verschiedenen Regionen in NRW gerecht zu werden, erfordert zunehmend eine differenzierte Betrachtung anhand verschiedenster Parameter, um den Krankenhausplan so zu gestalten, dass gemäß § 1 KHG die Krankenhäuser wirtschaftlich gesichert werden, die dann als leistungsfähige und eigenverantwortlich wirtschaftende Einrichtungen eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu sozial tragbaren Pflegesätzen gewährleisten.

2.2.1.2 Leistungsfähigkeit

Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses ist grundsätzlich dann gegeben, wenn das Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und dem Auftrag aus dem Feststellungsbescheid an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen sind. Hier bieten die Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften Anhaltspunkte, soweit diese Ausführungen und Empfehlungen den Zielen des Krankenhausplanes dienen. Die dazu notwendigen medizinischen und pflegerischen Angebote sind in ausreichender Qualität und Quantität vorzuhalten. Den Patientinnen und Patienten ist der Zugang zu ermöglichen. Die Zahl der Art der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die weiteren personellen und räumlichen sowie medizinisch-technischen Ausstattungen sind von Bedeutung. Bei einem Fachkrankenhaus soll vor allem die Zahl der hauptberuflich oder in Teilzeit beschäftigten Fachärztinnen und -ärzte im Verhältnis zur Bettenzahl maßgebend sein. Somit ist im Rahmen der Krankenhausplanung auch auf das Personal und seine Qualifikation abzustellen. Das Personal muss entsprechend seiner Ausbildung eine möglichst gute Leistung erbringen. Der Krankenhausträger muss in eigener Organisation und Betriebsführung die Versorgung gestalten.

Krankenhäuser stehen unter ständiger ärztlicher Leitung und arbeiten nach wissenschaftlich anerkannten Methoden. Ein Krankenhaus hat eine "Rund-um-die-Uhr-Versorgung" sicherzustellen. Das hat beispielsweise Konsequenzen für die Führung

von Belegabteilungen. Es sollte eine ausreichende ärztliche Personalausstattung auch unter Berücksichtigung von Kooperationen zur Verfügung stehen.

2.2.1.3 Wirtschaftlichkeit

Das KHG ermöglicht Krankenhausträgern, "eigenverantwortlich (zu) wirtschaften" und verpflichtet sie, "zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen." Vor mehr als einem Jahrzehnt begann die Umstellung der Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser auf ein Fallpauschalensystem. Die Systematik wurde von Jahr zu Jahr verfeinert und auf eine immer größere Zahl von Krankenhausleistungen ausgedehnt. Künftig soll es in modifizierter Form auch für die psychiatrischen Angebote eingeführt werden. Parallel zu dieser Entwicklung verlor die Betrachtung der wirtschaftlichen Situation einzelner Krankenhäuser als Merkmal des Entscheidungsermessens in der Planung an Bedeutung. Heute kann der Aspekt daher nur noch ausnahmsweise entsprechend angewandt werden.

2.2.1.4 Erreichbarkeit

Für die Erreichbarkeit ist der Begriff der Wohnortnähe bei den Angeboten der Grundversorgung von entscheidender Bedeutung. Er wird im Wesentlichen geprägt durch die Entfernung und die zeitliche Komponente zur Überbrückung dieser Entfernung. Daher hat sich der Landesausschuss in seiner Klausursitzung am 2. November 2012 darauf verständigt, die bisherige Vorgabe weiter zu verwenden. Eine wohnortnahe Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, ist danach dann sichergestellt, wenn ein Krankenhaus grundsätzlich nicht weiter als 15 bis 20 km entfernt ist, es sei denn, dass wegen topographischer oder verkehrsinfrastruktureller Gegebenheiten das Krankenhaus nicht in der sonst üblichen Zeit erreichbar und eine kürzere Entfernung angemessen ist.

Damit soll ein Krankenhaus der Grundversorgung für Patientinnen und Patienten in kürzerer Entfernung als 20 km liegen. In einer kürzeren Entfernung als 15 km sollen Angebote vorgehalten werden, wenn verkehrsbedingte Situationen regelmäßig zu langen Wegezeiten zwingen oder topographische Verhältnisse eine Einrichtung nur unter erschwerten Bedingungen erreichen lassen.

2.2.1.5 Trägervielfalt

Die Trägerlandschaft in NRW ist im Gegensatz zu den meisten Bundesländern mehrheitlich durch ca. 68 % freigemeinnützige Krankenhausträger geprägt. Etwa 11 % der Träger sind privat organisiert, 21 % werden öffentlich-rechtlich durch Gemeinden oder Gemeindeverbände und das Land (Universitätsklinika) geführt.

Zunehmend findet eine Änderung der Organisationsstrukturen der Einrichtungen statt. Die Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), auch in

gemeinnütziger Form, wird derzeit gegenüber rechtsfähigen Vereinen, Stiftungen des privaten und des öffentlichen Rechts, Körperschaften oder Anstalten bevorzugt.

Krankenhaussträger sind grundsätzlich frei, ihre Organisationsform zu wählen. Der jeweilige Krankenhaussträger muss allerdings die Gewähr für eine sachgerechte zuverlässige Versorgung der Bevölkerung bieten. Die gewählte Organisationsform ist damit grundsätzlich kein Hinderungsgrund für die Aufnahme in den Krankenhausplan. Aktiengesellschaften sind derzeit im Gegensatz zu der Kapitalgesellschaftsform GmbH nicht Krankenhausplan des Landes enthalten.

Die Betrachtung der Trägervielfalt bezieht sich auf das gesamte Land und ist daher nicht kleinräumig anzuwenden.

2.2.2 Spezielle Ziele

2.2.2.1 Versorgungsqualität

a) Vorbemerkung

Deutschland hat ein hochleistungsfähiges Gesundheitswesen, insbesondere die Krankenhäuser genießen auch international einen hervorragenden Ruf. Dies gilt auch für die stationäre Versorgung in NRW. Gleichwohl sind auch hier Verbesserungsmöglichkeiten gegeben, dieses Ziel verfolgt u. a. der Krankenhausrahmenplan.

Krankenhäuser sind zur Existenzsicherung und Erhaltung ihrer Leistungsfähigkeit unter anderem gehalten, wirtschaftlich zu arbeiten. Die DRG werden auf der Basis eines durchschnittlichen Aufwands, der nicht zwingend die Realität in jedem Krankenhaus exakt abbildet, kalkuliert. Sie werden, wenn neue Erkenntnisse Korrekturbedarf nahe legen, entsprechend angepasst und u. U. neu gewichtet. Krankenhäuser müssen ihre Prozesse überprüfen, wenn sie mit den pauschalen Erlösen ihre Kosten nicht decken können. Hierbei muss verhindert werden, dass eine ggf. notwendige Kostenreduktion zulasten der Qualität erfolgt.

Durch das DRG-System können negative Anreize zur Erbringung wirtschaftlich attraktiver Leistungen bei gleichzeitiger Reduktion wirtschaftlich unattraktiver Leistungen ausgelöst werden. Denkbar ist der Versuch einer Mengenausweitung. Andererseits könnten medizinisch benötigte Leistungen vernachlässigt und der Versorgungsauftrag nicht mehr im vollen Umfang erfüllt werden. Patientinnen und Patienten haben immer einen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung. Deshalb ist die Beschreibung von zu erfüllenden Qualitätskriterien von großer Bedeutung.

b) IGES-Gutachten

Um einen Überblick über bereits vorhandene Qualitätskriterien und Vorschläge zu deren Anwendung im Rahmen der Krankenhausplanung zu erhalten, wurde ein Gutachterauftrag an IGES, Berlin, vergeben

Der Auftrag hatte mehrere Komponenten:

- Umfassende Bestandsaufnahme von Qualitätsvorgaben, die im Rahmen teilweise sehr unterschiedlicher Regelungskontexte für die stationäre Behandlung bundesweit bereits heute vorliegen;
- Erarbeitung einer Grundlage für eine an Qualitätskriterien ausgerichteten Krankenhausplanung;
- Bestandsaufnahme der Folgen bestehender Qualitätsprobleme in der stationären Krankenhausversorgung.

Die Gutachter haben zum einen Hinweise darauf gefunden, dass die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse international auf 5 - 10 % und tatsächliche Schäden auf 2 - 4 % geschätzt werden können. Allerdings schwanken die Schätzungen z.B. zu Todesfällen zwischen verschiedenen Quellen erheblich. Einzelne Quellen, die zum Teil größere Spannbreiten für die geschätzten Todesraten angeben, lassen keine präzise Bewertung zu.

In der Krankenhaushygiene sind bereits Verbesserungen erzielt bzw. eingeleitet worden. Wichtige Beispiele sind die Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), die Entscheidung zur Entwicklung eines umfassenden Hygienekonzeptes für NRW im Jahre 2011, die Entschließung der Landesgesundheitskonferenz 2011 und die Überarbeitung der Hygiene-Verordnung (vergleiche Kapitel 2.5.3).

Die personelle Situation in den Krankenhäusern NRWs im ärztlichen und im pflegerischen Bereich hat sich in den letzten 10 Jahren erheblich verändert. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ist um rund 20 % gestiegen, die Anzahl des nichtärztlichen Personals insbesondere des Personals des Pflegedienstes ist zurückgegangen. Dies habe so der Gutachter, auch zu einem Rückgang der Patientenzugänge je Ärztin/Arzt um rund 13 % geführt. Die Anzahl der Patientenzugänge je Pflegekraft nahm indessen um rund 7 % zu.

Das Gutachten identifizierte als einschlägig relevante Anforderungen an die Qualität der Krankenhausversorgung folgende Richtlinien und Vorgaben:

- 1) Richtlinien zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):
 - 7 Richtlinien zur Strukturqualität
- 2) Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS)-Katalog:
 - 55 Vorgaben zur Strukturqualität
- 3) Zertifikate von Verbänden/Fachgesellschaften:
 - 32 Vorgaben zur Strukturqualität
- 4) Vorgaben zur externen Qualitätssicherung gemäß § 137 Abs. 1 SGB V:

-- 5 Vorgaben zur Strukturqualität

5) Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften der AWMF:

-- 15 S 3 - Leitlinien

6) Krankenhauspläne und -gesetze der anderen Bundesländer:

-- Die Krankenhauspläne von 12 Ländern enthalten mehr oder weniger umfangreiche Hinweise und Vorgaben zur Strukturqualität.

Um auch die quantitative Relevanz der verschiedenen Aussagen für die Krankenhausversorgung und -planung zu prüfen, wurde für jeden Bereich, für den Vorgaben zur Strukturqualität identifiziert wurden, ermittelt, wie viele Krankenhäuser in NRW im Jahr 2010 in diesen Bereichen tätig waren, wie viele Fälle sie dort kodierten und wie sich beides - die Anzahl der in einem Bereich tätigen Krankenhäuser und die Anzahl der dort kodierten Fälle - seit dem Jahr 2006 entwickelt haben. Es ergab sich folgendes Bild:

zu 1)

Die zitierten 7 Richtlinien des G-BA sind für die Krankenhäuser mit entsprechendem Versorgungsauftrag bei ihrer Leistungserbringung unmittelbar verbindlich. Bereits der gesetzliche Auftrag spezifiziert, dass die Vorgaben zur Strukturqualität insbesondere für aufwändige medizintechnische Leistungen zu erfüllen sind. Die quantitative Abschätzung zeigt, dass die Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität nur kleine bzw. sehr kleine Bereiche der Krankenhausversorgung unmittelbar berühren.

zu 2)

Nur ein kleiner Teil der OPS Codes enthält Vorgaben zur Strukturqualität. Von den 55 identifizierten OPS Codes mit Strukturqualitätsvorgaben formulieren 51 Anforderungen an die insbesondere personelle ärztliche Ausstattung. Dies gilt auch für die Zusammensetzung multiprofessioneller therapeutischer Teams.

Auf Grund der demografischen Bedeutung soll hier beispielhaft auf die Mengenentwicklung bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550) eingegangen werden. Sie war im Jahr 2010 in NRW die am vierthäufigsten abrechnete OPS, die Strukturanforderungen definiert. Die Anzahl der kodierten Fälle hat sich von 2006 bis 2010 auf rund 55.000 mehr als verdoppelt, während der Anteil der diese OPS abrechnenden Einrichtungen nur geringfügig anstieg, nämlich von 84 auf 96 Einrichtungen. Die durchschnittliche Fallzahl lag mit rund 570 Fällen je Einrichtung relativ hoch.

Die in den OPS Codes formulierten Anforderungen sind für die Krankenhäuser als Leistungserbringer mit einschlägigem Versorgungsauftrag unmittelbar verbindlich. Die Erfüllung der Kriterien muss grundsätzlich im Rahmen der Budgetverhandlungen nachgewiesen und kann durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Einzelfall überprüft werden.

zu 3)

Zertifikate haben in den letzten Jahren als freiwillige Form der Qualitätssicherung und -dokumentation an Bedeutung gewonnen. Sie machen vielfach umfangreiche Vorgaben zur Qualität. Im Vordergrund stehen auch hier detaillierte Anforderungen an die personelle ärztliche, therapeutische und pflegerische Ausstattung, die in allen untersuchten Zertifikaten enthalten sind. Die Inhalte der Zertifikate decken breite Versorgungsbereiche des stationären Leistungsgeschehens im Jahr 2010 ab. Auffallend ist auch hier, dass es in den meisten Bereichen trotz eines überwiegenden Fallzahlanstiegs seit 2006 zu einem Rückgang der behandelnden Einrichtungen kam. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass die Beschreibung von Merkmalen in den Zertifikaten Wirkung entfaltet.

zu 4)

Die Analyse der Vorgaben zur externen Qualitätssicherung gemäß § 135a SGB V ergab insgesamt 255 Qualitätsindikatoren in 32 Leistungsbereichen. Nur 5 enthalten Vorgaben zur Strukturqualität vorrangig im Bereich der apparativen Ausstattung.

zu 5)

Das Gutachten beschränkte sich auf S 3-Leitlinien, da diese Entwicklungsstufe die größtmögliche methodische Fundierung und Evidenzbasierung mit einem abgeschlossenen Konsentierungsprozess der beteiligten Expertinnen und Experten verbindet. S 3-Leitlinien stellen grundsätzlich die beste Evidenz für Strukturvorgaben dar, angesichts der geringen Anzahl von Strukturqualitätsindikatoren sind sie aber insgesamt nur wenig geeignet für die Krankenhausplanung.

Es fanden sich 15 S 3-Leitlinien, die ausdrücklich operationalisierbare Strukturkriterien aufwiesen. Diese enthielten überwiegend Vorgaben zur apparativen Ausstattung. Zur personellen und räumlichen Ausstattung fanden sich nur einmal ausführliche Hinweise in der Leitlinie Polytrauma / Schwerverletzten - Behandlung. Die ausgewerteten Leitlinien betreffen überwiegend quantitativ bedeutsame, breite Versorgungsbereiche. Mit Ausnahme der Demenz ist die Anzahl der betroffenen Einrichtungen trotz insgesamt steigender Krankenhausfallzahlen zurückgegangen.

zu 6)

Die Qualität der medizinischen Leistungserbringung spielt in den aktuellen Krankenhausgesetzen und -plänen der Bundesländer eine unterschiedliche Rolle. Sieben Bundesländer haben sowohl im aktuellen Krankenhausgesetz als auch im aktuellen Krankenhausplan die Qualitätsdimension ausdrücklich etabliert. Quantitativ dominieren dabei Vorgaben zur personellen Ausstattung. Die Bundesländer Saarland und Schleswig-Holstein knüpfen den entsprechenden Versorgungsauftrag an die Vorlage von Zertifikaten. Bayern empfiehlt eine Orientierung an den Personalkennzahlen des "Qualitätssiegel Geriatrie". 5 Länder geben Strukturqualitätsanforderungen für die Notfallversorgung vor. Besonders relevant ist ferner die onkologische Versorgung.

Hier ist es in den letzten Jahren trotz einer Fallzahlsteigerung zu einer Konzentration der Leistungserbringung auf eine geringere Zahl von Krankenhäusern gekommen.

Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt der Krankenhauspläne anderer Bundesländer lag im Bereich der geriatrischen Versorgung. Hier machen 5 Bundesländer entsprechende Vorgaben zur Strukturqualität. Bei der geriatrischen Versorgung zeigt sich, dass im Jahr 2010 nahezu drei Viertel der rund 71.000 Fälle (Abteilungsfälle mit Mehrfachzählungen bei Verlegungen) mit einer geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung von einer geriatrischen Abteilung abgerechnet wurden. Die Übrigen verteilen sich auf 88 Abteilungen für Innere Medizin und 307 sonstige Abteilungen.

Das Gutachten sieht in derartigen Aussagen anderer Bundesländer zu Strukturqualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung eine Bestätigung und Grundlage für entsprechende Überlegungen in NRW.

Bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilung von Notfallaufnahmen an Wochenenden für verschiedene Diagnosebereiche wird zudem ein erstes Indiz dafür erkannt, dass sich ein nennenswerter Teil der Kliniken in NRW nur eingeschränkt an der Notfallversorgung beteiligt.

Bei den elektiven Leistungen wird die starke Zunahme der Behandlungsfälle in der Wirbelsäulenchirurgie verbunden mit der deutlichen Ausweitung der Anzahl der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer als Anlass für eine stärkere Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung gesehen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund von Untersuchungen, die eine starke Zunahme mit ausgeprägten regionalen Unterschieden in der Versorgung beobachten und sich nur ansatzweise durch Morbiditätsunterschiede erklären lassen.

Die geriatrische Versorgung wird durch das Zertifikat des Bundesverbands Geriatrie und den OPS Code 8-550 umfassend strukturiert. Allerdings gibt es in diesem Bereich keine S 3 Leitlinie für die stationäre Krankenhausversorgung. Aufgrund von Hinweisen, dass die (Erst-) Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten eher nicht in einer geriatrischen Abteilung stattfindet, wird im Gutachten ein System, mit dem durch geriatrische Konsile geriatrische Fachkompetenz auch in anderen Fachabteilungen entwickelt werden kann, als sinnvoll angesehen.

Das Gutachten bestätigt auch eine belastbare rechtliche Grundlage für die Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung in NRW. § 13 KHGG NRW erlaube ausdrücklich, Vorgaben für die Versorgungsangebote nach regionaler Verteilung, Art, Zahl und Qualität zu machen. Zudem leite sich die Kompetenz zur Festlegung von Qualitätsanforderungen auch aus der Aufgabe der Länder gemäß § 6 Abs. 1 KHG ab, zum Zweck der Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit - unter anderem - leistungsfähigen Krankenhäusern Krankenhauspläne aufzustellen. Auch § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V stellt fest, dass die Festle-

gung von Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig sei.

Das Gutachten folgert für die Krankenhausplanung in NRW:

- 1) Es erscheint grundsätzlich sinnvoll, dass Länder bei der Krankenhausplanung Strukturqualitätskriterien berücksichtigen sollten.
- 2) Das Land NRW hat eine belastbare rechtliche Grundlage, Qualitätskriterien in der Planung festzulegen.
- 3) Es gibt eine breite Basis für die Festlegung von belastbaren und praktikablen Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung.
- 4) Entsprechende Festlegungen sollen verhältnismäßig sein.

Für die geriatrische Versorgung und die Wirbelsäulenchirurgie empfehlen sich strukturelle Vorgaben.

Geriatrische Patientinnen und Patienten in nichtgeriatrischen Abteilungen sollten identifiziert werden. Darauf folgend sei eine konsiliarische Mitbehandlung vor Ort oder eine Verlegung in geriatrische Abteilungen zu ermöglichen. Mit dem Zertifizierungssystem des Bundesverbandes Geriatrie und der OPS 8-550 stünden entsprechende Grundlagen zur Verfügung.

Der Vorschlag im Gutachten, ein Monitoringsystem zur Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Kapazitäten zu etablieren, wird in NRW bereits durch das Projekt IG NRW gemeinsam vom Innen- und Gesundheitsministerium verfolgt.

c) Allgemeine Aufgaben der Krankenhäuser zur Versorgungsqualität

ca) Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser haben eine interne Qualitätssicherung zu gewährleisten. Auch das SGB V enthält entsprechende Vorschriften. Krankenhäuser sind grundsätzlich verpflichtet, im Rahmen der ärztlichen Behandlung Methoden und Geräte zur Verfügung zu stellen und nutzen zu lassen, die dem aktuellen Stand der medizinischen und technischen Entwicklung entsprechen. Die damit erreichbare Versorgungsqualität ist nachzuweisen.

Qualität kann in drei nicht absolut abgrenzbare Dimensionen nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität untergliedert werden. Bei der Strukturqualität unterscheidet man personelle von apparativ-räumlichen Merkmalen.

Der Krankenhausplan gibt Ziele und Voraussetzungen für die Gestaltung der Angebotsstrukturen vor. Plankrankenhäuser genießen ein hohes Vertrauen bei den Bürgerinnen und Bürgern. Dieses Vertrauen kann durch die Erfüllung von Merkmalen der

Strukturqualität untermauert werden. Auch die zur Erzielung hoher Versorgungsqualität erforderlichen Vorgaben zur Prozessqualität sind staatlicherseits zulässig, soweit damit der allgemein anerkannte Stand der Medizin abgebildet wird. Staatlich vorgegebene und überprüfte Qualitätsmerkmale haben in der öffentlichen Wahrnehmung einen herausgehobenen Stellenwert.

Neben den Ländern sehen es viele medizinische Fachgesellschaften als ihre Aufgabe an, Strukturvorgaben für eine qualitativ hochwertige stationäre Leistungserbringung in ihrem Fachgebiet zu beschreiben. Kriterien der Fachgesellschaften unterliegen einem Wandel beim Erkenntnisstand und dem medizintechnischen und pharmakologischen Fortschritt und folgen zum Teil besonderen Gruppeninteressen.

cb) Facharztstandard

Ein zentrales Merkmal personeller Strukturqualität ist der Facharztstandard. Dieser ist dann gewahrt, wenn eine Ärztin oder ein Arzt diejenigen Maßnahmen ergreift, die ausreichend weitergebildete und gewissenhaft arbeitende Ärztinnen oder Ärzte des Fachgebietes ergreifen würden. Der Facharztstandard ist nicht an die Ablegung der Weiterbildungsprüfung im jeweiligen Gebiet gebunden. Er kann auch dann erfüllt sein, wenn behandelnde Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung die Behandlung theoretisch und praktisch soweit beherrschen, wie das von geprüften Fachärztinnen und Fachärzten dieses Faches erwartet wird. Dies entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH Z 88, S. 248 [254]; NJW 1993, S. 2989; NJW 2000, S. 2754 [2758]).

Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass rund um die Uhr nach dem Facharztstandard entsprechend dieser ständigen Rechtsprechung erfolgt. Während des Tages müssen nach dem Facharztstandard qualifizierte Ärztinnen und Ärzte ständig anwesend sein, außerhalb der Regeldienstzeiten müssen entsprechende Bereitschafts- und Rufdienste bestehen. Dieser Mindeststandard kann von jedem Krankenhaus, unabhängig von seiner Größe und Leistungsfähigkeit erwartet werden. Für jede Abteilung sind daher insgesamt mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzte des entsprechenden Gebiets erforderlich, um auch Abwesenheitszeiten zum Beispiel durch Fortbildung, Urlaub oder Krankheit zu überbrücken. Krankenhäuser, die risikoreichere Versorgungsleistungen oder solche in höherer Komplexität erbringen bzw. künftig anbieten wollen, müssen sogar eine höhere Präsenz organisieren bis hin zur ständigen, d.h. 24-stündigen Anwesenheit einer / eines Fachärztin und -arzt mit Facharztstatus.

Die gesetzlichen Regelungen der jüngeren Vergangenheit lassen zunehmend Kooperationsformen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich entstehen, die zu Teilzeitmodellen von unterschiedlicher Form und Umfang führen. Vertragsärztinnen und -ärzte dürfen unter Beachtung des § 20 Ärzte-ZV als Angestellte eines Krankenhauses tätig werden. Das führt dazu, dass Krankenhäuser zwar Fachärztin-

nen und -ärzte beschäftigen, gleichwohl aber Probleme bestehen, einen Dienst rund um die Uhr und an Wochenenden sicherzustellen. Zeitliche Lücken im fachärztlichen Dienst sind aber allenfalls in ausgewiesenen Belegabteilungen hinnehmbar, wenn die Notfallversorgung und andere wichtige Funktionen wie Aufnahme- oder Intensivstation von anderen Abteilungen mit übernommen werden können. Aus Qualitätsgründen ist es daher grundsätzlich bedenklich, wenn Ärztinnen und Ärzte aus solchen Modellen heraus Leistungen erbringen, die insbesondere in Risikosituationen, die kontinuierlich im Krankenhaus tätiges ärztliches Personal überfordern könnten. Auch in diesen Fällen hat das Krankenhaus den Facharztstandard rund um die Uhr sicherzustellen. Bei regional verbindlichen Absprachen können solche Versorgungsformen akzeptiert werden. Auch hier sind, wie bei allen Planungen, die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes zu beachten.

cc) Qualifikation der ärztlichen Leitung

Das KHGG NRW legt fest, dass der Krankenhausträger für jede Abteilung, die er nach dem Krankenhausplan betreibt, mindestens eine weisungsunabhängige Leitende Ärztin bzw. einen weisungsunabhängigen Leitenden Arzt bestellen muss (§ 31 Abs. 2). Um eine gleichmäßig gute Versorgungsqualität zu sichern, reicht es aber nicht aus, wenn nur die Leitung die entsprechende Facharztbezeichnung führt. Die stellvertretende ärztliche Leitung soll ebenfalls über eine Facharztqualifikation aus dem entsprechenden Gebiet verfügen.

Ein wichtiges Merkmal der Qualität der ärztlichen Leitung ist der Umfang der Weiterbildungsbefugnis. Das KHGG NRW verlangt, dass alle Krankenhäuser sich nach ihren Möglichkeiten an der Aus- und Weiterbildung beteiligen (§ 1 Abs. 4). Beantragt eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt bei der zuständigen Ärztekammer die Befugnis zur Weiterbildung, prüft diese Art und Umfang der Leistungen einer Abteilung und der Kenntnisse der weiterbildungswilligen Ärztin bzw. des weiterbildungswilligen Arztes. In Abhängigkeit von der Größe, dem Leistungsumfang und der personellen Besetzung der Abteilung wird seitens der Kammer eine eingeschränkte oder uneingeschränkte Ermächtigung zur Weiterbildung erteilt. Der Umfang der Ermächtigung kann somit ein wichtiger Hinweis auf die Leistungsfähigkeit der Abteilung sein. Besteht nur eine eingeschränkte Weiterbildungsermächtigung, ist auch die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gegenüber dem Gesamtgebiet in der Regel als eingeschränkt anzusehen.

cd) Stellenwert der verschiedenen Qualitätsparameter

Wenn an dieser Stelle überwiegend Aussagen zur Strukturqualität gemacht werden, bedeutet das nicht, dass Prozess- und Ergebnisqualität weniger wichtig wären - im Gegenteil. Allerdings sind diese Aspekte üblicherweise weitergehend an anderer Stelle geregelt und unterliegen anderen Kontrollmechanismen. So verpflichtet § 135 a SGB V alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Sicherung und

Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen. Zugelassene Krankenhäuser sind verpflichtet, "sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln".

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erlässt hierzu Richtlinien (§ 137 SGB V). Das Regelwerk erfasst dabei nur einen kleinen Teil der Krankenhausleistungen. Ferner erstellt er einen Katalog planbarer Leistungen und kann hierzu Mindestmengen bestimmen. Bedeutsam ist auch, dass zugelassene Krankenhäuser verpflichtet sind, den Verbänden der Krankenkassen strukturierte Qualitätsberichte vorzulegen, die diese veröffentlichen. Die Krankenhäuser können in diesem Bericht darstellen, welche Ergebnisse sie bei ausgewählten Leistungen im Vergleich zu anderen Einrichtungen erzielt haben.

ce) Organisation der Krankenhäuser bei besonderen Versorgungsaufträgen

Unterschiedlich große Risiken seitens der Patientinnen und Patienten erfordern unterschiedlich differenzierte Ausprägungen der Infrastruktur der stationären Versorgungsangebote. Die Wahrscheinlichkeit zu überleben bzw. eher geringe Folgeschäden zu erleiden, ist bei Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt, Schlaganfall, schweren Unfällen, Gefäßrupturen, bei schweren Geburtskomplikationen etc. abhängig von der Infrastruktur der Einrichtung, die im Bedarfsfall erreichbar ist. Die Rettungsdienste sind rund um die Uhr bei vielen lebensbedrohlichen Erkrankungen in der Lage, die Betroffenen in einem relativ stabilen Zustand zur stationären Aufnahme zu bringen. Es muss vermieden werden, dass die Anschlussversorgung die sich aus dieser guten Organisation ergebenden Chancen verringert.

Es ist unbestritten, dass die Infrastruktur, die vorgehalten werden kann, in wirtschaftlicher Hinsicht stark davon abhängt, wie häufig sie in Anspruch genommen wird. Zur wirtschaftlichen Stabilisierung trägt aber insbesondere auch die Zahl von Routineleistungen des jeweiligen Fachgebietes bei. So wird ein kardiologisches Angebot seine Notfallversorgungsfunktion umso besser organisieren können, je höher die Zahl kardiologischer Routineleistungen wie Untersuchungen und Therapie mit dem Herzkathetermessplatz, Schrittmacherimplantationen ist. Analog gilt für eine Unfallchirurgie, dass ihre Wirtschaftlichkeit auch von der Zahl endoprothetischer Eingriffe abhängt. Die Partnerinnen und Partner der Budgetverhandlungen tragen hier eine besondere Verantwortung. Dennoch wird es in ländlichen Regionen notwendig sein, individuelle Lösungen zu finden, wenn die Zahl der akuten Notfälle nachts und an Wochenenden gering ist.

2.2.2.2 Flächendeckende gestufte Versorgung

Das KHGG NRW fordert in § 1 Abs. 1 Satz 1 die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten gestuften wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung durch Kran-

kenhäuser. Der Gesetzgeber hat damit der Planungsbehörde an prominenter Stelle das vorrangige Ziel des Krankenhausplans vorgegeben, für eine möglichst gleich gute und gleich gut erreichbare stationäre Versorgung in allen Regionen zu sorgen.

Die Umsetzung dieses Ziels stellt unterschiedliche Herausforderungen an alle Beteiligten. Das Land NRW ist besonders geprägt vom Ballungsraum Ruhrgebiet. Aber insbesondere an den Landesgrenzen zu Rheinland-Pfalz, Hessen und Niedersachsen bestehen auch dünn besiedelte ländliche Räume, teilweise mit durch Mittelgebirge geprägten Landschaften und entsprechend weiten bzw. schwierigen Verkehrsverbindungen.

Die historisch gewachsene Krankenhausstruktur stellt keine vollständig homogene Verteilung der Standorte dar. Die Bevölkerungszahl verändert sich in den verschiedenen Regionen in unterschiedlichem Maße und korrespondiert dabei nicht immer mit den Krankenhausstandorten. So sind Städte entstanden, die mehr als 50.000 Einwohner zählen und auf deren Gebiet kein Krankenhaus betrieben wird. Das Kriterium Flächendeckung spielt in Ballungsräumen und deren Randgebieten eine eher untergeordnete Rolle, wenn man die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte als das wesentliche Merkmal betrachtet. In dünner besiedelten Regionen ist sie jedoch insbesondere beim Vorliegen topografischer Besonderheiten unter Umständen von erheblicher Bedeutung. Verglichen mit anderen Regionen Deutschlands sind die Erreichbarkeitsprobleme in NRW fast zu vernachlässigen.

Es ist faktisch unmöglich, alle denkbaren stationären Versorgungsangebote in einer für die jeweilige Wohnbevölkerung identischen Erreichbarkeit vorzuhalten. Auch das ist ein Grund, weshalb der Gesetzgeber von der Notwendigkeit einer gestuften Versorgung spricht. Angebote der Hochleistungsmedizin oder solche, deren Behandlungsindikationen eher selten sind, stehen üblicherweise in größerer Entfernung zur Verfügung. Als Beispiele für die Hochleistungsmedizin können Transplantations-, Herz- und Neurochirurgie gelten, für eher seltene Indikationen stehen die stationären Angebote der Nuklearmedizin oder zur Behandlung von Hautkrankheiten.

Die Notwendigkeit einer Stufung ergibt sich aber auch aus Gründen der demografischen Entwicklung. Die Veränderung der Altersstruktur betrifft die Kinder- und Jugendmedizin und Geburtshilfe mit abnehmender, Angebote mit Schwerpunkt auf die Versorgung alter Menschen mit zunehmender Tendenz. Weil die Zahl der Geburten sich seit den 1970er Jahren praktisch halbiert hat, sinkt die Zahl entsprechender Angebote. Damit wachsen zwangsläufig die Entfernungen.

Von besonderer Bedeutung ist die Definition eines gestuften Versorgungsangebots vor dem Hintergrund, dass NRW in diesem Rahmenplan auf die Planung und Festlegung von Teilgebietsabteilungen verzichtet. Im Krankenhausplan 2001 beschrieben ausgewiesene Teilgebiete, orientiert an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte, welche Krankenhäuser Angebote, deren Versorgungsauftrag über die ört-

liche Versorgung hinausging, für eine größere Region erbringen und damit auch abrechnen durften. Die neue Planung hält am Prinzip einer gestuften Versorgung fest, denn der gesetzliche Auftrag bleibt bestehen. Der Krankenhausplan 2001 enthielt eine Tabelle, welche Versorgungsangebote der örtlichen, überörtlichen bzw. überregionalen Versorgung zuzuordnen sind. Dieser Krankenhausplan verzichtete bereits darauf, Krankenhäuser in Gruppen einzuteilen, weil das ausreichend trennscharf nicht möglich ist. Auch seinerzeit ging das Land davon aus, dass ein Krankenhausangebot der örtlichen und überörtlichen Versorgung nebeneinander vorhalten kann, wenn das dem Ziel eines flächendeckend gleichmäßigen Angebots besonders nutzt. Dieser Rahmenplan muss zur Steuerung aber andersartige Kriterien anwenden. Diese sind zum Teil im Kapitel Versorgungsqualität (Kapitel 2.2.2.1) näher beschrieben. Versorgungsaufgaben der örtlichen Versorgung, die Pflicht zur vorrangigen Behandlung von Notfällen, die Notwendigkeit, sich auf die demografischen Veränderungen insbesondere auch mit der Zunahme Demenzkranker einzustellen, sind von allen Krankenhäusern wahrzunehmen. Dabei bleibt es selbstverständlich möglich, regionale Absprachen unter den Beteiligten über eine Aufgabenteilung zu treffen, die diese Grundprinzipien vor Ort modifizierend gestalten.

Die örtliche Versorgung umfasst überwiegend die Gebiete Innere Medizin und Chirurgie, mit Einschränkungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Das Prinzip der Gemeindenähe gilt außerdem für die psychiatrisch psychotherapeutische Versorgung sowohl in Fachkrankenhäusern als auch Fachabteilungen.

Der Krankenhausplan 2001 differenzierte das Gebiet Innere Medizin neben undifferenzierten Angeboten in 8 Teilgebiete, das heutige Gebiet Chirurgie war seinerzeit neben der Allgemeinchirurgie in 7 unterschiedliche Versorgungsaufgaben aufgeteilt, diese waren den unterschiedlichen Versorgungsebenen zugeordnet.

Der neue Plan eröffnet den Krankenhäusern, die Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie betreiben, erweiterte Möglichkeiten einer mit den Krankenkassen abgestimmten Differenzierung, bindet diese Optionen jedoch an die Erfüllung von Qualitätskriterien, insbesondere personeller Art.

Konsequenzen der gestuften Versorgung sind einerseits, dass Krankenhäuser Bedarfe, die wegen ihres seltenen Auftretens wirtschaftlich nicht oder nicht besonders attraktiv sind, keinesfalls vernachlässigen dürfen. Entsprechende Leistungen sind insbesondere im Notfall zu erbringen. Andererseits gehören Leistungen, die finanziell attraktiv, aber nicht der örtlichen Versorgung zuzurechnen sind, nicht zum Versorgungsauftrag, insbesondere dann nicht, wenn sie Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie betreiben, der entsprechende Versorgungsauftrag einem regional benachbarten Krankenhaus zugerechnet werden muss, weil er dort leistungsfähiger und mit höherer Qualität erbracht wird. Das System der Betriebskostenfinanzierung über DRG hat eine Tendenz ausgelöst, dieses Prinzip weniger zu beachten. Die gezielte Auswahl von Leistungen sowohl aus betriebsorganisatorischen als auch insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen ist leider als attraktiv erkannt worden. Zur ersten

Gruppe zählt die Vermeidung von Vorhaltungen für die Notfallversorgung, zur zweiten die Vermeidung medizinisch "unattraktiver" Patientinnen und Patienten und die Konzentration auf tendenziell Gesündere. Es gibt bundesweit Hinweise auf zum Teil wirtschaftlich ausgelöste Tendenzen, selektiv finanziell attraktive Leistungen zu erbringen. Auffällig ist die Leistungsentwicklung bei Endoprothesen von Hüfte oder Knie, bei kardiologischen Eingriffen, Schrittmacherimplantationen und Operationen an der Wirbelsäule. Es wird nicht bezweifelt, dass es möglich ist, Leistungen mit einem teilweise sehr stark eingeschränkten Spektrum in guter Qualität zu erbringen. Die Patientinnen und Patienten dürfen aber zu Recht erwarten, dass sie im Notfall oder als "komplizierter Fall" in gleicher Qualität versorgt werden. Dies ist bei der beschriebenen Art der Leistungserbringung häufig in Zweifel zu ziehen.

Mit der öffentlichen Aufgabe der Sicherstellung einer gestuften flächendeckenden Versorgung stehen solche Entwicklungen im Konflikt. Auch die Rechtsprechung hat, weil verbindliche Kriterien einer gestuften Versorgung nicht ersichtlich waren, den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser tendenziell sehr weit interpretiert. Obgleich die Gebietseinteilung der Krankenhausplanung sich in NRW an der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte lediglich orientiert und damit bewusst Planungs- und Ermessensspielräume eröffnet, wird der Versorgungsauftrag auf die Erbringung grundsätzlich aller Leistungen, die Gegenstand der Weiterbildungsordnung eines Gebietes sind, bezogen. Ein im Sinne der gestuften Krankenhausversorgung verlässliches spezialisiertes Angebot muss von seiner gesamten Infrastruktur her, insbesondere aber personell in der Lage sein, neben den beschriebenen allgemeinen Anforderungen eine die Notfallversorgung einschließende umfassende Versorgung im entsprechenden medizinischen Bereich vorzuhalten und zu erbringen. Dies ist gegeben, wenn im angebotenen Versorgungsbereich 3 einschlägig qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte zur Verfügung stehen. Die Leitung muss Fachärztin oder Facharzt sein, die stellvertretende Leitung soll Fachärztin oder Facharzt sein. Für weitere Ärztinnen und Ärzte reicht der Facharztstandard aus. Die Aufrechterhaltung der wohnortnahen Versorgung kann im Einzelfall dazu führen, dass individuell gestaltete Lösungen gefunden werden müssen.

2.2.2.3 Versorgungsschwerpunkte

Die bisherigen Krankenhauspläne in NRW waren detailliert. Sie enthielten Festlegungen zu Teilgebieten und Versorgungsschwerpunkten unterhalb dieser Ebene. Das bis Ende 2007 geltende Gesetz (KHG NRW) schrieb sogar ein eigenständiges Verfahren zur Festlegung dieser Versorgungsschwerpunkte vor. Inhaltlich enthält der vorliegende Rahmenplan weniger entsprechende Details. Das KHGG NRW sieht keine unterschiedlichen Planungsverfahren vor.

Im vorliegenden Rahmenplan sind Festlegungen für die Schlaganfallversorgung, Herzchirurgie, Versorgung von gefährdeten Früh- und Neugeborenen, von Transplantationseinrichtungen, von Versorgungseinrichtungen für Infektionspatientinnen

und -patienten sowie Intensiv- und Palliativbetten enthalten. Diese Angebote werden auch künftig separat ausgewiesen und im Folgenden erläutert.

a) Schlaganfallversorgung

Seit etwa 10 Jahren werden in Deutschland spezielle Einrichtungen zur Akutversorgung und Frührehabilitation von Schlaganfallpatientinnen und -patienten, sog. Stroke Units eingerichtet. Sie sind in NRW Gegenstand der Krankenhausplanung. Der Schlaganfall als typische Komplikation eines vorgeschädigten Gefäßsystems galt noch vor zwei Jahrzehnten als therapeutisch wenig beeinflussbar, insbesondere in Bezug auf die Vermeidung bleibender Behinderungen, typischerweise einer halbseitigen Lähmung. Mit dem therapeutischen Fortschritt ging die Erkenntnis, Schlaganfälle als zeitkritisch zu versorgende Notfälle mit einem kurzen Zeitfenster zu antizipieren, Hand in Hand.

Je früher die Aufnahme in eine Stroke Unit möglich ist, um so eher kann es gelingen, das geschädigte Hirnareal klein zu halten und damit den Grundstein für möglichst geringfügige bleibende Schädigungen zu legen. Das Zeitfenster von maximal 6 Stunden erfordert ein flächendeckendes und dennoch spezialisiertes Angebot, das interdisziplinär, insbesondere in den Fachgebieten Neurologie, Radiologie und Innere Medizin organisiert und rund um die Uhr aufnahmebereit ist. Ein kritischer Aspekt ist nach wie vor die Alarmierungszeit, weil die Symptome eines Schlaganfalls in der Bevölkerung noch nicht so bekannt sind wie beispielsweise die eines Herzinfarkts. Da die Notfallrettung auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte organisiert ist, folgt auch der Planungsansatz in NRW dieser Organisation und setzt das Ziel um, in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt mindestens ein entsprechendes Angebot vorzuhalten. Da dieses Ziel derzeit erreicht ist, besteht kein Handlungsbedarf. Die Zahl der Schlaganfälle steht aber in einem engen Bezug zur demografischen Entwicklung. Daher ist bei sich deutlich verändernder Inzidenz künftiger Handlungsbedarf nicht auszuschließen. Das Land geht davon aus, dass es vorrangig um den Ausbau vorhandener Standorte gehen wird.

b) Herzchirurgie

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems treten weit überwiegend in höherem Lebensalter auf und werden daher von der demografischen Entwicklung stark beeinflusst. Sie zeigen jedoch auch eine deutliche Abhängigkeit vom Lebensstil und damit einhergehenden Risikofaktoren wie Rauchen, erhöhten Blutfettwerten und Bewegungsmangel. Da die Zahl der rauchenden Menschen sinkt, hat dies einen günstigen Einfluss auf die Entwicklung. Besonders bedeutsam ist jedoch, dass die medizinischen Entwicklungen in der Kardiologie und der Herzchirurgie in der jüngeren Vergangenheit erhebliche Veränderungen der therapeutischen Möglichkeiten brachten. Trotz nach wie vor zunehmender Zahl von entsprechenden Patientinnen und Patienten nimmt seit einigen Jahren die Zahl der offenen Herzoperationen unter Einsatz der

Herz-Lungen-Maschine (HLM) - ein wesentliches Planungskriterium der Vergangenheit - ab. Solche Operationen werden insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten durch interventionelle und andere, weniger invasive Verfahren ersetzt. Daher hat es in den vergangenen Jahren bei den herzchirurgischen Angeboten in NRW nur geringfügige Änderungen und keine Zunahme von Standorten gegeben. Die Notwendigkeit, solche Schritte zu unternehmen, zeigt sich auch für diesen Rahmenplan nicht.

c) Versorgung von gefährdeten Früh- und Neugeborenen

Aufgrund der Entwicklung seit der Einführung der Planung von Perinatalzentren und geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunkten in NRW im Jahr 1986 ist für diesen Versorgungsbereich eine Neukonzeption erstellt worden, die unter 5.3.2.2 beschrieben ist.

d) Transplantationseinrichtungen

Die Angebote, die eine Zulassung für Organtransplantationen haben, sind selten, die Zulassungen organspezifisch differenziert und daher auch sehr detailliert ausgestaltet. Diese Aspekte sprechen dafür, die Sachverhalte im vorliegenden Rahmenplan nicht explizit zu regeln. Allerdings steht diese Frage nicht zur Disposition, weil das Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz -TPG-) i.d.F. vom 04. September 2007 (BGBl. I S. 2206), zuletzt geändert durch Art. 2 a des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) Transplantationsgesetz (TPG) verlangt, dass eine organspezifische Zulassung erfolgt (§ 10 Abs. 1 TPG). Diese könnte zwar auch eigenständig geregelt werden, als stationäre Leistung ist die Zuordnung der Organtransplantationen im Krankenhausrahmenplan aber sachgerecht.

e) Versorgungseinrichtungen für Infektionspatientinnen und -patienten i.S. von § 30 Infektionsschutzgesetz – IfSG –

Zahlreiche Allgemein- und Fachkrankenhäuser in NRW verfügen über sog. Infektionsbetten. § 30 IfSG enthält darüber hinaus Bestimmungen für die Quarantäne und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit hoch ansteckenden und hierzu Lande nicht endemischen Krankheiten. Danach sind Personen, die an Lungenpest oder an von Mensch zu Mensch übertragbare hämorrhagische Fieber erkrankt oder dessen verdächtig sind, unverzüglich in einem Krankenhaus oder einer für diese Krankheiten geeigneten Einrichtung zu behandeln.

Als Standort für eine solche Spezialeinrichtung ist für NRW die Stadt Düsseldorf im Hinblick auf den internationalen Flughafen und das damit verbundene hohe Touristikaufkommen am besten geeignet, daher ist eine entsprechende Einrichtung am Universitätsklinikum Düsseldorf 2011 eröffnet worden.

f) Intensivbetten

Die krankenhausbezogene Planung der Intensivbehandlungskapazitäten wird beibehalten, da die notfallmäßige Versorgung schwer- und schwerstkranker Patientinnen und Patienten als dringliches Versorgungsangebot sichergestellt werden muss. Für die Details wird auf Kapitel 5.3.9. verwiesen.

g) Palliativbetten

Da nach wie vor keine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung in NRW ausgewiesen ist, wird in diesem Krankenhausrahmenplan an der Festlegung von entsprechenden Kapazitäten festgehalten (s. auch Kapitel 5.3.8).

2.2.2.4 Versorgungsstrukturen für alte Menschen

Schon heute ist fast jeder zweite Krankenhauspatient, jede zweite Krankenhauspatientin älter als 64 Jahre. Infolge des demografischen Wandels werden Gesamtzahl und Anteil der älteren und hoch betagten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus weiter zunehmen. Zwar ist einerseits mit einem Anstieg an gesunden Lebensjahren zu rechnen; doch geht mit steigendem Lebensalter auch eine größere Wahrscheinlichkeit für Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten einher.

Für ältere Patientinnen und Patienten ist es typisch, dass gleichzeitig mehrere Erkrankungen somatischer und psychischer Art auftreten. Vielfach wird bei Aufnahmen in somatischen Abteilungen Demenz als Nebenerkrankung diagnostiziert. Mindestens 12 Prozent der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus sind schon heute demenzkrank (Quelle: sog. „Lübecker Studie“ von 1997). Aus demografischen Gründen wird auch dieser Anteil aller Voraussicht nach weiter steigen.

Hinzu kommt, dass auch Menschen mit Behinderungen eine steigende Lebenserwartung haben. Mit ihren spezifischen Bedürfnissen stellen sie besondere Anforderungen an die stationäre Versorgung, die therapeutische wie die pflegerische.

Gerade für ältere und hoch betagte Menschen ist ein wohnortnahes, bedarfsgerechtes und flächendeckendes Versorgungsangebot essentiell, auch im Versorgungssegment Krankenhaus. Dabei kommt der Sektoren übergreifenden Versorgung eine besondere Bedeutung zu, die ein integriertes Versorgungsangebot ermöglicht.

Die bestehenden Versorgungsstrukturen werden den Bedingungen des demografischen Wandels noch nicht in ausreichendem Maße gerecht. Insbesondere das geriatrische Versorgungsangebot ist vielerorts noch zu wenig vernetzt. Die stationären und ambulanten Strukturen in der Akutversorgung, der Rehabilitation, Pflege und der ambulanten Angebote weisen Defizite in der Sektoren übergreifende Versorgung

aus. Zum Teil sind sie noch zu schwach ausgeprägt, um den besonderen Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft gerecht werden zu können. Zum Teil fehlt das Überleitungs- und Entlassungsmanagement. Trotz vielerlei Anstrengungen im Einzelfall gibt es Defizite im Engagement zur Fachkräfteentwicklung.

In der Folge besteht Verbesserungsbedarf in der Krankenhausrealität, die im Interesse einer an Menschlichkeit und den besonderen Bedürfnissen Älterer orientierten Versorgung erfüllt werden muss. Konkret überfordern Abläufe im Krankenhaus insbesondere ältere Patientinnen und Patienten, insbesondere wenn sie von Demenz betroffen oder bedroht sind. Im Sinne einer aktivierend-therapeutischen Pflege sind daher für von Demenz betroffene oder bedrohte Patientinnen und Patienten Angebote einer Tagesstrukturierung vorzusehen, die insbesondere auf eine möglichst sichere Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe zielen.

Ältere Patientinnen und Patienten sind auch besonders gefährdet, insbesondere nach Narkosen und operativen Eingriffen in einen verwirrten Zustand zu gelangen. Dies kann zu einer vorübergehenden Pflegebedürftigkeit führen und längere VD nach sich ziehen. Die Krankenhäuser müssen insoweit Sorge tragen, dass eine Delirprophylaxe erfolgt, die insbesondere das Entstehen eines sog. perioperativen Altersdelirs vermeiden hilft.

Die angesprochene Überleitung sowie das Entlassungsmanagement an Wochenenden ohne gesicherte Anschlussbetreuung und Anschlussmedikation sind noch nicht in einer Weise geregelt, die den Problemstellungen älterer und hoch betagter Menschen und ihrer Angehörigen gerecht werden. Das Überleitungs- und Entlassungsmanagement ist unmittelbarer Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung und daher entsprechend auszugestalten.

Alter und Multimorbidität bergen auch besondere Risiken für die Patientensicherheit vor allem hinsichtlich unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen durch Polymedikation. Auch hier ist eine sektorenübergreifende Koordinierung im Sinne eines Pharmakotherapiemanagements notwendig.

Schließlich befinden sich viele ältere Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase im Krankenhaus oder versterben auch dort. Auch hierfür gilt es, bedarfsgerechte Angebote so zu gestalten, dass ein Abschied in Würde möglich ist.

Das Land NRW hat daher ein Versorgungskonzept für die stationäre geriatrische Versorgung formuliert und in diesen Krankenhausrahmenplan integriert (vgl. Ziff. 5.3.1 Geriatrie).

2.2.2.5 Versorgungsstrukturen für Früh- und sonstige Risikogeburten und Geburtshilfe

Zur Optimierung der peri- und neonatologischen Versorgung in NRW ist unter 5.3.2.2 ein ausführliches Konzept formuliert.

2.2.2.6 Kooperationen

Die gut entwickelte und differenzierte Krankenhauslandschaft in NRW kann die Herausforderungen der Zukunft nur bewältigen, wenn zukünftig in einer verstärkten Form untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Schadensereignissen zuständigen Behörden, sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen zusammengearbeitet wird. Eine dahingehende Verpflichtung ergibt sich bereits aus § 8 Abs. 1 KHGG NRW. Die bewusst offene Formulierung macht deutlich, dass grundsätzlich jede sinnvolle Form der Kooperation denkbar sein kann. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. Um in der zunehmenden Komplexität des Gesundheitswesens die notwendige Transparenz zu entwickeln unterrichten sich die an der Krankenhausversorgung Beteiligten gegenseitig.

Die Kooperationen können dabei sowohl zur Steigerung der Leistungsfähigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit erfolgen. Im Sinne des § 8 Abs. 2 S. 2 KHGG NRW ist es jedoch eine zwingende Voraussetzung, dass die Abläufe des Krankenhausbetriebs durch die Kooperationen nicht beeinträchtigt werden. Derartige Auswirkungen würden den zuvor genannten Zielen entgegenlaufen.

Des Weiteren ist bedeutsam, dass die Kooperationspartnerinnen und -partner ihre originären Verpflichtungen und Zuständigkeiten behalten und diese nicht auf die Krankenhäuser übergehen. So setzen zum Beispiel Personalgestellungen für den Rettungsdienst immer voraus, dass zum einen die vollumfängliche Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gewahrt bleibt, auch wenn sich dieses Personal in einem Einsatz außerhalb des Krankenhauses befinden sollte. Zum anderen verbleibt die Gesamtzuständigkeit für die Durchführung des Rettungsdienstes nach dem Rettungsgesetz (RettG NRW) immer bei der jeweiligen Gebietskörperschaft.

Die zunehmende Zusammenführung von Krankenhausangeboten ist grundsätzlich positiv zu sehen, wenn die neu entstehenden Einrichtungen gestärkt daraus hervorgehen. Diese Entwicklung findet ihre natürliche Grenze dort, wo eine erschwerte geographische Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten den berechtigten Interessen der Patientinnen und Patienten zuwider läuft.

Die Pflicht zur Kooperation findet ihre Grenze im § 31a KHGG NRW.

Insgesamt bietet die den Krankenhäusern weitgehend gewährte Gestaltungsfreiheit bei Kooperationen eine Fülle von Formen möglicher Zusammenarbeit mit einer breiten Vielfalt von Partnerinnen und Partnern. Es besteht unterhalb der Ebene staatli-

cher Regulierung zudem ein großer Freiraum zur Realisierung des Ansatzes eines "menschlichen Gesundheitswesens". Dem Grunde nach können alle Zusammenarbeitsfragen einvernehmlichen Lösungen zugeführt werden, die insoweit auch Verlässlichkeit für alle Beteiligten erlangen.

2.2.2.7 Sektoren übergreifende Versorgung

Die sektorenübergreifende Versorgung ist eine wichtige Voraussetzung eines bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und stärker an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Gesundheitswesens.

Die Möglichkeit sektorübergreifender Tätigkeiten von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten besteht seit vielen Jahren und wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz zusätzlich erweitert. Versorgungspolitisch ist vor allem die integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V ein Instrument, Versorgung sektorenübergreifend auszugestalten. Leider wurden bisher in der Regel nur partielle Versorgungsansätze vereinbart. Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung verliert die integrierte Versorgung nunmehr deutlich an Bedeutung. Hier sind auch die Krankenhäuser gefordert, innovative Versorgungsmodelle zu entwickeln und umzusetzen. Mit Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wurde aber auch das Problem der Gestaltung der Schnittstellen zwischen den Sektoren noch einmal deutlich.

Die vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten Möglichkeiten der Sektoren übergreifenden Kooperationen werden nicht ausreichend genutzt. Insofern besteht eher ein Umsetzungs- als ein Regelungsdefizit. Die Schnittstellen und Übergänge zwischen der ambulanten und stationären akutmedizinischen sowie zur rehabilitativen und pflegerischen Versorgung sind nach wie vor nicht optimal organisiert.

Insbesondere für ältere und hilfsbedürftige Patientinnen und Patienten ist dieser Umstand problematisch, denn gerade sie sind auf möglichst reibungslose, ineinandergreifende Versorgungsabläufe angewiesen. So wird im Besonderen von den neu eingeführten geriatrischen Versorgungsverbänden eine übergreifende, an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung erwartet.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz ist in § 39 SGB V seit dem 01.01.2012 ein konkretes Entlassungsmanagement nach Krankenhausaufenthalt festgeschrieben worden. Der Anspruch ist als unmittelbarer Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung ausgestaltet. Die Krankenkassen, gegen die sich der Anspruch richtet, sind verpflichtet dafür zu sorgen, dass die Erbringung der Leistung sichergestellt ist. Praktische Instrumente wie z. B. Checklisten können helfen, diesen Anspruch im Sinne der Patientinnen und Patienten im Versorgungsalltag umzusetzen.

Auch an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte und systematisch erarbeitete Überleitungsverfahren sind von großer Bedeutung: Viele Patientinnen und Patienten erleben im Laufe einer medizinischen Behandlung einen Wechsel zwischen Arztpraxis, Krankenhaus und Pflegeeinrichtung, der für sie und ihre Angehörigen eine besondere Belastung bedeuten kann. Sie bergen aber auch für die Behandelnden und Pflegenden Risiken, weil durch Brüche in der Kommunikation wichtige Informationen nicht rechtzeitig an die weiter betreuenden Stellen, die medizinischen und pflegerischen Dienstleitungen, gelangen. Insgesamt kann durch ein Versorgungsmanagement, das das Versorgungsgeschehen in allen beteiligten Sektoren umfasst, Mängel in der Prozessqualität minimiert, Rehabilitationsergebnisse verbessert und Ressourcen effizient einsetzt, eine Optimierung erreicht werden.

2.2.2.8. Interkulturelle Öffnung / Kultursensibilität

Kultur- und sprachbedingte Barrieren können die gesundheitliche Versorgung im Krankenhaus beeinträchtigen. Der Versorgungsanspruch von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ist gleich groß und gleich berechtigt. Soweit kulturelle und ethnische Besonderheiten unterschiedliche Bedarfe in der Krankenhausbehandlung erfordern, ist damit auch ihnen Rechnung zu tragen. Das Gesetz zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Integration des Landes NRW hat insoweit Eingang in § 3 Absatz 1 KHGG NRW gefunden.

Viele Krankenhäuser sind darauf bisher noch nicht ausreichend vorbereitet. Damit Missverständnisse im Klinikalltag verringert, Fehldiagnosen und Mehrfachuntersuchungen vermieden, Gesundheitsleistungen optimiert, Kosten gesenkt und die Behandlungszufriedenheit der Patientinnen und Patienten verbessert werden kann, ist eine interkulturelle Öffnung der Krankenhäuser anzustreben. Die Ansätze hierfür sind vielfältig und reichen von Fragen der Kommunikation, Information, der Unterbringung, der Räumlichkeiten über Fragen der betrieblichen Organisation und Personalentwicklung bis hin zu Aspekten der Versorgung und Diagnostik.

2.2.2.9 Telematik und Telemedizin

Der Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechnologien im Krankenhaus ist heute ein wesentlicher Erfolgsfaktor sowohl für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung wie eine moderne und effiziente Betriebsführung.

Die Unterstützung der medizinischen und administrativen Dokumentationen, der Organisation sowie der Kommunikation intern als auch mit externen Partnerinnen und Partnern mithilfe von Anwendungen der Telematik und der Telemedizin legt die Basis für modernes Management.

Vielfältige Prozesse und Arbeitsschritte während der stationären Behandlung können sehr gut unterstützt werden. Die Anwendungsbereiche sind z.B. die administrative

Aufnahme über den Bettenbelegungsplan, die Belegung der Operationssäle, die Dokumentation der Operationen, die Pflegedokumentationen, die DRG-Ermittlung und Abrechnungsvorgänge.

Darüber hinaus wird auf der Basis intelligenter Verfahren auch die Patientensicherheit verbessert, in dem wichtige, zu berücksichtigende Patienteninformationen geeignet dargestellt und medizinische Daten entsprechend verknüpft werden.

Das Ziel sind einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten, die den strengen Anforderungen des Datenschutzes genügen müssen und orientiert am Nutzen für die Patientinnen und Patienten, sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Krankenhäusern eingesetzt werden können.

Voraussetzung dafür ist der Aufbau einer Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen in NRW, den die Landesregierung gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft NRW in einem abgestimmten Stufenplan realisiert will.

2.2.3 Planungsgrundsätze

Siehe Anhang 10 "Krankenhausplan NRW Planungsgrundsätze"

2.3. Versorgungsstruktur

2.3.1 Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken

Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken erbringen den größten Teil stationärer Leistungen. Sie müssen die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen und werden durch die Aufnahme in den Krankenhausplan zu zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V (Plankrankenhäuser). Bei diesen gilt die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan gemäß § 109 Abs. 1 S. 2 zweiter Halbsatz in Verbindung mit § 8 Abs. 1 S. 2 KHG als Abschluss des Versorgungsvertrages. Daraus ergeben sich die allgemeinen Anforderungen, dass sie:

- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
- mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patientinnen und Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,
- sowie Patientinnen und Patienten unterzubringen und zu verpflegen.

Die zugelassenen Krankenhäuser nach § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V sind im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet, § 39 SGB V. Nach Absatz 1 der Vorschrift wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, § 108 SGB V, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Der Grundsatz der ärztlichen Therapiefreiheit und die damit verbundene Letztverantwortung erfordern es, dass die Wahl der Therapie grundsätzlich nach ärztlichem Beurteilungsermessen getroffen werden muss. Dies geschieht aufgrund einer prospektiven, am individuellen differenzialdiagnostischen Risikoprofil jedes Patienten und jeder Patientin ausgerichteten Prognose. Diese kann sich angesichts der dynamischen Krankheitsprozesse allerdings nicht allein retrospektiv auf bereits eingetretene und objektivierbare Symptome stützen. Trotz der damit eingeräumten Entscheidungsprärogative darf sich die Entscheidung nicht als sozial- bzw. leistungsrechtlich unvertretbar darstellen. Sie muss vielmehr dem medizinischen Richtlinien, Leitlinien und allgemeinen Standards entsprechen und nicht im Widerspruch zu allgemeinen und besonderen ärztlichen Erfahrung stehen. Diese Anforderung setzt in der Regel eine fachärztliche Qualifikation voraus.

Die Behandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Die akut stationäre Behandlung beinhaltet auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Zur Krankenhausbehandlung gehört ein Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Umgang in der Versorgung nach der Krankenhausbehandlung.

Soweit aus Sicht der Krankenhausplanung für NRW zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung erforderlich, sind diese vorstehenden allgemeinen gesetzlichen Anforderungen an Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken in den entsprechenden Kapiteln des Krankenhausplans detailliert und konkretisiert worden.

2.3.2 Universitätsklinika

Universitätsklinika sind Allgemeinkrankenhäuser. Sie gehören zur Gruppe der Krankenhäuser, die hoch spezialisierte Behandlungsangebote vorhalten. Nach § 12 Abs. 3 S. 1 KHGG NRW werden ihre Angebote in die Krankenhausplanung einbezogen,

soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Die besonderen Belange von Wissenschaft und Forschung sind zu berücksichtigen.

2.3.3 Vertragskrankenhäuser

Nach § 108 SGB V dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Zugelassen sind Plankrankenhäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V, Hochschulkliniken nach § 108 Nr. 1 SGB V und die Krankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V bedarf der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde gemäß § 109 Abs. 3 SGB V. Soweit der Bedarf durch Kapazitäten in Plankrankenhäusern gedeckt ist, sind Vertragskrankenhäuser zur Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen grundsätzlich nicht erforderlich. Die Vertragsabschlüsse sind insoweit subsidiär zur Fiktion des § 108 Nr. 2 SGB V.

Häufig sind die Aufgabenbereiche von Vertragskrankenhäusern indikationsbezogen festgelegt. Insoweit decken sie den Versorgungsbedarf einer Fachrichtung oder eines Fachgebietes in ihrem Einzugsgebiet oftmals nicht vollständig ab, sondern erbringen ausschließlich im Versorgungsvertrag vereinbarte Leistungen. Vertragskrankenhäuser können aber den Versorgungsauftrag ihrer Fachrichtungen im Einzugsgebiet auch wie Plankrankenhäuser erfüllen. Bestehende Versorgungsverträge sind bei der Krankenhausplanung somit einzelfallbezogen zu berücksichtigen.

An die Kündigung von Versorgungsverträgen nach § 110 SGB V stellen die Gerichte ähnlich hohe Anforderungen wie an die Herausnahme von Plankrankenhäusern aus dem Krankenhausplan.

2.3.4 Teilstationäre Einrichtungen

Tageskliniken stellen in NRW das im Krankenhausplan ausgewiesene Angebot dar. Sie ermöglichen in ausgewählten Gebieten wie insbesondere der Psychiatrie / Psychosomatik, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Geriatrie ein Angebot, das den Interessen der Patientinnen und Patienten nach Erhalt von Alltagsstrukturen bei gleichzeitig kompetenter medizinischer Versorgung entgegenkommt. In teilstationären Strukturen sind Elemente sowohl der stationären als auch der ambulanten Behandlung enthalten. Konkret bedeutet dies:

- Die Behandlung erfordert weitgehend Krankenhausbedingungen, weil sie nicht mit gleicher Qualität und Sicherheit ambulant erfolgen kann.
- Die Behandlung besteht nicht nur aus einer Leistung, sondern aus einem komplexen Angebot, das typischerweise strukturiert über den Tag verteilt erbracht wird.

- Während der Behandlung sind grundsätzlich Hotelleistungen wie Unterbringung und Verpflegung sowie Pflege der Patientinnen und Patienten nicht ganztätig erforderlich.
- Dem Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung ist ausreichend Rechnung zu tragen.
- Die Behandlung unter klinischen Bedingungen wird nur während des Tages durchgeführt und die Patientin oder der Patient verbringt die Nacht zu Hause.

Tageskliniken kommen dem Bedürfnis entgegen, möglichst in Heimatnähe behandelt zu werden und einen Teil des Tages im vertrauten heimischen Umfeld verbringen zu können. Das Versorgungssystem wird insofern um ein wirtschaftliches Behandlungsangebot angereichert, als ein weniger aufwändiges, dem reduzierten Behandlungsbedarf angepasstes Angebot gemacht wird.

Der Ausbau von Tageskliniken zu einer flächendeckenden Vorhaltung wird weiter verfolgt, auch weil es geeignet ist, die Wege für Patientinnen und Patienten erheblich zu verkürzen.

2.3.5 Beziehungen zu Vertragsärztinnen und -ärzten

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22. Dezember 2006 (BGBl I S. 3439) und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl I S. 2983) sind wesentlich neue Strukturelemente in das SGB V eingeführt worden.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können nunmehr auch in einem zugelassenen Krankenhaus tätig sein oder mit ihm verstärkt zusammenarbeiten, § 20 Absatz 2 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Seit 01. Januar 2012 ist damit die zeitliche Begrenzung der Nebentätigkeit auf 13 Stunden pro Woche bei im Übrigen vollständiger Ausfüllung eines vertragsärztlichen Versorgungsauftrages, entwickelt durch die BSG-Rechtsprechung (Urteil vom 30.01.2002, Az.: B 6 KA 20/01 R) gefallen. Nunmehr kommt es allein darauf an, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dem Versorgungsauftrag aus der vertragsärztlichen Zulassung in dem vorgegebenen Umfang persönlich nachkommt und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anbietet, § 20 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV. Der Spielraum für sektorenübergreifende Kooperationen wurde insoweit erweitert.

2.3.6 Belegärztliche Versorgung

Das Belegarztsystem hat seine gesetzliche Grundlage in den §§ 115 und 121 SGB V sowie §§ 1 und 31 KHGG NRW. Belegabteilungen sind Abteilungen eines Krankenhauses und bieten somit Krankenhausbehandlung an. Sie sind im Krankenhausplan ausgewiesen. Nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärztinnen und -ärzte führen die Abteilungen. Sie sind berechtigt, die im Krankenhaus bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel voll- oder teilstationär zu nutzen. Ihre Vergütung erhalten sie aus dem Budget der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. von den

selbst zahlenden Patientinnen und Patienten oder als Belegarzt mit Honorarvertrag gemäß § 121 Abs. 5 SGB V aus dem Krankenhausbudget. Das Krankenhaus liquidiert seine Kosten gegenüber den jeweiligen Krankenversicherungsträgern, Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern bzw. ihren privaten Krankenversicherungen.

Das Belegarztsystem ist ein Beispiel für die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Insbesondere in Fachgebieten mit geringerer Leistungsmenge wie z.B. der Augen- oder HNO-Heilkunde und überschaubaren Risiken kann die wohnortnahe stationäre Patientenversorgung gut durch belegärztlich geführte Abteilungen sichergestellt werden.

Ein leistungsfähiges Belegarztsystem setzt voraus, dass mehrere qualifizierte Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte zur Verfügung stehen und ärztliche Präsenz über 24 Stunden täglich sichergestellt ist. Diese kann auch durch den ärztlichen Dienst des Krankenhauses erfolgen insbesondere in der Notfallversorgung. Die Bereitschaft zur umfassenden Information und Kooperation wird dabei vorausgesetzt.

Die Neueinrichtung, Schließung oder Änderung von belegärztlichen Strukturen folgt den allgemeinen Verfahrensregeln der Krankenhausplanung nach §§ 14 und 16 KHGG NRW.

2.3.7 Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten

Für jedes Krankenhaus im Krankenhausplan ist zur Gewährleistung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung entweder die Betriebserlaubnis für eine Krankenhausapotheke gemäß § 14 Abs. 1 Apothekengesetz (ApoG) oder die Genehmigung eines Vertrags gemäß § 14 Abs. 3 oder 4 in Verbindung mit Absatz 5 ApoG nachzuweisen. Die Arzneimittelversorgung und -beratung des Krankenhauses und seiner Abteilungen hat unverzüglich zu erfolgen. Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30.8.2012 - 3 C 24/11 - verlangt der Begriff Unverzüglichkeit, dass die benötigten Medikamente im Eilfall zeitnah im Krankenhaus bereitstehen müssen. Das bedingt zwingend, dass die Apotheke in räumlicher Nähe zum Krankenhaus liegen muss. Fachliche Einschätzungen gehen davon aus, dass für die Bereitstellung der Arzneimittel im Krankenhaus nicht viel mehr als eine Stunde in Anspruch genommen werden soll. Die Beratung des Krankenhauspersonals durch die Leitung der Apotheke hat ebenfalls unverzüglich vor Ort zu erfolgen.

Für jedes Krankenhaus im Krankenhausplan ist zur Gewährleistung des ordnungsgemäßen Betriebs von Medizinprodukten ein/e Medizinproduktebeauftragte/r zur Koordination der Umsetzung der Medizinproduktebetriebersverordnung (MPBetreibV) und der Medizinproduktesicherheitsplanverordnung (MPSV) zu bestimmen.

2.4 Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ist die Grundlage für den Umfang des Leistungsangebots, das im Rahmen des Krankenhausplans erbracht werden darf. Formal wird damit die Angebotsstruktur des jeweiligen Hauses festgelegt. An Abgrenzungsfragen entzündeten sich regelmäßig Konflikte sowohl im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern als auch bei der Abrechnung von Leistungen.

In NRW wurden die Krankenhausstrukturen in der Vergangenheit sehr detailliert festgelegt. Mit dem nun formulierten Rahmenplan erfolgen keine Festlegungen von Teilgebieten mehr. Die Zahl der Schwerpunktangebote wird reduziert. Trotz detaillierter Festlegungen durch die Teilgebietsplanung war die Abgrenzung des Versorgungsauftrags oftmals strittig. Deutlich wird das etwa an der seit vielen Jahren diskutierten Fragestellung, bis zu welchem Spezialisierungsgrad kardiologische Leistungen im Rahmen der Inneren Medizin erbracht werden dürfen. Der Wegfall der Teilgebietsplanung erfordert andere Abgrenzungsregeln. Diese werden über Qualitätsparameter für Versorgungsangebote mit hohen Notfallversorgungsanteilen näher beschrieben.

Neben der existenziellen Bedeutung des Versorgungsauftrages für die wirtschaftliche Lage eines Krankenhauses führen das wachsende medizinische Wissen und der technische Fortschritt dazu, dass geeignete Leistungen vermehrt ambulant erbracht werden und nicht mehr zum Spektrum der stationären Versorgung gehören. Stationäre Versorgungsleistungen werden dagegen stetig komplexer. Auch diese Entwicklung erschwert die Differenzierung im Rahmen des Versorgungsauftrags. Leistungen, die noch vor wenigen Jahren mit deutlichen Risiken für die Patientinnen und Patienten verbunden waren, sind heute Standard- bzw. Routineleistungen.

Der Versorgungsauftrag ist Veränderungen unterworfen. Die medizinisch-technische Entwicklung macht immer wieder Neubewertungen erforderlich. Wettbewerbsgesichtspunkte rücken in den Fokus. Die Formulierung eines Rahmenplans reduziert die unmittelbaren Steuerungsmöglichkeiten der Planungsbehörde. Daher sind im Rahmenplan Vorgaben erforderlich, die die Leistungsentwicklung so beeinflussen, dass Qualitätsmängel sowie Überangebote nach Möglichkeit vermieden werden. Andererseits benötigen die Krankenhäuser einen so weiten Spielraum, dass sie sich im Interesse einer sachgerechten Versorgungsstruktur weiterentwickeln können.

Unter den in der Vergangenheit geltenden Planungsbedingungen wurde bei zahlreichen Einzelfragen der Versuch einer Definition des Versorgungsauftrags unternommen. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere in den großen Gebieten wie der Inneren Medizin und der Chirurgie nahezu alle Leistungen sowohl dem Gebiet als auch gleichzeitig einem Teilgebiet zugeordnet werden können, wurde festgelegt, dass einem Teilgebiet zuzurechnende Leistungen mengenmäßig nicht dominant sein dürfen. Der Wegfall der Teilgebietsplanung erfordert andere Abgrenzungsregeln.

Es besteht unter den Beteiligten an der Krankenhausversorgung der Grundkonsens, dass das Merkmal der Qualität der entscheidende Aspekt der Versorgungsleistungen ist. Vorgaben zur Struktur und in geringerem Umfang zu den Prozessen sind durch die Krankenhausplanung gestaltbar.

Der Versorgungsauftrag, der durch den Krankenhausplan erteilt wird, ist nicht auf einzelne Leistungen beschränkt sondern umfassend, es sei denn eine Einschränkung ist rechtlich geboten (z.B. Mindestmenge) oder unter Gewährleistung der regionalen Versorgung der Krankenhäuser verbindlich vereinbart. Das Personal, das den Versorgungsauftrag wahrnimmt, muss rund um die Uhr verfügbar sein, um auch Notfälle und seltene Fragestellungen versorgen zu können. Die Erbringung hoch komplexer einzelner Leistungen wie beispielsweise Implantationen von Herzschrittmachern mit Defibrillator, große Gefäßeingriffe oder spezielle Eingriffe an der Wirbelsäule können nur akzeptiert werden, wenn der gesamte dazu zählende Behandlungsbereich angeboten wird. Für sich genommen mag die einzelne Leistung technisch einfach sein, sie verlangt jedoch eine hohe differenzialdiagnostische Kompetenz bei der Indikationsstellung und häufig eine interdisziplinäre Fallbeurteilung. Wo dies nicht gewährleistet werden kann, ist die Versorgungsqualität gefährdet. Wenn z.B. eine chirurgische Abteilung auch Unfall- oder Gefäßchirurgie anbieten oder analog eine Abteilung für Innere Medizin auch Kardiologie betreiben möchte, ist grundsätzlich eine personelle Besetzung erforderlich, die über den allgemeinen Versorgungsauftrag der örtlichen Versorgung hinaus ärztliches Personal mit mindestens entsprechendem Facharztstandard vorgehalten wird. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses wird durch die vorher aufgeführten Kriterien konkretisiert. Durch die Bezugnahme auf Leitlinien zum zitierten Datum macht sich die Planungsbehörde den derzeit geltenden fachlich konsentierten Qualitätsmaßstab zu Eigen. Die Weiterentwicklung des allgemeinen Stands der medizinischen Wissenschaft ist impliziert. Eine darüber hinausgehende automatische Erhöhung von Qualitätsstandards bleibt der Prüfung vorbehalten.

a) Versorgungsauftrag Kardiologie

Bei einem großen Anteil der akuten Herzinfarkte hängen Überleben oder das Resultieren bleibender Schäden von der Zeitspanne zwischen dem Ereignis selbst und einer gezielten Intervention ab, die im Linksherzkathetermessplatz (LHKM) -Labor erfolgt. Krankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag Kardiologie müssen daher über eine solche Einrichtung in 24-stündiger Bereitschaft verfügen, ggf. mit verbindlichen Kooperationen zur Gewährleistung der regionalen Versorgung. Das bedeutet, dass Facharztstandard Kardiologie durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte rund um die Uhr und eine Intensiv- bzw. Überwachungsstation ständig aufnahmebereit zur Verfügung steht.

b) Versorgungsauftrag Stroke Unit

Beim Schlaganfall ist das so genannte therapeutische Fenster klein. Erschwerend kommt hinzu, dass es bei diesem Notfall häufig schwierig ist, den Beginn des Ereignisses anamnestisch eindeutig zu bestimmen. Daher müssen einem Krankenhaus mit entsprechendem Versorgungsauftrag rund um die Uhr angemessene diagnostische Ausstattungen zur Verfügung stehen. Dazu zählen Computer- und Kernspintomografen, Ultraschallgeräte, Einrichtungen zur Gefäßdiagnostik und therapeutischen Lyse sowie Behandlungsplätze mit entsprechenden Überwachungsfunktionen (Stroke Units). Über die an die Einheiten zu stellenden Anforderungen ist mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung intensiv diskutiert worden. Stroke Units werden nach den "Grundlagen zur Anerkennung von Behandlungseinheiten zur Schlaganfallversorgung (Stroke Units)" – Anhang 11 - vom 11. Mai 2005 im Krankenhausplan NRW ausgewiesen.

Der allgemein anerkannte Stand der Medizin in diesem Bereich wird u. a. in Leitlinien und Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft beschrieben. Im Besonderen enthalten 3 Leitlinien bzw. Stellungnahmen Hinweise zu strukturellen und prozeduralen Qualitätskriterien. Das sind die

- Leitlinie "Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls" der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-046.html> vom 22.11.2012.
- Stellungnahme "Die Versorgung neurologischer Patienten in der Notaufnahme" der Arbeitsgruppe "Notaufnahmestrukturen" der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, <http://dgni.de/aerzte/stellungnahmen-notaufnahme/95-die-versorgung-neurologischer-patienten-in-der-notaufnahme.html> vom 22.11.2012.
- Leitlinie "Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall" der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-090.html> vom 22.11.2012.

Das Land orientiert sich an den Zertifikaten der Fachgesellschaften nicht uneingeschränkt. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sind zusätzliche Kriterien erforderlich.

Ein sehr wichtiger Parameter in der Schlaganfallversorgung ist die Einhaltung von Behandlungsintervallen. Das Zeitintervall von 90 Minuten bis zur Therapie soll daher in den Stroke Units in der Mehrzahl der Fälle eingehalten und nach organisatorischer Absprache mit dem Rettungsdienst möglichst unterboten werden.

c) Versorgungsauftrag Unfallchirurgie / Traumaversorgung

Erfreulicherweise nimmt die Zahl schwerer Unfälle ab. Überleben und das Risiko bleibender Schäden hängen aber nach wie vor stark von dem Potential der versorgenden Klinik ab. Jedes Krankenhaus ist zur Notfallversorgung verpflichtet. Um im Einzelfall über die Notwendigkeit einer Verlegung entscheiden zu können, ist eine ständig verfügbare leistungsfähige Diagnostik erforderlich. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie hat eine Leitlinie entwickelt, bei der auf der Basis verbindlicher Absprachen auch mit den Rettungsdiensten die im Einzelfall geeignete Klinik bestimmt wird. Derartige fachlich begründete Kooperationen sind zu begrüßen. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/012-019.html> vom 22.11.2012.

Der allgemein anerkannte Stand der Medizin im Bereich Unfallchirurgie wird u.a. in Leitlinien und Stellungnahmen der AWMF beschrieben. 4 Leitlinien enthalten Hinweise zu strukturellen und prozeduralen Qualitätskriterien.

- Leitlinie "Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin" zahlreicher medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften (s. auch Arbeitshilfe "Der alte Mensch im Op. Verhinderung des perioperativen Altersdelirs") <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/001-012.html> vom 22.11.2012.
- Leitlinie "Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter" der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie für die Behandlung bewusstloser Patientinnen und Patienten mit unbekannter Mehrfachverletzung (sofortige kraniale Computertomografie ist Goldstandard) <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/006-001.html> vom 22.11.2012.
- Leitlinie "Polytrauma / Schwer Verletzten-Behandlung" verschiedener medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/012-019.html> vom 22.11.2012.
- Leitlinie "Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen" der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/041-001.html> vom 22.11.2012.

d) Versorgungsauftrag Gefäßchirurgie

Der allgemein anerkannte Stand der Medizin in diesem Bereich wird u. a. in Leitlinien und Stellungnahmen der AWMF und der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie beschrieben. Die nachfolgenden Leitlinien enthalten Hinweise zu strukturellen und prozeduralen Qualitätskriterien

- Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit -PAVK <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/065-003.html> vom 22.11.2012.
- Leitlinie "Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie" <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/065-002.html> vom 22.11.2012.

- Leitlinie "Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum"
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/037-009.html> vom 22.11.2012.
 - Leitlinie "Der akute periphere Arterienverschluss" der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
 - Leitlinie "Akuter Intestinalarterienverschluss" der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
 - Leitlinie zur amputationsbedrohten Extremität der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
 - Leitlinie zum Bauchaortenaneurysma und Beckenarterienaneurysma der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
 - Leitlinie "Chronische Verschlussprozesse der Intestinalarterien" der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
 - Leitlinie Gefäßinfektionen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
 - Leitlinie Gefäßverletzungen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
 - Leitlinie Erkrankungen der Oberschenkelarterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
 - Leitlinie "Thorakale und thorakoabdominelle Aortenaneurysmen" der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Fundstelle für alle:
<http://www.gefaesschirurgie.de/gesellschaft/kommissionen/leitlinienkommission.html>
vom 22.11.2012

e) Versorgungsauftrag "Wirbelsäulenchirurgie"

Der allgemein anerkannte Stand der Medizin in diesem Bereich wird u. a. in Leitlinien und Stellungnahmen der AWMF beschrieben. 3 Leitlinien enthalten Hinweise zu strukturellen und prozeduralen Qualitätskriterien.

- Leitlinie "Behandlung akuter postoperativer und posttraumatischer Schmerzen"
In der Schmerztherapie bei Wirbelsäulenoperationen ist zu beachten, dass ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten bereits unter Schmerzen leidet oder Risikofaktoren für erhöhte perioperative und chronische postoperative Schmerzen aufweisen kann (z.B. "Failed Back Surgery-Syndrom"). Eine Operationsindikation soll erst gestellt werden, wenn mindestens zwei Jahre lang alle anderen in der Leitlinie

empfohlenen konservativen Behandlungen inklusive multidisziplinärer Ansätze ohne ausreichenden Erfolg erprobt und die strukturell-körperliche Faktoren als wesentlich festgestellt wurden. Es ist eine umfangreiche multidimensionale Schmerzanamnese erforderlich, um eine adäquate perioperative Schmerztherapie zu gewährleisten bzw. Alternativen zur Operation abzuwägen. Die Patienten und Patientinnen müssen in adäquater Weise über alle alternativen Behandlungsmöglichkeiten und deren Effektivität aufgeklärt werden. Vor elektiven operativen Eingriffen an der Wirbelsäule soll eine psychologisch-schmerztherapeutische Untersuchung erfolgen.

Der Umgang mit Schmerzen sollte im Leitbild der Klinik erkennbar sein. Übergeordnete Rahmenvereinbarungen zur Durchführung der perioperativen und posttraumatischen Schmerztherapie sollen zwischen den beteiligten Fachgebieten gemeinsam schriftlich getroffen werden. Zur Einleitung und Anpassung der Schmerztherapie sollen antizipierende Anordnungen existieren. Bei einer Schmerzintensität, die die vom Patienten tolerierbare Schmerzschwelle oder eine festgelegte Interventionsschwelle übersteigt, sollen das Pflegepersonal sowie die Physiotherapeutinnen und -therapeuten, falls keine antizipierenden Anordnungen vorliegen, unverzüglich eine ärztliche Anordnung anfordern. Schriftliche Unterlagen zur Patienteninformation und -aufklärung zum Umgang mit Schmerzen sollen vorliegen. Schriftliche Unterlagen zur Schmerzanamnese, -messung und -dokumentation sollen ebenfalls zur Verfügung stehen. Konzepte zur Schmerzprophylaxe und -therapie allgemein und für die verschiedenen Fachdisziplinen sind schriftlich zu fixieren. Die Implementierung eines Akutschmerzdienstes wird empfohlen.

Andere Formen eines Schmerzmanagement sind denkbar und wurden auch erfolgreich implementiert. Wichtig ist, dass die spezifischen Gegebenheiten berücksichtigt und die Konzepte und Strukturen den Möglichkeiten und Anforderungen des jeweiligen Krankenhauses angepasst werden. Daraus folgt auch, dass Konzepte zur nachstationären Weiterbehandlung erarbeitet und mit den weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten kommuniziert werden. Die Weiterversorgung mit analgetischen Verfahren soll gewährleistet sein.

Fundstelle: s.o.

- Leitlinie "Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung"

Bei bewusstlosen Patienten und Patientinnen soll bis zum Beweis des Gegenteils vom Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden.

Fundstelle: s.o.

- nationale Versorgungsleitlinie " Kreuzschmerz"

Dauern Schmerzen trotz leitliniengerechter Maßnahmen länger als vier Wochen an, sollen schon in der primären ärztlichen Versorgung psychosoziale Risikofaktoren erfasst werden (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-007.html> vom 22.11.2012).

2.5 Gesetzliche Aufgaben

2.5.1 Notfallversorgung einschl. Rettungsdienst

Die Notfallversorgung umfasst unterschiedliche Sektoren.

Die allgemeine ambulante Notfallversorgung wird vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst und überwiegend durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte erbracht. In jüngerer Vergangenheit haben die Kassenärztlichen Vereinigungen ein System von so genannten "Notfallpraxen" aufgebaut, welche sich häufig auf dem Gelände von Krankenhausstandorten befinden. Insbesondere während der Zeiten, in denen die Arztpraxen in der Regel geschlossen sind, nehmen Notfallpatientinnen und -patienten auch die Leistungen von Krankenhäusern ambulant in Anspruch. Dies geschieht in der Mehrzahl der Fälle auf dem Weg der Selbsteinweisung.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Notfallversorgung ist die notärztliche Behandlung am Notfallort. Sie ist im Rahmen des Rettungsdienstes in NRW auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte organisiert. Das RettG NRW vom 24. November 1992 (GV. NRW. S. 458, zuletzt geändert am 8. Dezember 2009, GV. NRW. S. 750) unterscheidet zwischen der Notfallrettung und qualifiziertem Krankentransport. Die Notfallrettung hat die Aufgabe, bei Notfallpatientinnen und -patienten lebensrettende Maßnahmen am Notfallort durchzuführen, deren Transportfähigkeit herzustellen und sie unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden mit Notarztbegleitung im Rettungswagen oder mit Luftrettungsmitteln in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern. Hierzu zählt auch die Beförderung von erstversorgten Notfallpatientinnen und -patienten zu Diagnose- und Behandlungsrichtungen. Notfallpatientinnen und -patienten sind Personen, die sich infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten. Das RettG NRW gibt keine Mindestfristen vor, innerhalb derer der Notfallort ab Alarmierung erreicht werden muss. Die durchschnittlichen Einsatzzeiten sind gleichwohl in NRW im Ländervergleich durchschnittlich eher kurz. In der Praxis werden überwiegend 8 bis 12 Minuten eingehalten. Dies begünstigt die sehr gute Verkehrsinfrastruktur vergleichsweise dichte Besiedlung des Landes.

Von allen Krankenhäusern ist minimal zu fordern, dass sie nach Übernahme einer Patientin oder eines Patienten aus dem Rettungsdienst eine erste erweiterte Sichtung durchführen und, sofern die definitive Versorgung nicht zu ihrem Versorgungsauftrag gehört, eine weitere Stabilisierung der Transportfähigkeit vornehmen, um den sicheren Weitertransport in das nächste geeignete Krankenhaus zu ermöglichen.

Zur Notfallversorgung gehören ferner die Intensivstationen in den Krankenhäusern. Ihr Betrieb ist auch auf die Notfallversorgung abgestimmt. In den letzten Jahrzehnten konnte die Tendenz beobachtet werden, dass einerseits die Gesamtzahl der stationären Betten kontinuierlich sank, andererseits die Zahl der Intensivbetten aber laufend erhöht werden musste. Dafür waren verschiedene Tendenzen ursächlich: Die Verbesserung der Erstversorgung durch den Rettungsdienst, der medizinische Fortschritt, der die intensivmedizinische Behandlung vieler früher nicht mehr beherrschbarer Krankheitsbilder ermöglicht und die Durchführung von Eingriffen, die noch vor wenigen Jahren insbesondere im fortgeschrittenen Alter ein erhebliches Risiko darstellten. Die beschriebene Tendenz hält an.

2.5.2 Aus- und Weiterbildung

Das KHGG NRW verpflichtet das Krankenhaus mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereitzustellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken (§ 1 Abs. 4 KHGG NRW).

Die ärztliche Weiterbildung in allen Fachgebieten, Schwerpunkten oder Bereichen richtet sich nach den Vorgaben des Heilberufsgesetzes (HeilBerG) und den autonomen Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern.

Die Einteilung der Fachdisziplinen durch die Landesärztekammern sind statusrelevante Berufsausübungsregelungen, welche die fachliche Qualität der ärztlichen Leistungen - insbesondere auch im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus - im Interesse des Gesundheitsschutzes gewährleisten sollen.

So verlangt der durch die Rechtsprechung entwickelte sog. "Facharztstandard" eine fachärztliche Versorgung der Krankenhauspatientinnen und -patienten. Bereits seit 1983 hat der Bundesgerichtshof (Fundstellen wie zu 2.2.2.1 cb) Facharztstandard) in mehreren Entscheidungen klar gestellt, dass der Krankenhausträger jeder Patientin und jedem Patienten z.B. operative Eingriffe durch Fachärztinnen oder Fachärzte oder unter ständiger Aufsicht des entsprechend weitergebildeten ärztlichen Personals schuldet.

Die ärztliche Weiterbildung als solche findet unter Anleitung von zur Weiterbildung ermächtigten Ärztinnen und Ärzten u. a. in als Weiterbildungsstätten zugelassenen Krankenhausabteilungen statt.

Die Zulassung einer Krankenhausabteilung als Weiterbildungsstätte setzt gemäß § 45 Abs. 3 HeilBerG voraus, dass

- Patientinnen und Patienten in so ausreichender Zahl und Art behandelt werden, dass die Weiterzubildenden sich mit den typischen Krankheiten der jeweiligen Fächdisziplin vertraut machen können,
- Personal und Ausstattung der Krankenhausabteilung den medizinischen Erfordernissen Rechnung tragen und
- regelmäßig Konsiliartätigkeiten ausgeübt werden.

Über die Zulassung als Weiterbildungsstätte - wie auch über die personengebundene Weiterbildungsermächtigung - entscheidet die zuständige Ärztekammer auf Antrag. Die Zulassung wird von der Kammer bekannt gegeben.

Der Umfang der Zulassung zur Weiterbildung ist ein Indiz für die Leistungsfähigkeit von Abteilungen. Eine Ermächtigung zur vollumfänglichen Weiterbildung wird nur bei einem umfassenden Leistungsspektrum, das den Inhalt des jeweiligen Bereichs vollständig abdeckt, erteilt.

2.5.3 Hygiene

NRW ist bundesweit Vorreiter auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene, da eine Krankenhaushygieneverordnung bereits 1989 erlassen und 2009 auf der Basis des KHGG NRW vollständig überarbeitet und aktualisiert wurde, die sich u.a. an den neuesten wissenschaftlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (KRINKO, www.rki.de) orientiert und als vorbildlich galt.

Durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wurde die Rechtsgrundlage für die KrankenhaushygieneVO NRW erweitert. Es sind nun auch Angebote der ambulanten bzw. teilstationären medizinischen Versorgung wie z.B. der Tageskliniken und Dialyse-Einrichtungen umfasst. Zudem wurde den Länder eine Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung eingeräumt, um auf dem ambulanten medizinischen Sektor Hygienepläne einfördern zu können, § 23 Abs. 5 und 8 IfSG.

Vor diesem Hintergrund hat die Landesregierung NRW eine "Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)" erlassen, die am 13. März 2012, GV. NRW S. 143 in Kraft getreten ist und die Krankenhaushygieneverordnung vom 9. Dezember 2009 abgelöst hat.

Die Änderungen der neuen nordrhein-westfälischen Verordnung betreffen im Wesentlichen folgende Punkte:

- Hygienepläne in Teilen der ambulanten Versorgung
- Informationspflichten bei Verlegungen und Überweisungen
- Informationspflichten gegenüber dem Personal
- angemessene klinisch-mikrobiologische und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals

- angemessene Beteiligung von Krankenhaushygienikerinnen und -hygienikern bei Bauvorhaben

- Ordnungswidrigkeiten

Die Einhaltung der vorgegebenen Standards und rechtlichen Vorgaben liegt in der Organisationsverantwortung der Träger der jeweiligen Einrichtung.

2.5.4 Sozialdienst

Krankenhäuser sind gemäß § 5 Abs. 2 KHGG NRW verpflichtet, einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren.

Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln. Die Leistungen des Sozialdienstes im Krankenhaus stellen dabei im Wesentlichen eine psychosoziale Intervention dar, die Hilfen bei der Krankheits- und Lebensbewältigung, bei Problemen mit dem Umfeld, in der Familie oder Beziehung und bei existenziellen Ängsten aufgrund wirtschaftlicher Notlagen anbietet. Darüber hinaus sind Maßnahmen zur sozialen und wirtschaftlichen Sicherung zwingend notwendige Leistungsbe-
reiche.

Ein Schwerpunkt der Aufgaben ist die Organisation der Versorgung nach der Krankenhausbehandlung, insbesondere wenn sich die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen durch die Erkrankung und ihre Folgen nachhaltig verändert hat. Hier finden entscheidende Weichenstellungen statt, die sowohl für das Behandlungsergebnis der Patientinnen und Patienten, aber häufig auch für die dauerhafte Sicherung der sozialen Bezüge in jedem Einzelfall entscheidende Bedeutung haben.

Die genannten zahlreichen Aspekte verdeutlichen, dass der Sozialdienst nur mit einem sektor übergreifenden integrativen Ansatz den vielfältigen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen gerecht werden kann. Hierzu ist eine Zusammenarbeit im multidisziplinären Team des Krankenhauses Voraussetzung.

Um den immer komplexer werdenden Anforderungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen angemessen entsprechen zu können, ist es erforderlich, auch im Sozialdienst im Krankenhaus qualitätsgesichert zu arbeiten. Ein beispielhaftes Instrument dafür ist der Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für klinische Sozialarbeit der Deutschen Vereinigung für soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (www.dvsg.org).

Die Krankenhäuser in NRW sind gemäß § 5 KHGG NRW verpflichtet, eine unabhängige Stelle zur Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden einzurichten. Sie soll mit den Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge, des Patientenschutzes und der Selbsthilfe zusammenarbeiten. Es ist darauf zu achten, die Unabhängigkeit der Arbeit vom Träger zu gewährleisten, die Erreichbarkeit der Beschwerdestel-

len für Patientinnen und Patienten zu ermöglichen und das Angebot bekannt zu machen. Eine einrichtungübergreifende Vernetzung der Tätigkeit ist zu ermöglichen und die fachliche Qualifizierung zu fördern. Diese Stellen sind zwischenzeitlich flächendeckend eingerichtet.

2.5.5 Organspende

In § 11 Absatz 1 TPG ist die Entnahme von Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung als gemeinschaftliche Aufgabe der Entnahmekrankenhäuser und Transplantationszentren festgelegt. Nach § 11 Absatz 4 TPG sind die Entnahmekrankenhäuser und Transplantationszentren verpflichtet, untereinander und mit der Koordinierungsstelle (Deutsche Stiftung Organtransplantation - DSO) zur Entnahme von Organen bei möglichen Organspenderinnen und -spendern zusammenzuarbeiten. Ferner legt § 11 Absatz 4 TPG die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Meldung potenzieller Organspenderinnen und -spender fest, das heißt die Meldung von Patientinnen und Patienten nach Hirntodfeststellung, die nach ärztlicher Beurteilung als Spenderin bzw. Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen.

Weil die Integration der Organspende in den Klinikalltag als Bestandteil ihres Versorgungsauftrages nicht selbstverständlich ist, wurden bereits Ende 2007 landesgesetzliche Weichenstellungen einerseits im KHGG NRW als auch im Ausführungsgesetz zum TPG (AG-TPG) vorgenommen. In § 9 KHGG NRW - Organspende - wurde eine Verpflichtung zur Bestellung von Transplantationsbeauftragten in Krankenhäusern aufgenommen. Diese Regelung wurde durch die Änderung des AG-TPG konkretisiert. Der im AG-TPG neu eingefügte § 3 - Transplantationsbeauftragter - sieht nicht nur die verpflichtende Bestellung von Transplantationsbeauftragten in den nordrhein-westfälischen Kliniken mit Intensivbetten vor, sondern regelt auch im Einzelnen ihre Aufgaben und Anforderungen an die Aufgabenerfüllung. Die Transplantationsbeauftragten haben insbesondere dafür zu sorgen, dass klinikinterne Handlungsanweisungen für den Ablauf einer Organspende vorliegen, alle Todesfälle durch primäre oder sekundäre Hirnschädigung im Krankenhaus dokumentiert und mit der Koordinierungsstelle ausgewertet werden und die Gespräche mit Angehörigen sensibel geführt werden. Die Transplantationsbeauftragten sind Ansprechpartner/innen für alle Belange rund um die Organspende und für die Koordinierungsstelle die primären Kooperationspartner in den Kliniken.

Durch das am 01.08.2012 in Kraft getretene Gesetz zur Änderung des TPG vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) wurde eine bundesweite Verpflichtung zur Bestellung von Transplantationsbeauftragten eingeführt. Gemäß § 9b TPG - Transplantationsbeauftragte - müssen Entnahmekrankenhäuser mindestens eine/n Transplantationsbeauftragte/n bestellen, die bzw. der für die Erfüllung ihrer/seiner Aufgaben fachlich qualifiziert ist. Die Transplantationsbeauftragten sind in Erfüllung ihrer Aufgaben unmittelbar der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses zu unterstellen. Sie sind bei

der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und unterliegen keinen Weisungen. Die Transplantationsbeauftragten sind soweit freizustellen, wie es zur ordnungsgemäßen Durchführung ihrer Aufgaben erforderlich ist; die Entnahmekrankenhäuser haben organisatorisch sicherzustellen, dass die Transplantationsbeauftragten ihre Aufgaben ordnungsgemäß wahrnehmen können und unterstützen sie dabei.

2.5.6 Überleitungsmanagement

Jedes Krankenhaus im Krankenhausplan hat die Pflicht, seinen Beitrag für ein umfassendes Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang seiner Patientinnen und Patienten in die verschiedenen Versorgungsbe-
reiche zu leisten. Diese Forderung aus § 11 Abs. 4 SGB V wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz in § 39 Abs. 1 Satz 4 SGB V dahingehend ergänzt, dass die Krankenhausbehandlung auch ein Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung umfasst.

2.6 Beteiligte an der Krankenhausversorgung

Die Krankenhausversorgung wird von gesetzlich benannten Beteiligten begleitet. § 15 KHGG NRW differenziert zwischen den unmittelbar und den mittelbar Beteiligten an der Krankenhausversorgung. Die unmittelbar Beteiligten bilden den Landesaus-
schuss für Krankenhausplanung (Landesausschuss). Diesem gehören Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhausgesellschaft NRW, der Verbände der Krankenkassen, der kommunalen Spitzenverbände, der Kath. Kirche, der Ev. Landeskirchen, der beiden Ärztekammern in NRW, des Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und, soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, der beiden Landschaftsverbände an.

Die mittelbar Beteiligten an der Krankenhausversorgung sind die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die kreisfreien Städte und Kreise, der Landesbezirk der Gewerkschaft ver.di, der Landesverband Marburger Bund, die Kassenärztlichen Ver-
einigungen, die Dienstnehmervertretung NRW der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes, der Verband der kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Rheinland-Westfalen-Lippe und die komba Gewerkschaft NRW.

Weiteren Einfluss haben auch die Voten der kommunalen Gesundheitskonferenzen nach § 24 ÖGDG. Sie und ihre Mitglieder bilden die Schnittstellen zu weiteren Ange-
boten der integrierten Versorgung auf der regionalen und kommunalen Ebene.

Weil dem ärztlichen Sachverstand besonderes Gewicht in Entscheidungsprozessen der medizinischen Krankenhausversorgung zukommt, haben die beiden Ärztekam-
mern Nordrhein und Westfalen-Lippe im Rahmen der Novellierung der Krankenhaus-
gesetzgebung durch das KHGG NRW 2007 Sitz und Stimme im Landesausschuss erhalten.

2.7 Abstimmung des Rahmenplans

Das MGEPA hat die zentralen Eckpunkte dieses Krankenhausrahmenplans, insbesondere die Planungsgrundsätze, qualitative Vorgaben wie Qualitätskriterien, Fachkonzepte Geriatrie, Psychiatrie / Psychosomatik und Früh- / Risikogeburten sowie die quantitativen Eckwerte (Planungsparameter, Krankenhaushäufigkeit und VD einschließlich Kapazitätsszahlen) in einem umfangreichen Prozess mit den unmittelbar Beteiligten abgestimmt. Um den Prozess von Anfang an transparent und möglichst effektiv zu gestalten, wurde mit dem Landesausschuss die Einrichtung einer "Arbeitsgruppe des Landesausschusses für Krankenhausplanung zur Neuausrichtung der Krankenhausplanung" vereinbart, in die Vertreter der KGNW, der Krankenkassenverbände, beider Ärztekammern und der Landschaftsverbände mitwirkten. Landesweit war die regionale Ebene zusätzlich durch einen Vertreter der Bezirksregierungen eingebunden.

Ziel war es, neben einer straffen Diskussionsstruktur auch konfliktbehaftete Themenfelder zu diskutieren und losgelöst von Gremienzwängen einer Lösung näher zu bringen. In insgesamt 22 Sitzungen (mit einer Unterbrechung von 2009 bis 2011) ist dies zum Teil gelungen, Konsens oder Einvernehmen zu erzielen. Allerdings führten differierende Vorstellungen nach Diskussion in der Arbeitsgruppe in berechtigten Fällen zu Korrekturen des Entwurfs des Rahmenplans.

Grundlegend strittig blieben insbesondere die Einführung von Qualitätsvorgaben und das Geriatriekonzept als Steuerungsinstrumente. Bei den quantitativen Eckwerten (Bettenvolumina) ist trotz der Unterschiede im Detail von keiner Seite die Notwendigkeit eines insgesamt angemessenen Kapazitätsabbaus in Zweifel gezogen worden.

Die auf der Grundlage von mathematischen Trendextrapolationen ermittelten Planungsparameter pro Fachgebiet bis zum Zielplanhorizont 2015 konnten in einem von den beiden Ärztekammern moderierten schriftlichen Verfahren durch die einschlägigen wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften inhaltlich abgesichert werden.

Durch Bewertungen der Beteiligten sind die so ermittelten Eckwerte schließlich vom MGEPA festgelegt und in der 47. Sitzung des Landesausschusses am 02. November 2012 abschließend erörtert worden.

Der zuständige Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW wurde am [REDACTED] gemäß gesetzlicher Vorgabe zum Entwurf des Krankenhausrahmenplans gehört (§ 13 Abs. 2 KHGG NRW).

C. Besonderer Teil

3. Planungsgrundlagen

3.1 Rahmenplan

Der vorliegende Krankenhausplan wird als Rahmenplan gestaltet. Gemäß § 14 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW werden mit diesem Krankenhausrahmenplan insbesondere Gebiete, Gesamtplanbettenzahlen und Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten abschließend festgelegt. Auf die bisherige Planung und Ausweisung von Teilgebieten wird verzichtet. Die Vorgaben enthalten u. a. auch die Festlegungen für die notwendigen aufeinander abgestimmten Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität.

3.2 Bevölkerungsentwicklung

Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung und Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung haben wesentlichen Einfluss auf die Nachfrage nach Krankenhausleistungen. Planungsgrundlagen und die entsprechende Fachplanung berücksichtigen Auswirkungen der demografischen Entwicklung. Die Bevölkerung NRW verringerte sich im Zeitraum von 2000 bis 2010 von rund 18.009.800 auf etwa 17.845.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zusammenfassend folgt das Land NRW dem gesamtdeutschen Trend der Alterung der Bevölkerung.

Die Bevölkerungsentwicklung und Veränderungen in der Altersstruktur in NRW werden durch zwei Faktoren wesentlich beeinflusst: Eine für die Reproduktion der Bevölkerung zu niedrige Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung der Menschen. Diese beiden Faktoren führen zu einer Schrumpfung der Bevölkerung sowie zu einer Alterung der Gesellschaft. Positive Wanderungsbewegungen, also mehr Zuzugsabwanderungen nach bzw. von NRW, können diese Entwicklung zwar nicht umkehren, bremsen aber den Verlauf ab.

3.3 Krankenhaushäufigkeit (KH)

Für die Feststellung der KH wird die Zahl der in einem bestimmten Gebiet wohnenden Patientinnen und Patienten, die im Laufe eines Jahres Krankenhäuser zur stationären Behandlung aufsuchen, mit der Einwohnerzahl des betreffenden Gebietes in Beziehung gesetzt.

Die innerhalb eines Jahres stationär behandelten Patientinnen und Patienten werden als Krankenhausfälle bezeichnet. Mehrfach in einem Jahr behandelte Personen gehen mehrfach in die Statistik ein. Die KH errechnet sich aus der Formel:

$$\frac{\text{Krankenhausfälle} \times 100.000}{\text{Bevölkerungszahl}}$$

Die durchschnittliche KH lag im Jahr 2001 in NRW bei 207,7 Fällen pro 100.000 Einwohner. Bis zum Jahr 2010 war sie auf 234,7 Fälle pro 100.000 Einwohner gestiegen, dies entspricht einer Steigerung von 13 %.

Grundsätzlich ist eine Zunahme von rund 8 Prozent bei den Krankenhaus-Fallzahlen, also den stationär behandelten Patientinnen und Patienten von 2001 bis 2010 in NRW zu verzeichnen. Nach einem leichten Anstieg im Jahr 2002 folgte zunächst eine Phase eines Rückgangs der Fallzahlen bis 2005. Seitdem stiegen die Fallzahlen wieder kontinuierlich an. Die KH erhöhte sich im Jahr 2001 parallel zur Fallzahl, stagnierte dann bis 2006 und stieg seitdem kontinuierlich weiter an. Die VD sank im gleichen Zeitraum - seit 2002 nahezu stetig. Die Anzahl der Pfl egetage war von 2001 bis 2006 deutlich gesunken. Seit 2006 verlangsamte sich die Verringerung der Pfl egetage.

Die überwiegende Zahl der Fachgebiete zeigte jeweils einen Anstieg. Am stärksten erwies er sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer Erhöhung der Fallzahl um etwa 76 %. In der Psychiatrie und Psychosomatik lag die Fallzahlerhöhung bei etwa 27 %. Eine hohe Zunahme der stationären Fallzahlen war ebenso in den Fachgebieten der Neurologie (+71%) und der Geriatrie (+56%) zu verzeichnen. Eine Abnahme der stationären Fallzahlen wurde beispielsweise in der Gynäkologie und Geburtshilfe (- 18%), für den HNO-Bereich (- 15%) und in der Strahlentherapie (- 25%) beobachtet.

3.4. Verweildauer (VD)

Mit VD wird die Anzahl der Tage bezeichnet, die eine Patientin, eine Patientin oder ein Patient durchschnittlich pro Einweisung im Krankenhaus verbringt. Die VD bezieht sich demnach auf die Zeit, die ein Krankenhausaufenthalt im jeweiligen Fachbereich der stationären Versorgung durchschnittlich dauert.

Für den Indikator VD werden neben der Anzahl der Patientinnen und Patienten auch die Berechnungstage benötigt. Die Zahl der Berechnung entspricht der Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtsjahres um 24:00 Uhr vollstationär untergebrachten Patientinnen und Patienten, also die Summe der "Mitternachtsbestände". Als Berechnung zählt der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Aufenthaltes ohne Verlegungs- oder Entlassungstag aus der stationären Einrichtung. Wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und entlassen, sog. Stundenfälle, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Die für die Fälle erbrachten Belegungstage sind der Parameter für das insgesamt erbrachte Leistungsvolumen in den Fachgebieten. Die VD errechnet sich wie folgt:

Pfl egetage
Anzahl der Patienten

Im Zeitraum 2001 bis 2010 reduzierte sich die durchschnittliche VD in NRW um 2 Tage von 10,1 auf 8,0 Tage. Das entspricht einem Rückgang um rund 20%.

Die Anzahl der Berechnungs- und Belegungstage ging ebenfalls zurück. Hierfür zeigte sich allerdings seit 2006 eine Stagnation und damit ein von der kontinuierlich rückläufigen Kurve der VD unterschiedlicher Verlauf.

Hinweis:

Den Ausführungen unter 3.2 bis 3.4 liegen auch Erhebungen des Landeszentrums Gesundheit (LZG) zugrunde.

3.5. Bettennutzung (BN)

Die BN ist eine normative Vorgabe. Sie drückt aus, zu wie viel Prozent des Jahres ein Krankenhausbett bestimmungsgemäß genutzt werden soll bzw. an wie viel Tagen des Jahres ein Krankenhausbett zur Erreichung der Normnutzung belegt sein muss.

Für die Berechnung der BN wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt. Die maximale Bettenkapazität ergibt sich aus dem Produkt der aufgestellten Betten und der Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr. Die tatsächliche Bettenbelegung entspricht der Summe der Berechnungstage – jede/r Patient/in, die/der vollstationär aufgenommen wurde, belegt pro Tag in der stationären Einrichtung ein Bett.

Für die Planung der gesamten Bettenanzahl in NRW und der Bettenzahl pro Versorgungsregion ist es notwendig, eine Normauslastung für die einzelnen Fachgebiete festzulegen, um Versorgungssicherheit bei schwankenden Bedarfen zu gewährleisten.

Um dem Anspruch einer medizinisch leistungsfähigen und zugleich wirtschaftlichen stationären Akutversorgung zu genügen, wird eine Bettenkapazität angestrebt, die eine effiziente Auslastung ermöglicht und zugleich die notwendige Versorgungssicherheit gewährleistet. In der Regel wird dabei von einem Normauslastungsgrad in Höhe von 85% im Jahresdurchschnitt ausgegangen, eine Größenordnung, die bundesweit zugrunde gelegt wird.

Besonderheiten in den einzelnen Fachrichtungen werden zusätzlich durch einen höheren oder niedrigeren Bettennutzungsrichtwert berücksichtigt. Bestimmte Fachabteilungen mit einer vergleichsweise kurzen durchschnittlichen VD je Behandlungsfall und einem hohen Anteil planbarer Leistungen können aufgrund der deutlich verringerten Wochenendbelegung einen hohen Auslastungsgrad nur schwer erreichen, daher werden differenzierte normative Bettennutzungen vorgegeben.

Zur Bedarfsermittlung werden Normauslastungsgrade festgelegt. Das folgende verweildauerabhängige Normauslastungsmodell aus dem Plan 2001 wird zur Berücksichtigung der organisatorischen Effekte bei Abteilungen mit sehr kurzer Liegezeit weiterhin den fachgebietsbezogenen Kapazitätsberechnungen in NRW zu Grunde gelegt:

- Kinder- und Jugendmedizin 75 %
- Disziplinen mit weniger als 5 Tagen VD 77,5 %
- Zwischen 5 und weniger als 7 Tagen VD 80 %
- Zwischen 7 und weniger als 9 Tagen VD 82,5 %
- Zwischen 9 und weniger als 11 Tagen VD 85 %
- Ab 11 Tagen VD 87,5 %

Folgende Gebiete werden nicht verweildauerabhängig festgelegt:

- Vollstationäre Angebote Psychiatrie und Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie 90 %
- Teilstationäre Angebote Psychiatrie und Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie 95 %

Auf der Basis der VD-Planungseckwerte ergeben sich für die Gebiete folgende Bettenutzungsvorgaben:

Gebiet	BN
Augenheilkunde	77,5
Chirurgie	82,5
Frauenheilkunde	77,5
HNO-Heilkunde	77,5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	80
Innere Medizin	80
Geriatrie	87,5
Kinder- und Jugendmedizin	75
Kinder- und Jugendpsychiatrie	90
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	77,5
Neurochirurgie	85
Neurologie	82,5
Nuklearmedizin	77,5
Psychiatrie und Psychosomatik	90
Strahlenheilkunde	82,5
Urologie	80

Bei steigenden Fallzahlen im Zeitraum von 2001 bis 2010 in Verbindung mit einer Verringerung der Bettenkapazität und einer Abnahme der VD im Krankenhaus ist eine leicht gesunkene Auslastung der Kapazitäten (BN) zu beobachten

3.6 Regionalisierung

Wie im bisherigen Krankenhausplan ist mit den Beteiligten im Landesausschuss vereinbart, dass die landesweit festgelegten Bettenzahlen je Gebiet entsprechend der Verteilung der Pflegetagevolumina auf die Regierungsbezirke aufgeteilt werden. Des Weiteren wird auch auf die Ausführungen in Kapitel 2.2.3 hingewiesen.

3.6.1 Versorgungsgebiete

Die Krankenhausplanung in NRW vollzieht sich in 16 Versorgungsgebiete. Die Aufteilung der Versorgungsgebiete kann dem Anhang D 12 a und b entnommen werden.

3.7 Umsetzung durch Feststellungsbescheide

Der vorliegende Rahmenplan regelt nicht die Struktur einzelner Krankenhäuser. Die Umsetzung der qualitativen und quantitativen Vorgaben ist im § 14 KHGG NRW (regionale Planungskonzepte) geregelt. Die Ergebnisse werden durch Feststellungsbescheide für die einzelnen betroffenen Krankenhäuser gemäß § 16 KHGG NRW umgesetzt.

4. Bedarf

4.1 Entwicklung der Nachfrage

Der demografische Wandel in NRW führt zu einer deutlichen Zunahme der Bevölkerung in den höheren Altersgruppen. Da Inzidenz und Prävalenz vieler Erkrankungen mit dem Lebensalter ansteigen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass zunehmend mehr Personen stationär behandelt werden müssen.

In einigen Fachabteilungen sind Fallzahl- und Verweildauerentwicklung in besonderem Maße von der Altersstruktur abhängig. Das Behandlungsangebot der Krankenhäuser wird sich auf die steigende Zahl an älteren Patientinnen und Patienten einrichten. Hinzu kommt, dass aufgrund der nachlassenden eigenständigen Mobilität alter kranker Menschen auch die Erreichbarkeit von Krankenhäusern und spezialisierten Behandlungszentren gewährleistet werden muss.

Aufgrund der demografischen Altersstrukturverschiebung ist auch mit einer Zunahme der Folgen von Stürzen sowie mit erhöhter Multimorbidität zu rechnen. Die Zunahme von Demenzerkrankungen wird zu berücksichtigen sein. Die Zahl der zu behandelnden Patientinnen und Patienten und damit auch die Krankenhaushäufigkeit werden in den darauf spezialisierten Fachabteilungen, Geriatrie, Innere Medizin und Chirurgie,

stark zunehmen. Die Innere Medizin ist bereits heute die Fachabteilung mit den meisten Krankenhausfällen. Zukünftig werden nach derzeitigen Schätzungen in dieser Fachabteilung ungefähr 40 % der gesamten jährlichen Krankenhausfälle behandelt. Für andere Fachabteilungen wird erwartet, dass z.B. aufgrund zunehmend besserer ambulanter Behandlungsmöglichkeiten ein Absinken der KH zu beobachten sein wird. Fallzahlrückgänge und geringe Fallzahlanstiege durch Verlagerungen in den ambulanten Sektor erfolgen insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten in der Augenheilkunde, bei Haut- und Geschlechtskrankheiten und in Teilbereichen der Frauenheilkunde.

4.2 Bedarfsprognosen

Der künftige Bedarf auch über den hier zugrunde liegenden Prognosehorizont 2015 hinausgehend zeigt, dass die stationäre Versorgung stark durch die Entwicklung der Neuerkrankungen und Anzahl der chronisch Erkrankten mit entsprechenden Folgeerkrankungen beeinflusst wird.

Die Ergebnisse der Morbiditätsprognose 2050 für Deutschland zeigen deutliche Anstiege für ausgewählte Erkrankungen. Nach dieser Prognose werden im Jahr 2030 in Deutschland 22% mehr Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus leben als im Jahr 2007. Dies bedeutet einen Anstieg von heute 4,1 – 6,4 Millionen auf 4,9 – 7,8 Millionen (2030) Betroffene. Folgeerkrankungen des Diabetes wie Augenkrankheiten oder eine Polyneuropathie, die bis zur Amputation von Gliedmaßen führen kann, werden entsprechend im stationären Bereich versorgt werden müssen. Die Morbiditätsprognose für Deutschland sagt in Bezug auf die Anzahl der Oberschenkelhalsfrakturen für 2050 eine absolute Fallzahl von ca. 221.000 (2030: 166.000) in Deutschland voraus. Diese zukünftige Fallzahl bedeutet einen Anstieg um 88% (2050) im Vergleich zu 2007. Bei den Krankheiten des Herzkreislaufsystems wird sowohl für die Anzahl der Schlaganfälle als auch die der Herzinfarkte eine deutliche Zunahme prognostiziert. Die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen in 2030 wird bei den Herzinfarkten auf ca. 440.000 (+42% im Vergleich zu 2007) und bei Schlaganfällen auf ca. 250.000 (+37%) geschätzt. Für die Morbidität aufgrund von bösartigen Krebserkrankungen insgesamt wird eine Zunahme der Inzidenz um 27% erwartet, so dass in Deutschland nach diesen Vorausberechnungen im Jahr 2030 ca. 580.000 und im Jahr 2050 ca. 590.000 Menschen neu an Krebs erkranken werden. Für die Demenzerkrankungen wird bis 2050 eine Verdoppelung der Zahl der Betroffenen erwartet (2,2 Mio.). Für das Jahr 2030 wird mit ca. 1,6 Millionen Betroffenen in Deutschland gerechnet.

a) Krankheitsspezifische Entwicklungen

Für NRW können anhand der Daten der Landes-Gesundheitsberichterstattung (GBE) Zeitreihen der letzten Jahre dargestellt werden, in denen sich eine langsame Zunah-

me der in der Morbiditätsprognose ausgewählten Erkrankungen seit 2000 abzeichnet.

Die Rate der Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (altersstandardisierte Rate), die auf die Diagnose Diabetes mellitus Typ II (nicht primär insulinpflichtiger Diabetes, ICD-10 E11) zurückzuführen sind, stieg von 105,5 im Jahr 2000 auf 127,9 in 2010.

Die Daten zu den Krankenhausfällen, die aufgrund eines akuten Herzinfarkts (ICD-10 I21) stationär behandelt werden mussten, zeigen im letzten Jahrzehnt ebenfalls eine steigende Tendenz. Die altersstandardisierte Rate lag im Jahr 2000 bei 156,1 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie im Jahr 2010 bei 174,9/100.000.

Auch für den Schlaganfall (ICD-10 I63 Hirninfarkt) wurde in der stationären Versorgung eine Zunahme der Fälle im Zeitraum von 2000 bis 2010 dokumentiert (altersstandardisierte Raten Krankenhausfälle; 2000: 114,0/100.000 Einwohner/innen; 2010: 156,8/100.000 Einwohner/-innen).

Die Daten des Epidemiologischen Krebsregisters NRW (EKR-NRW) weisen für den Zeitraum ab 2000 einen leicht ansteigenden Trend der Neuerkrankungen über alle Krebslokalisationen (ICD-10 C00-C97, ohne C44) aus. Für diese Entitäten liegen Daten aus dem Regierungsbezirk Münster bis 2009 vor. Im Jahr 2000 lag die altersstandardisierte Inzidenzrate bei 368,9/100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, im Jahr 2009 bei 408,9/100.000.

Für die verschiedenen Krebserkrankungen können die zeitlichen Entwicklungen unterschiedlich sein. Einzelne bösartige Krebserkrankungen können sich z.B. durch Veränderungen in der Ernährung, im Lebensstil, durch Maßnahmen zur Arbeitssicherheit oder auch Impfungen zukünftig rückläufig entwickeln. Die Raten anderer Tumorarten können dagegen insbesondere durch den demografischen Wandel weiter ansteigen, so dass insgesamt ein ansteigender Trend prognostiziert wird.

b) Prognosen für 2025

Prognosen ausgewählter Erkrankungen für das Jahr 2025 zeigen auch für NRW, dass mit einem Anstieg der Krankenhausfälle zu rechnen ist, wenn Inzidenz bzw. Prävalenz auf dem heutigen Niveau verbleiben.

Für den akuten Herzinfarkt (ICD-10 I21) wird für NRW bis 2025 eine Zunahme der Neuerkrankungen zwischen 40% bei Frauen und 60% bei Männern prognostiziert. Vor allem für die Gruppe der hochaltrigen Frauen wird ein deutlicher Anstieg der Infarktereignisse prognostiziert. Auch bei Männern zeigt sich der Einfluss des demografischen Wandels. Durch den erwarteten weiteren Anstieg der Lebenserwartung

wird eine höhere Anzahl von männlichen Herzinfarktpatienten 80 Jahre oder älter sein.

Ab dem Alter von 60 Jahren überstieg im Jahr 2004 bei Männern die jährliche Infarktanzahl die Grenze von 1.000 Ereignissen in der 5-Jahres-Altersgruppe. Bei Frauen wurden mehr als 500 jährliche Infarktereignisse in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre dokumentiert. Im Jahr 2025 werden für die Männer der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre über 1.500 Infarktereignisse pro Jahr erwartet, bei Frauen über 600. Insgesamt werden nach dieser Prognose im Jahr 2025 etwa 22.000 Frauen über 60 Jahre einen Infarkt erleiden und etwa 23.000 Männer.

Für ausgewählte Krebserkrankungen (Lokalisationen: Lunge/Bronchien ICD-10 C33-34, Darmkrebs (Kolon, Rektum) ICD -10 C18-C20, Pankreas ICD-10 C25, Magen ICD-10 C16, Brustkrebs ICD-10 C50, Eierstöcke ICD-10 C56, Prostata ICD-10 C61), werden für Frauen und Männer in NRW nachfolgend genannte Veränderungen in den Neuerkrankungszahlen für 2025 prognostiziert.

Bei Frauen wird für alle betrachteten Krebserkrankungen eine weitere Zunahme bis 2025 prognostiziert. Die meisten Krebserkrankungen bei Frauen werden durch Brustkrebs hervorgerufen. Etwa 13.000 Neuerkrankungen durch Brustkrebs (Mammakarzinom) werden für 2025 in NRW erwartet. Das entspricht einer Zunahme um 13% im Vergleich zu 2004. Neuerkrankungen aufgrund von Darmkrebs, Colon und Rectum, werden nach dieser Prognose um etwas mehr als 20% ansteigen. Insgesamt werden ca. 7500 neue Darmkrebserkrankungen bei Frauen in NRW für 2025 geschätzt.

Auch bei den Männern ist eine Zunahme der Krebsneuerkrankungen zu erwarten. Eine große Anzahl von Neuerkrankungen wird auf Prostatakrebs zurückzuführen sein. Etwa 16.000 Neuerkrankungen durch Prostatakrebs werden nach der Prognose in 2025 zu behandeln sein. Mit Neuerkrankungen, die auf Lungenkrebs zurückzuführen sind, muss in etwa 10.000 Fällen gerechnet werden. Bei den Männern werden etwa 8.000 Neuerkrankungen durch Darmkrebs (Colon, Rectum) im Jahr 2025 erwartet.

Die Anzahl dementieller Erkrankungen wird in NRW bis 2025 deutlich ansteigen. Besonders stark wird nach der derzeitigen Prognose der Anstieg in der Altersgruppe 85 Jahre oder älter sein. Im Jahr 2025 werden für NRW etwa 19.000 Neuerkrankungen bei Frauen im höheren Alter als 85 Jahre geschätzt. Damit ist in dieser Altersgruppe eine Verdopplung der Anzahl der betroffenen Frauen zu erwarten. Ab dem 60. Lebensjahr steigt die Neuerkrankungsrate kontinuierlich an. Im Jahr 2025 werden nach dieser Prognose insgesamt etwa 35.000 Frauen über 60 Jahre in NRW neu an einer Demenz erkranken. Davon werden ca. 75% über 80 Jahre alt sein.

Von den betroffenen Männern wird ein Anteil von knapp 70% älter als 80 Jahre sein. Insgesamt wird von einer Anzahl von ca. 23.000 betroffenen Männern über 60 Jahre in NRW ausgegangen. Etwa 10.000 Männer im Alter von 85 Jahren oder älter werden nach der Prognose im Jahr 2025 neu an einer Demenz erkranken.

Basierend auf der Bevölkerungsvorausberechnung des IT.NRW und unter der Annahme nicht deutlich veränderter Inzidenzraten der betrachteten Erkrankungen wird 2025 ein großer Anteil hochaltriger Patientinnen und Patienten nach einer Neuerkrankung in den Krankenhäusern in NRW zu versorgen sein. Die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten wird oft fachgebietsübergreifend organisiert werden müssen, da in dieser Altersgruppe mit Multimorbidität gerechnet werden muss, also ein komplexes Erkrankungsgeschehen bei jeder einzelnen Patientin und jedem einzelnen Patienten berücksichtigt werden muss. Insbesondere der Teil der Betroffenen, die neben anderen Erkrankungen auch an einer Demenz leiden, benötigen mehr Aufmerksamkeit, Monitoring und Hilfen in einer Behandlungssituation im Krankenhaus. Auf einen wachsenden Anteil dieser Patientinnen und Patienten muss sich die stationäre Versorgung einstellen.

Hinweis:

Den Ausführungen unter 4.1 und 4.2 liegen Erhebungen des Landesentrums Gesundheit (LZG) zugrunde.

5. Medizinische Fachplanung

5.1 Auswirkungen der demografischen Entwicklung

Anzahl und Alterstruktur der Bevölkerung sind entscheidend für den Bettenbedarf. Nimmt die Bevölkerungszahl ab, verringert sich auch bei sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen der Bedarf für stationäre Behandlungskapazitäten. Diese Entwicklung kann dennoch entsprechende Trends verstärken, verringern, aufheben oder sogar umkehren.

Die Demografie ist eine häufig pauschal benutzte Legitimationsformel für zunehmende Leistungen und Kosten im Gesundheitswesen geworden. Wie auch der Landesgesundheitsbericht 2011, http://www.lzg.gc.nrw.de/Landesgesundheitsbericht_NRW-2011.pdf, http://www.lzg.gc.nrw.de/-mediapdf/gesundheitsberichtedaten/landesgesundheitsberichte/-Landesgesundheitsbericht_NRW-2011 zeigt, ist jedoch in vielen Bereichen des Morbiditätsgeschehens mit der Verlängerung der Lebenserwartung eine Verlagerung des Auftretens von Krankheiten in ein höheres Lebensalter verbunden, ohne dass sich der Anteil der Lebenszeit mit schwer wiegenden Krankheitsbelastung nennenswert verlängert.

Die nachhaltige Veränderung der Alterstruktur stellt zweifelsohne besondere Herausforderung an die gesamte Gesellschaft und speziell an die Sozialsysteme. Eine Zuspitzung der Probleme auf ihre demografische Dimension ist aber unangemessen - nicht zuletzt, weil sie allein mit bevölkerungspolitischen Maßnahmen auch nicht zu lösen sind.

Nach den aktuellen Zahlen hat die Lebenserwartung auch in den letzten Jahren wieder zugenommen. Ein neugeborenes Mädchen kann inzwischen eine mittlere Lebensdauer von 82, ein Junge von 77 Jahren erwarten. Der Abstand zwischen den beiden Geschlechtern ist dabei nochmals geringer geworden, beträgt aber immer noch mehr als fünf Jahre. Zugenommen hat auch die Zahl der gesunden Lebensjahre gemessen an der durchschnittlichen Lebenszeit, die eine Person frei von Behinderungen höheren Grades (über 50%) verbringen kann.

Aktuelle Prognosen gehen davon aus, dass in der Summe aller Diagnosen mit einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen in den Krankenhäuser NRWs zu rechnen ist. Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass neben demografischen Effekten weitere Einflussfaktoren bestehen. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems und den bösartigen Neubildungen sind zukünftig hohe Zuwachsraten zu erwarten.

Als Folge eines wachsenden Anteils der Bevölkerung im höheren und hohen Lebensalter wird u. a. ein Anstieg der Neuerkrankungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems, der Demenzen und der onkologischen Diagnosen erwartet. Auch die Rate derjenigen, die mit einer chronischen Erkrankung wie z.B. Diabetes mellitus und entsprechenden Folgeerscheinungen leben, steigt im höheren Lebensalter an. Daher ist mit einem höheren Patientenaufkommen in der Inneren Medizin zu rechnen. Auch für die Chirurgie (und Orthopädie) sind aufgrund dieser demografisch bedingten Entwicklungen mehr Patientinnen und Patienten zu erwarten, z.B. durch Krankheiten wie Arthrose und Osteoporose. Die Neurologie, Psychiatrie und die Geriatrie werden u.a. aufgrund eines erwarteten Anstiegs der Demenzerkrankungen einen im Vergleich zu heute größeren Anteil von Patientinnen und Patienten zu versorgen haben.

Weniger invasive Operationsmethoden tragen in den jüngeren und mittleren Altersgruppen (<65 Jahre) möglicherweise zu einer weiteren Reduktion der VD bei. Doch der prognostizierte Anstieg der Patientinnen und Patienten im Alter von über 75 Jahren, die von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffen sind oder eine Demenz entwickelt haben, haben einen höheren Pflegebedarf. Sie sind nicht so schnell wieder zu mobilisieren, um sie nach Hause, in eine Rehabilitationsmaßnahme oder in ein Heim zu entlassen. Dies wird auch die VD beeinflussen und die Geriatrie wird zusätzlich an Bedeutung gewinnen.

Der demografische Wandel in NRW wird auch durch die niedrige Anzahl von Geburten beeinflusst. Im Jahr 2009 hatte die Zahl der Neugeborenen in NRW einen Tiefstand erreicht (n=145.000). 2010 lag die Geburtenzahl um 1,6% höher als 2009 (n=147.333). Die Bevölkerungsvorausberechnung prognostiziert für 2015 eine Ge-

burtenzahl von ca. 147.900 und für 2020 ca. 150.400 Geburten. Danach würden 2020 etwa 2% mehr Kinder geboren als in 2010. Dieses etwa gleichbleibende Niveau für ganz NRW unterscheidet sich jedoch regional. Im Jahr 2010 wurde in 38 Kreisen und kreisfreien Städten ein Anstieg der Geburten verzeichnet, in 15 ein Absinken. Gleichzeitig steigen u.a. das Alter der erstgebärenden Mütter sowie die Anzahl von Mehrlingsgeburten an. Um diesen Trends in der Geburtshilfe und Neonatologie auf hohem medizinischen Niveau gerecht zu werden, könnte die weitere Spezialisierung in ausgewiesenen Zentren voranschreiten, die gegen den Wunsch der Patientinnen und Patienten nach einer möglichst wohnortnahen Versorgung abgewogen werden muss. Auch auf die Größe der kinder- und jugendmedizinischen Abteilungen wird sich die kontinuierlich niedrige Geburtenzahl auswirken.

Diese und weitere Aspekte, die u. U. nur für ein oder wenige Gebiete relevant sind, müssen bei der Festlegung künftiger Bettenzahlen berücksichtigt werden. Die Relevanz der einzelnen Faktoren ist je nach Gebiet unterschiedlich und nicht frei von subjektiven Einschätzungen. Berechnung, Expertenmeinung und sonstige Aspekte erfahren jedoch stets unterschiedliche Gewichtungen. Deshalb wird auf eine ausführliche Darstellung bei den einzelnen Gebieten verzichtet und lediglich allgemein auf den Bewertungsprozess hingewiesen.

5.2 Gebiete nach der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte

Bei der Definition der Gebiete orientiert sich grundsätzlich an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2003 in der Fassung vom 25.06.2010 zugrunde. Wie zu Planungsgrundlagen und Bedarfen dargestellt, wird sich der demografische Wandel unterschiedlich auf die medizinischen Gebiete nach den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte auswirken.

5.2.1 Augenheilkunde

5.2.1.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Augenheilkunde 1.066 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 63 Abteilungen. In jedem Versorgungsgebiet war mindestens eine Abteilung vorhanden.

5.2.1.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 31 % auf 730 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 782 als realistisch angesehen.

5.2.1.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten stattgefunden hat und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gesteigener Fallzahlen auch bei der bedarfsgerecht reduzierten Bettenzahl sichergestellt werden.

Die Prognosen bis 2025 gehen davon aus, dass die Fallzahlen in den Krankenhäusern in NRW zwischen 2008 und 2025 bei den Krankheiten des Auges und der Augenangehörgebilde (H00 - H 59) um rd. 17 % steigen werden. Die weiteren Entwicklungen werden daher zu beobachten sein.

5.2.2 Chirurgie

5.2.2.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Chirurgie, eingerechnet sind die Kapazitäten für den bisher eigenständig geplanten Bereich der Orthopädie, 32.845 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 353 Abteilungen. In jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt war mindestens eine Abteilung vorhanden. Die Prognosen bis 2025 gehen davon aus, dass die Fallzahlen in den Krankenhäusern in NRW ansteigen werden. Bis 2025 sind bei den Neubildungen, (C00-D48) Steigerungsraten von rd. 11 %, den Krankheiten des Verdauungssystems (K00 - K93) von rd. 8,6 % und den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-U99) rd. 11 % zu erwarten. Derzeit liegen keine Hinweise dafür vor, dass sich der Anteil der Patientinnen und Patienten, die davon unter eine operative Indikation fallen, disproportional verändern wird.

5.2.2.2 Bedarfsprognose

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 31% auf 29.027 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung aller sach-erheblichen Hinweise wird ein Bettenbedarf von 27.622 als realistisch angesehen.

5.2.2.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten stattgefunden hat und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gesteigener Fallzahlen auch bei der bedarfsgerecht reduzierten Bettenzahl sichergestellt werden.

5.2.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

5.2.3.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe insgesamt 9.255 Betten zur Verfügung. Davon fielen 5.587 Betten auf das Fachgebiet Frauenheilkunde und 3.668 Betten auf die Disziplin Geburtshilfe. Die Bettenkontingente verteilen sich in der Frauenheilkunde auf 194 Abteilungen, in der Geburtshilfe auf 185 Abteilungen. In jedem Kreis, in jeder kreisfreien Stadt war mindestens eine Abteilung jeder Disziplin vorhanden. Die Prognosen bis 2025 gehen davon aus, dass die Fallzahlen in den Krankenhäusern in NRW bei den Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 - N99) um rd. 9 % steigen und bei Schwangerschaften, Geburten und Wochenbett (O00 - O 99) um rd. 4 % sinken werden. Die weiteren Entwicklungen werden zu beobachten sein.

5.2.3.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf insgesamt um 19 % auf 7.515 Betten. Der Bedarf in der Frauenheilkunde sinkt um 21 % auf 4.406 Betten, in der Geburtshilfe um 15,3 % auf 3.109 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 6.212 als realistisch angesehen.

5.2.3.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten stattgefunden hat und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gestiegener Fallzahlen auch bei der bedarfsgerecht reduzierten Bettenzahl sichergestellt werden. Qualitätsanforderungen für die Geburtshilfe sind im Weiteren detailliert unter 5.3.2.2 beschrieben.

5.2.4 Haut- und Geschlechtskrankheiten

5.2.4.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung von Haut- und Geschlechtskrankheiten 1.097 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 23 Abteilungen. Mit Ausnahme der Versorgungsgebiete 11 und 15 war in jedem Versorgungsgebiet mindestens eine Abteilung vorhanden.

5.2.4.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 10,7 % auf 980 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 942 als realistisch angesehen.

5.2.4.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gestiegener Fallzahlen auch bei reduzierter Bettenzahl sichergestellt werden.

5.2.5 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

5.2.5.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 2.750 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 163 Abteilungen. In jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt war mindestens eine Abteilung vorhanden.

5.2.5.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 11,9 % auf 2.423 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 1.889 als realistisch angesehen.

5.2.5.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gestiegener Fallzahlen auch bei reduzierter Bettenzahl sichergestellt werden.

5.2.6 Innere Medizin

5.2.6.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Inneren Medizin 38.295 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 303 Abteilungen. In jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt waren mehrere Abteilungen vorhanden. Die Prognosen bis 2025 gehen davon aus, dass die Fallzahlen in den Krankenhäusern in NRW seit 2008 bei den Krankheiten des Kreislaufsystems (100-199) um rd. 18 %,

den Neubildungen (C00 - D 48) um rd. 11 %, den Krankheiten der Atmungsorgane (J00 - J99) um rd. 10 %, den endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 - E90) um rd. 16 %, anders nicht klassifizierten Symptomen (R00 -R99) um rd. 17 %, infektiösen und parasitäre Krankheiten (A00 - B99) um rd. 15 % und Krankheiten des Blutes (R50 - D90) um rd. 18 % ansteigen werden. Die Entwicklung ist weiter zu beobachten.

5.2.6.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 5,6 % auf 36.161 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 36.452 als realistisch angesehen.

5.2.6.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten stattgefunden hat und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gestiegener Fallzahlen auch bei der bedarfsgerecht reduzierten Bettenzahl sichergestellt werden.

5.2.7 Kinder- und Jugendmedizin

5.2.7.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin 4.643 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 73 Abteilungen. In nahezu jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt war eine Abteilung vorhanden.

5.2.7.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 7,5 % auf 4.296 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 4.053 als realistisch angesehen.

5.2.7.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten stattgefunden hat und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gestiegener Fallzahlen auch bei der bedarfsgerecht reduzierten Bettenzahl sichergestellt werden.

5.2.8 Kinder- und Jugendpsychiatrie

5.2.8.1 Angebot 2010

Im Krankenhausplan sind 12 Fachkrankenhäuser, 11 Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und 9 solitäre Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit insgesamt 1.818 Betten / Plätzen ausgewiesen.

5.2.8.2 Bedarfsprognose 2015

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in den vergangenen Jahren auf Grund vielfältiger Ursachen die Nachfrage nach teil- und vollstationären Behandlungsangeboten deutlich gestiegen. Die hohe Nachfrage hat zu teilweise sehr langen Wartezeiten auf eine teil- oder vollstationäre Behandlung geführt. 2008 hat das Land ein Sofortprogramm zur bedarfsgerechten Erweiterung der tagesklinischen und vollstationären Versorgungskapazitäten eingeleitet. Weiterhin ist regional unterschiedlich eine starke Inanspruchnahme und Auslastung dieser Versorgungsangebote zu verzeichnen. Zur Verhinderung von regionalen Versorgungsengpässen, aber auch zur Verbesserung einer wohnortnahen Versorgung ist deshalb eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Zahl tagesklinischer Plätze und vollstationärer Betten geboten.

Der Bedarf an voll- und teilstationären Behandlungsangeboten wird von unterschiedlichen Faktoren bestimmt. Neben der Zahl klinisch behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sind insbesondere folgende Parameter zu nennen:

- Entwicklung von Morbidität und Demographie,
- Art, Differenziertheit, Umfang und Transparenz der Hilfen einschließlich der ambulanten und komplementären Angebote zur Krisenintervention,
- Vernetzung der Hilfesysteme wie z.B. der Gesundheits- und Jugendhilfe
- gesellschaftlicher Wandel mit stärkerer Sensibilisierung der Bevölkerung für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie
- zunehmende Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Diagnostik- und Behandlungsangeboten.

Die quantitative Bedarfsberechnung soll künftig auf der Grundlage der Hill-Burton-Formel erfolgen, da zwischenzeitlich eine ausreichende Datenbasis vorliegt, die entsprechende Rahmenvorgaben unter Zugrundelegung von Angaben zur Entwicklung von Krankenhaushäufigkeit, VD, zu versorgender Bevölkerungszahl und Auslastungsgrad der Planbetten und Behandlungsplätze erlaubt.

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung steigt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf auf 1.130 und teilstationär auf 668 Behandlungsplätze. Nach Anhörung der Fachgesell-

schaften und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 1.224 und ein Behandlungsplatzbedarf von 764 als realistisch angesehen.

5.2.8.3. Versorgungsziel

Ziel der Planung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Bereitstellung eines an den jeweiligen Bedürfnissen der psychisch und psychosomatisch kranken Kinder und Jugendlichen ausgerichteten Versorgungsangebotes. Es muss den örtlichen bzw. regionalen Bedarf abdecken, wohnortnah, vernetzt und differenziert sein. – Nach den entsprechenden Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention ist es barrierefrei zugänglich zu gestalten. Die Hilfen sollen den betroffenen Kindern und Jugendlichen im Sinne der Inklusion eine uneingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen.

Neben einer durchgängig geschlechtsspezifischen sowie gendgerechten Ausgestaltung der Versorgungsangebote ist insbesondere im Hinblick auf die große Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund auch den kulturspezifischen Anforderungen Rechnung zu tragen.

Eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung ist nicht allein durch die Anpassung der klinisch-stationären oder tagesklinischen Kapazitäten zu erreichen. Sie erfordert auch eine sektoren- sowie hilfesystem- und institutionenübergreifende Kooperation und Vernetzung mit dem ambulanten Bereich.

Hierbei sind folgende allgemeine Grundsätze zu beachten:

- Wohnortnahe Versorgung

Planungsebene für eine wohnortnahe Versorgung sind zwar grundsätzlich die Kreise und kreisfreien Städte. Eine Versorgungsregion sollte unter Berücksichtigung des Anteils der betroffenen Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung als grober Orientierungswert ca. 500.000 - 600.000 Einwohnerinnen und Einwohner umfassen. Abweichungen von dieser Planungsgröße sind im Einzelfall aus demographischen und geographischen Gesichtspunkten und zur ausreichenden Berücksichtigung gewachsener Strukturen möglich. Anzustreben ist eine möglichst weitgehende Integration des klinischen Versorgungsangebots in das örtliche bzw. regionale gesundheitliche und soziale Hilfesystem. Auf Grund der Größe der Versorgungsregionen bedarf es hierzu neben den Angeboten zur vollstationären klinischen Versorgung einer ausreichenden Zahl von mit dem übrigen Hilfesystem gut vernetzten Tageskliniken.

- Qualifizierte Entzugsbehandlung suchtkranker Kinder und Jugendlicher

Die Behandlung suchtkranker Kinder und Jugendlicher ist durch ein bedarfsgerechtes Angebot für die qualifizierte Entzugsbehandlung im Rahmen der kinder- und ju-

gendpsychiatrischen Versorgungskapazitäten zu erbringen. Hierbei sind auch Angebote zur teilstationären qualifizierten Entzugsbehandlung verstärkt zu berücksichtigen.

- Regional- und Pflichtversorgung

Alle nach § 108 SGB V zugelassenen Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausversorgung unterliegen in Verbindung mit § 16 KHGG NRW der Verpflichtung zur Aufnahme aller Patientinnen und Patienten aus dem Einzugsgebiet, die nach § 10 PsychKG sowie nach § 1631 b BGB zwangsweise untergebracht werden (Pflichtversorgung).

Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinikum nehmen vorrangig die psychisch bzw. psychosomatisch krankenhausbearbeitungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen aus der Pflichtversorgungsregion (Regionalversorgung) auf. Aufnahmeersuchen von Patientinnen und Patienten außerhalb der Pflichtversorgungsregion werden nur nachrangig berücksichtigt. Das Recht auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

- Sektorenübergreifende Vernetzung / Kooperation mit vor- und nachsorgenden Leistungsanbietern

Die zunehmende Bedeutung behandlungsbedürftiger psychischer und psychosomatischer Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter erfordert eine sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung der Hilfen im Sinne eines Hilfeverbundes. Dabei kommt der interdisziplinären bzw. berufsgruppenübergreifenden Ausrichtung der Hilfen eine besondere Bedeutung zu. Das voll- bzw. teilstationäre Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist als Teil des gesundheitlichen, sozialen und rehabilitativen Hilfesystems so zu gestalten, dass flexible und nahtlose Überleitungen in geeignete andere Behandlungs- und Betreuungsangebote möglich sind. Dies erfordert wegen der vielfältigen Schnittstellen in der Beratung und Betreuung der betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen und ihrer Familien insbesondere eine enge Verzahnung der voll- und teilstationären Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Komplementär müssen Angebote der Pädiatrie sein sowie der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, der Einrichtungen der Erziehungs- und Familienberatung sowie der Kinder- und Jugendhilfe. Der ausreichenden Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungsangebote ist durch trägerübergreifende Kooperationen sowie eine enge Konsiliar- und Liaisonstätigkeit Rechnung zu tragen. Die kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Institutsambulanzen sind wesentlicher Bestandteil des sektorenübergreifenden Versorgungsnetzes.

5.2.9 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

5.2.9.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 683 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 28 Abteilungen. In jedem Versorgungsgebiet war mindestens eine Abteilung vorhanden.

5.2.9.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 9 % auf 619 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 492 als realistisch angesehen.

5.2.9.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten stattgefunden hat und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gesteigener Fallzahlen auch bei der bedarfsgerecht reduzierten Bettenzahl sichergestellt werden.

5.2.10 Neurochirurgie

5.2.10.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Neurochirurgie 1.427 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 24 Abteilungen. In nahezu jedem Versorgungsgebiet mit Ausnahme der Versorgungsgebiete 11 und 15 war mindestens eine Abteilung vorhanden.

5.2.10.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung bleibt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf nahezu unverändert bei 1.419 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 1.413 als realistisch angesehen.

5.2.10.3 Versorgungsziel

Die stationäre Versorgung wird mit dem vorhandenen Angebot weiterhin sichergestellt.

Das zunehmende Bestreben von Krankenhäusern, Eingriffe an der Wirbelsäule durchzuführen, bedarf eines besonderen Augenmerks.

5.2.11 Neurologie

5.2.11.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Neurologie 4.523 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 79 Abteilungen. In jedem Versorgungsgebiet waren mindestens zwei Abteilungen vorhanden.

5.2.11.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf leicht um 1,8 % auf 4.442 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 5.058 als realistisch angesehen.

5.2.11.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung bei leicht gesteigerter Fallzahlen nur mit einer leicht erhöhten Bettenzahl sichergestellt werden.

5.2.12 Nuklearmedizin

5.2.12.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Nuklearmedizin 236 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 26 Abteilungen. Mit Ausnahme des Versorgungsgebietes 15 war in jedem Versorgungsgebiet mindestens eine Abteilung vorhanden.

5.2.12.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung steigt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf leicht um 0,9 % auf 238 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 145 als realistisch angesehen.

5.2.12.3 Versorgungsziel

Die stationäre Versorgung ist mit dem rechnerischen Angebot weiterhin sichergestellt, da sich das Versorgungsgeschehen in diesem Gebiet durch Veränderung der Versorgungskonzeption durchgreifend gewandelt hat.

5.2.13 Psychiatrie und Psychosomatik

Die klinische Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen muss sowohl strukturell als auch qualitativ und quantitativ bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Dies ist angesichts der bereits derzeit angespannten Situation in einzelnen Versorgungsbereichen und der in den kommenden Jahren nicht zuletzt auf Grund der demografischen Entwicklung voraussichtlich weiter steigenden Zahl psychisch und psychosomatisch Kranker erforderlich. Hierbei sind die spezifischen Bedürfnisse der betroffenen Menschen in besonderer Weise zu berücksichtigen. Dazu gehört vor allem auch die Vermeidung von Fehlzweisungen und von Brüchen in der Versorgung.

Die Qualitätsanforderungen müssen dem Grundsatz folgen, dass sich die Versorgung stets an den verbindlichen wissenschaftlichen Standards einer evidenzbasierten Diagnostik und Therapie ausrichten hat. Die Versorgungsleistungen sollen im Rahmen eines sektorenübergreifenden Hilfenetzwerks barrierefrei zugänglich sein und möglichst wohnortnah erbracht werden.

An den bewährten Prinzipien der Gemeindenähe der Angebote und der Versorgungsverpflichtung der Anbieter wird festgehalten.

5.2.13.1. Angebot 2010

Im Krankenhausplan sind 42 Fachkrankenhäuser, 44 Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und 9 solitäre Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit insgesamt 15.289 Betten / Plätzen ausgewiesen. Daneben sind 767 Betten / Plätze für Psychosomatische Medizin ausgewiesen. Hiervon befinden sich 377 Planbetten und Behandlungsplätze in 14 der zuvor erwähnten Krankenhäuser, 240 in 2 psychosomatischen Fachkrankenhäusern und 150 in 3 Allgemeinkrankenhäusern ohne psychiatrische Fachabteilung.

Die ausgewiesenen Kapazitäten für psychosomatische Medizin bilden jedoch den tatsächlichen Umfang des psychosomatischen Leistungsangebots nicht vollständig ab. Es ist davon auszugehen, dass in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinika psychosomatisch ausgerichtete Versorgungsangebote bestehen, die bislang nicht gesondert ausgewiesen wurden.

5.2.13.2. Stellenwert der Psychosomatischen Medizin

Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (**Psychosomatik**) hat sich im Zusammenhang mit der zunehmenden Bedeutung psychosomatischer Störungsbilder im allgemeinen Krankheitsspektrum insbesondere in den siebziger Jahren entwickelt.

Anstoß für diese Entwicklung war die zu Recht als unzureichend erachtete Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen psychischen und körperlichen Krankheiten in den somatischen und psychiatrischen Behandlungskonzepten sowie der zu geringe Stellenwert und die mangelnde Anwendung der Psychotherapie. Nicht zuletzt auf Grund der Fortschritte in der medizinischen Forschung haben psychosomatisch ausgerichtete Behandlungsansätze zwischenzeitlich Eingang in die psychiatrische Versorgung gefunden und sind fester Bestandteil der evidenzbasierten störungsspezifischen Behandlungsleitlinien (z.B. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-005.html>, S3-Leitlinie/Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html>, S 3 -Leitlinie/Behandlungsleitlinie Schizophrenie, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>)

Diese durch die Psychosomatik angestoßene Entwicklung hat maßgeblich zu einer Verbesserung der ganzheitlichen Behandlung von psychisch kranken Menschen insbesondere an der Schnittstelle von Psychiatrie und Somatik beigetragen. Inzwischen behandeln Psychiatrie und Psychosomatik in weiten Teilen ähnliche Krankheitsbilder und wenden auch ähnliche Behandlungsverfahren an.

5.2.13.3. Integratives Versorgungskonzept für Psychiatrie und Psychosomatik

Im Hinblick auf die enge Verbindung beider Bereiche zu den somatischen Fachdisziplinen und die Überschneidungen bei den zu behandelnden Krankheiten erweist sich eine gemeinsame Planung und Vorhaltung von Versorgungskapazitäten für Psychiatrie und Psychosomatik als sachgerecht. Nur so kann nach fachlicher Einschätzung eine bedarfsgerechte und an den Bedürfnissen der betroffenen Kranken ausgerichtete qualitativ hochwertige Versorgung angeboten werden. Hierbei ist dem jeweiligen Bedarf in den einzelnen Fachdisziplinen innerhalb der Planung der Gesamtkapazitäten Rechnung zu tragen.

Der Versorgungsauftrag ist so zu gestalten, dass er sowohl den quantitativen als auch den qualitativen Anforderungen an eine differenzierte psychiatrische und psychosomatische Versorgung gerecht wird. Auf Grund der Komplexität psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder ist ein ganzheitlicher integrativer Behandlungsansatz notwendig, der von einem engen Zusammenwirken beider Fachdisziplinen getragen wird. Die Einbindung beider Fachdisziplinen in ein gemeinsam verantwortetes Versorgungsangebot dient nicht zuletzt der Sicherung und Verbesserung der Qualität der Versorgung von psychisch und psychosomatisch Kranken. Dieser ganz-

heitliche Ansatz erfordert zudem eine enge Zusammenarbeit mit den somatischen Fachbereichen. Hierdurch kann nicht nur eine Chronifizierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankheiten wirksam verhindert, sondern insbesondere auch einer Stigmatisierung und Ausgrenzung der betroffenen Kranken gezielt entgegen gewirkt werden.

Für die gemeinsame Planung ergeben sich die nachfolgenden allgemeinen strukturellen und fachlich-inhaltlichen Zielsetzungen.

Die bedarfsgerechten Versorgungskapazitäten für Psychiatrie und Psychosomatik sind mittels gemeinsamer Planung auf regionaler Ebene unter besonderer Berücksichtigung des Prinzips „ambulant vor teilstationär vor vollstationär“ sowie der Anforderungen an die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) festzulegen.

Im Hinblick auf Stadium, Schweregrad und Komplexität psychischer und psychosomatischer Störungsbilder bedarf es einer krankheitsspezifisch differenzierten Diagnostik und Behandlung aus Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und anderen Therapieverfahren durch ein multiprofessionelles Team aus therapeutischen und pflegerischen Fachkräften. Konsiliar- und Liaisondienste sowie verbindliche Kooperationsvereinbarungen stellen die Verknüpfung zu den somatischen Fachbereichen der jeweiligen Versorgungsregion auch sektorenübergreifend sicher.

Zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität in Vor- und Nachsorge bei schwer psychisch oder psychosomatisch Kranken mit komplexem Hilfebedarf sind geeignete Kooperationsstrukturen unabdingbar. Institutsambulanzen für Psychiatrie und Psychosomatik müssen mit den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ebenso zusammenwirken wie mit den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Die Versorgungsangebote für Psychiatrie und Psychosomatik sind so auszugestalten, dass ein angemessenes Weiterbildungsangebot nach den ärztlichen Weiterbildungsordnungen für beide Fachdisziplinen vorgehalten wird. Zu den personellen und fachlich-inhaltlichen Anforderungen gehören insbesondere jeweils eigenständige fachärztliche Leitungen.

Planungsebene für eine wohnortnahe psychiatrische und psychosomatische Versorgung sind grundsätzlich die Kreise und kreisfreien Städte. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob und inwieweit spezielle überregionale Angebote für besonders schwere und komplexe psychiatrische und psychosomatische Störungen erforderlich sind.

Die derzeit bestehenden Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind in das integrative Versorgungskonzept einzubeziehen und bedarfsgerecht fortzuentwickeln.

5.2.13.4. Bedarfsprognose 2015

Der konkrete regionale Bedarf an voll- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsangeboten hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Dazu zählen Morbidität psychischer bzw. psychosomatischer Krankheiten, demographische Entwicklung, Art, Differenziertheit, Umfang und Transparenz der ambulanten und komplementären Hilfen, Angebote zur Krisenintervention und nicht zuletzt der gesellschaftliche Wandel mit zunehmender Enttabuisierung und Endstigmatisierung der Diagnostik- und Behandlungsangebote.

Die quantitative Bedarfsberechnung wird künftig auf der Grundlage der Hill-Burton-Formel erfolgen. Zwischenzeitlich liegt eine ausreichende Datenbasis vor. Sie erlaubt die Entwicklung entsprechender quantitativer Rahmenvorgaben unter Zugrundelegung von Krankenhaushäufigkeiten, VD, zu versorgender Bevölkerungszahl und Auslastungsgrad der Planbetten und Behandlungsplätze.

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung steigt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf auf 13.700 und teilstationär auf 3.633 Behandlungsplätze. Nach Anhörung der Fachgesellschaften und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 14.438 und ein Behandlungsplatzbedarf von 3.906 als realistisch angesehen.

5.2.13.5. Versorgungsziel

Ziel der Planung im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik ist ein an den jeweiligen Bedürfnissen der betroffenen Menschen sowie dem örtlichen bzw. regionalen Bedarf ausgerichtetes wohnortnahes und vernetztes differenziertes Versorgungsangebot. Entsprechend der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention muss es barrierefrei zugänglich sein. Die Ausgestaltung der Hilfen soll den betroffenen Menschen im Sinne der Inklusion ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben in ihren gewohnten sozialen Bezügen erlauben.

Neben einer durchgängig geschlechtsspezifischen sowie gendergerechten Ausgestaltung der Versorgungsangebote ist insbesondere im Hinblick auf die große Zahl von Menschen mit Migrationsgeschichte auch den kulturspezifischen Anforderungen Rechnung zu tragen.

Darüber hinaus ist bei den weiteren Planungen von Versorgungskapazitäten die zu erwartende Zunahme von Menschen mit gerontopsychiatrischen Störungen ausrei-

chend zu berücksichtigen. Hierfür bedarf es einer sowohl strukturellen als auch fachlich-inhaltlichen Vernetzung mit den geriatrischen Versorgungsangeboten.

Eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung ist damit nicht allein durch die Anpassung der klinisch-stationären oder tagesklinischen Kapazitäten zu erreichen. Sie erfordert außerdem eine sektoren-, hilfesystem- und institutionenübergreifende Kooperation und Vernetzung, die den komplementären Hilfebereich einbezieht.

Ziel der Planung des Krankenhausversorgungsangebots ist somit nicht allein eine quantitative Bedarfsdeckung. Vielmehr ist eine an qualitativen Kriterien ausgerichtete Weiterentwicklung des gemeindenahen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsangebots mit einer regional ausgewogenen Verteilung von Planbetten und teilstationären Kapazitäten anzubieten. Sie tragen auch zu einer Stärkung der komplementären Versorgungsstrukturen für psychisch und psychosomatisch Kranke bei.

Hierbei sind folgende allgemeine Grundsätze zu beachten:

- Wohnortnahe Versorgung

Die Größe einer Versorgungsregion sollte etwa 300.000 bis 400.000 Einwohnerinnen und Einwohner umfassen. Abweichungen von dieser Planungsgröße sind im Einzelfall aus demografischen und geographischen Gesichtspunkten und zur ausreichenden Berücksichtigung gewachsener Strukturen möglich. Bei der Ausgestaltung des klinischen Versorgungsangebots ist ein Anteil von etwa 25-35% tagesklinischer Behandlungsplätze an den Gesamtkapazitäten anzustreben.

- Qualifizierte Entzugsbehandlung Suchtkranker

Zur adäquaten Behandlung Suchtkranker sollte jedes der 16 Krankenhausversorgungsgebiete über bedarfsgerechte Angebote für die qualifizierte Entzugsbehandlung Suchtkranker verfügen. Angebote zur teilstationären Entzugsbehandlung sind verstärkt zu berücksichtigen. Ein zusätzlicher Bedarf an Betten für die qualifizierte Entzugsbehandlung ist durch einen Abbau somatischer Betten zu kompensieren, soweit die Entgiftung derzeit in somatischen Abteilungen erfolgt.

- Regional- und Pflichtversorgung

Alle nach § 108 SGB V zugelassenen Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausversorgung, also Fachkrankenhäuser sowie Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinika, unterliegen in Verbindung mit § 16 KHGG NRW der Verpflichtung zur Aufnahme aller Patientinnen und Patienten aus dem jeweiligen Einzugsgebiet, die nach § 10 PsychKG sowie nach § 1906 BGB zwangsweise untergebracht werden (Pflichtversorgung).

Darüber hinaus nehmen diese Einrichtungen vorrangig die psychisch bzw. psychosomatisch krankenhausbearbeitungsbedürftigen Bürgerinnen und Bürger aus der Pflichtversorgungsregion auf (Regionalversorgung). Aufnahmeersuchen von Patientinnen und Patienten außerhalb der Pflichtversorgungsregion werden nachrangig berücksichtigt. Das Recht auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

- Sektorenübergreifende Vernetzung / Kooperation mit vor- und nachsorgenden Leistungsanbietern

Es ist eine möglichst weitgehende Integration des klinischen Versorgungsangebots für psychisch und psychosomatisch Kranke in das örtliche bzw. regionale gesundheitliche und soziale Hilfesystem anzustreben. Damit können am individuellen Hilfebedarf ausgerichtete barrierefreie Zugänge zu Behandlungs-, Betreuungs-, Wohn-, Arbeits- und Freizeitangeboten ermöglicht werden. Dies erfordert im Sinne eines sektorenübergreifenden Verbundsystems insbesondere die enge Verzahnung der Krankenhausversorgung mit der ambulanten Versorgung. Daran sind zu beteiligen die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, psychosoziale Beratungsdienste, betreute Wohn- und Pflegeangebote, Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und Nachsorge sowie der Selbsthilfe. Institutsambulanzen für Psychiatrie und Psychosomatik sind wesentlicher Bestandteil dieses Versorgungsnetzes. Die Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungsangebote ist durch trägerübergreifende Kooperation sicherzustellen. Im Hinblick auf die Kontinuität der Hilfen nach Entlassung aus dem klinisch-stationären Bereich kommt dem Entlassungs- und Versorgungsmanagement insbesondere bei schwer psychisch oder psychosomatisch Kranken eine besondere Bedeutung zu.

5.2.14 Strahlenheilkunde

5.2.14.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Strahlenheilkunde 803 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 47 Abteilungen. Mit Ausnahme des Versorgungsgebietes 15 war in jedem Versorgungsgebiet mindestens eine Abteilung vorhanden.

5.2.14.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 11 % auf 723 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 566 als realistisch angesehen.

5.2.14.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und Risikopatienten und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gestiegener Fallzahlen auch bei reduzierter Bettenzahl sichergestellt werden.

5.2.15 Urologie

5.2.15.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Urologie 3.875 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 96 Abteilungen. In nahezu jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt war mindestens eine Abteilung vorhanden.

5.2.15.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 7,5 % auf 3.583 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 3.480 als realistisch angesehen.

5.2.15.3 Versorgungsziel

Da ausweislich der Nutzungsdaten eine Konzentration der stationären Behandlungen auf die Risikopatientinnen und -patienten und gleichzeitig in den letzten Jahren die VD gesunken ist, kann die stationäre Versorgung trotz leicht gestiegener Fallzahlen auch bei reduzierter Bettenzahl sichergestellt werden.

5.3 Weitere Angebote

5.3.1 Geriatrie

5.3.1.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Geriatrie 4.035 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 77 Abteilungen. In 48 Kreisen bzw. jeder kreisfreien Stadt war mindestens eine Abteilung vorhanden.

5.3.1.2 Bedarfsprognose 2015

Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung steigt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um

13,3 % auf 4.653 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 5.197 als realistisch angesehen.

5.3.1.3 Versorgungsziel

Durch das anliegende Strukturkonzept Geriatrie soll die stationäre Versorgung umfassend sichergestellt werden.

Strukturkonzept Geriatrie

a) Verbesserung der geriatrischen Versorgung

Die demografische Entwicklung ist Anlass zur Erstellung eines Konzepts, das zu einer qualitativ verbesserten Organisation der geriatrischen Versorgung beiträgt. Sie soll möglichst allen Patientinnen und Patienten in NRW bei Bedarf gleichermaßen zugänglich sein. Ein zentrales Element ist die verbindliche Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund. Dadurch entsteht die Möglichkeit, immer und unabhängig vom Behandlungsort eine geriatrische Anamnese und daraus folgend eine zielgerichtete Therapie durchzuführen. Nach Umsetzung dieses Konzepts soll eine angemessene stationäre geriatrische Behandlungskompetenz flächendeckend vorhanden sein.

b) Ausgangslage

75 Jährige und ältere Patientinnen und Patienten bilden einen steigenden Anteil aller stationär Behandelten. In NRW betrug der entsprechende Anteil im Jahre 2010 24,67% mit einer Gesamtzahl von 1.016.626 Patientinnen und Patienten. In Abteilungen für Augenheilkunde, Herzchirurgie und Innere Medizin wurden die größten Anteile von Patientinnen und Patienten zwischen dem 75. und dem 84. Lebensjahr beobachtet.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung älterer Patientinnen und Patienten erfordert den Einsatz altersmedizinischer Standards. Dazu zählen insbesondere die Beachtung der entsprechenden Kompetenzen aller Disziplinen und die Überwindung der Schnittstellen zwischen diesen unter besonderer Berücksichtigung qualitativer und ökonomischer Belange.

Zwei Aspekte der Versorgung älterer Menschen im stationären Bereich sind besonders bedeutsam:

- frühzeitige Identifikation der Patientinnen und Patienten, die von einer altersmedizinischen Behandlung nach vorliegender Evidenz profitieren und
- Umsetzung transparenter Qualitätsmerkmale in geriatrischen Versorgungsstrukturen.

Instrumente zur Identifikation von Patientinnen und Patienten, die von einer altersmedizinischen Behandlung profitieren, müssen einfach zu handhaben und klar nachvollziehbar sein. Aus pragmatischen Gründen sollen wenige, aber wichtige Aspekte überprüft werden.

c) Strukturqualität geriatrischer Angebote

ca) Personelle Strukturen

Die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgt rund um die Uhr nach Facharztstandard entsprechend der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Fundstellen wie zu 2.2.2.1 cb).

Die Leitung einer im Plan aufgenommenen Geriatrie muss durch eine in der Geriatrie erfahrene Ärztin oder einen in der Geriatrie erfahrenen Arzt erfolgen. Eine abgeschlossene Weiterbildung mit der Zusatzbezeichnung oder die fakultative Weiterbildung Geriatrie bzw. eine andere durch die ärztlichen Weiterbildungsordnungen definierte geriatrische Qualifikation ist erforderlich. Die stellvertretende ärztliche Leitung soll ebenfalls über diese Qualifikation verfügen.

Je nach individueller gesundheitlicher Situation bedürfen geriatrische Patientinnen und Patienten in besonderem Maße einer auf ihre Bedürfnisse und Erfordernisse zugeschnittenen qualifizierten medizinischen Versorgung.

Dazu halten anerkannte Geriatrien ein multiprofessionelles geriatrisches Team vor, das strukturell und kommunikativ miteinander verzahnt ist. Dieses Team besteht den Mindestmerkmalen der OPS 8-550 entsprechend in der Regel aus ärztlichem Personal, Pflegekräften, Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialdienst. Die Leitung hat eine in der Geriatrie erfahrene Ärztin oder ein in der Geriatrie erfahrener Arzt.

Eine geriatrische Qualifikation und die Qualifizierung der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind wichtig. Die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten soll durch Personal erfolgen, das kontinuierlich durch Aus-, Fort-, und Weiterbildung auf dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse steht und den medizinischen Fortschritt in Ausübung seiner Tätigkeiten berücksichtigt, § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal benötigen ausreichend Gelegenheit, sich die für eine adäquate Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten erforderlichen Kenntnisse anzueignen und kontinuierlich zu aktualisieren. Für Fachärztinnen und Fachärzte sowie für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gelten dabei die „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psy-

chotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus".

cb) Räumliche Ausstattung

Der geriatrischen Abteilung müssen geeignete Räumlichkeiten zur Diagnostik und Therapie zur Verfügung stehen.

Die besonderen Bedürfnisse und Erkrankungsmuster geriatrischer Patientinnen und Patienten einschließlich bestehender Behinderungen müssen berücksichtigt werden. Die Ausstattung soll Orientierungshilfen anbieten.

cc) Prozessqualität

Merkmale (Beschreibung der OPS 8.550) sind:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung. Die fachärztliche Behandlungsleistung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit erbracht werden.
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens den vier Bereichen Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion; vor der Entlassung in mindestens den zwei Bereichen Mobilität und Selbstständigkeit.
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens den fünf Bereichen soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege - / Hilfsmittelbedarf und rechtliche Verfügungen.
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen; wochenbezogene Dokumentation der Behandlungsziele und -ergebnisse.
- Aktivierend - therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal.
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei Angeboten aus den Therapiebereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie.

Die aktivierend - therapeutische Pflege bezieht sich auf Menschen mit Unterstützungs-, Pflege- sowie Frührehabilitationsbedarf und geht über die Grund- und Behandlungspflege hinaus. Insbesondere das (Wieder-) Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenzen stehen im Mittelpunkt. Ziel ist ferner, die individuell optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe so wiederherzustellen, wie diese vor der aktuellen Krankenhausbehandlung bestand.

cd) Qualitätssicherung geriatrischer Einrichtungen

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Bundesverband Geriatrie haben geriatricspezifische Qualitätssicherungsinstrumente für den stationären Versorgungsbereich entwickelt. Dazu gehörten beispielsweise das Qualitätssiegel Geriatrie, das Aufnahmeverfahren des Bundesverbandes Geriatrie, die Qualitätsnetzwerke Geriatrie, das Datenbanksystem Gemidas Pro und das zertifizierte Fort- und Weiterbildungskurriculum Zerkur des Bundesverbandes Geriatrie. Allen geriatrischen Versorgungseinrichtungen wird empfohlen, sich an diesen und gegebenenfalls weiteren Qualitätssicherungsmaßnahmen wie z.B. geriatricspezifischen Qualitätszirkeln zu beteiligen.

ce) Geriatriischer Versorgungsverbund

Die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten erfordern über die stationären Strukturen hinaus eine intensive Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen, die den ambulanten Bereich einschließen. Der Verbund koordiniert die Versorgungskompetenzen und -strukturen und strebt auf diesem Weg die Überwindung der Sektorgrenzen an.

cf) Stationärer Bereich

Der Krankenhausrahmenplan setzt als allgemeine Anforderung an alle Plankrankenhäuser voraus, dass Screening- und Assessmentverfahren zur Identifikation geriatrischer Versorgungsbedarfe angewendet werden.

Über die Teilnahme an einem Geriatriischen Versorgungsverbund werden zwischen den beteiligten Einrichtungen Kooperationsvereinbarungen getroffen, die Screening- und Assessmentverfahren einschließen. Diese Organisation ist Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan und die Teilnahme an der stationären Versorgung in diesem Leistungsbereich.

cg) Screening

Die Aufnahmesituation zur stationären Krankenhausbehandlung ist eine entscheidende Weichenstellung. Hier müssen die vulnerablen geriatrischen Patientinnen und Patienten identifiziert werden, die von einer geriatrischen Behandlung profitieren können. Viele Patientinnen und Patienten, für die eine geriatricspezifische Behandlung angezeigt wäre, werden bisher nicht in ausreichendem Maß als solche erkannt.

Zur gestuften Identifikation ist zunächst ein möglichst einfaches Screeningverfahren, das das Pflegepersonal bei der Aufnahme durchführen kann, einzusetzen. Ein solches Screening muss bei jeder Krankenhausaufnahme von Patientinnen und Patienten ab dem 75. Lebensjahr zur Verfügung stehen. Es wäre sinnvoll, das Screening bereits durch die einweisenden Ärztinnen und Ärzte durchzuführen.

Das Screening erfüllt die Anforderung aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die notwendige Krankenhausbehandlung mit dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses systematisch und qualifiziert abzugleichen. Insoweit stellt es eine landesrechtlich zulässige und fachlich gebotene Konkretisierung dar, die dem Grunde nach bereits heute sozialrechtlich gefordert ist.

Ein Screeninginstrument ist z.B. ISAR ("Identification of Seniors at risk"), welches in Kanada evaluiert ist und für die Anwendung in Deutschland geeignet erscheint. Ferner kann auf ein Screeninginstrument verwiesen werden, das für den Kanton Bern entwickelt wurde.

Diese Instrumente sind als Mindeststandard anzusehen. Eine Weiterentwicklung unter Genderaspekten erscheint angezeigt. Den stationären Versorgungseinrichtungen steht es frei, eigene gleichwertige Verfahren zu etablieren.

ch) Assessment

Patientinnen und Patienten, die im Screening geriatrischen Versorgungsbedarf erkennen lassen, werden durch ein geeignetes Assessment intensiver untersucht, um festzustellen, in welchem Ausmaß sie von einer geriatrischen Behandlung profitieren können. Dadurch werden bei der Krankenhausbehandlung die individuell relevanten geriatrischen Aspekte schon in der Frühphase der Behandlung erkannt.

Für das Assessment ist geriatrischer Sachverstand erforderlich. Es kann durch eine geriatrisch weitergebildete und geschulte (Pflege-) Fachkraft, gegebenenfalls im Liaisondienst, erfolgen.

Abhängig vom Ergebnis des Assessments ist eine geriatrische Versorgung in individuell unterschiedlicher Intensität erforderlich. Bei der Behandlung in einer anderen Fachabteilung ist eine Unterstützung durch einen ärztlichen Konsiliardienst durch eine Ärztin oder einen Arzt mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung hilfreich.

Bei Übernahme in eine geriatrische Klinik oder geriatrische Rehabilitations-Klinik und zur Kontrolle des Therapieerfolgs finden erweiterte Assessments statt.

Die regelmäßige Überprüfung ist Grundlage für ein individuelles Casemanagement, das die Behandlung während des stationären Aufenthalts steuert, die Entlassung frühzeitig vorbereitet und erforderlichenfalls Vorkehrungen für die ambulante Weiterbehandlung trifft.

Bei Patientinnen und Patienten, die keiner längeren Krankenhausbehandlung bedürfen, unterstützt das primär aufnehmende Krankenhaus gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines Liaisondienstes das Entlass- und Überleitungsmanagement.

ci) Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund

Um Patientinnen und Patienten adäquat zu versorgen, kooperieren nichtgeriatrische Fachabteilungen eng mit der Geriatrie. Hierfür ist ein frühzeitiger patientenorientierter Dialog erforderlich, in den die Behandlungsaspekte aller beteiligten Disziplinen einfließen. Der geriatrische Versorgungsverbund bietet allen Fachabteilungen, die alte Menschen versorgen, insbesondere Abteilungen für Innere Medizin, Neurologie, Gerontopsychiatrie, Urologie und Gynäkologie, seine Kooperation an.

- Im Verbund werden gemeinsame Behandlungsstandards für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen vereinbart.
- Behandlungsabläufe für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen werden gemeinsam festgelegt.
- Übernahmekriterien zur ggfls. notwendigen geriatrischen Weiterbehandlung, Frührehabilitation oder Rehabilitation werden vereinbart.
- Ein gegenseitiger Konsiliardienst wird eingerichtet, der einzelfallbezogenes Assessment und erweitertes Assessment unterstützt. In den kooperierenden Kliniken kann ein geriatrischer Liaisondienst eingerichtet werden. Krankenhäuser ohne eigene geriatrische Fachabteilung, die alleine die beschriebenen Leistungen nicht darstellen können, vereinbaren eine Kooperation mit einer Geriatrie.

cj) Ambulanter Bereich

Der stationäre geriatrische Versorgungsbereich muss eng mit dem ambulanten Sektor zusammenarbeiten. Um dies zu unterstützen, wären entsprechende Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums gemäß § 90 a SGB V zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen der Geriatrie hilfreich.

ck) Vereinbarung regionaler Planungskonzepte

Die verbindliche Verabredung der beschriebenen Zusammenarbeit ist Grundlage für die Anerkennung neuer stationärer geriatrischer Versorgungsangebote im Krankenhausplan. Ein geriatrischer Versorgungsverbund erarbeitet mit seinen Partnern entsprechende Konzepte. Bereits im Krankenhausplan anerkannte stationäre Versorgungseinrichtungen treffen ebenfalls derartige Absprachen.

In diesen Vereinbarungen sind je nach Organisationsgrad Regelungen zur Finanzierung von Assessments, Konsiliar- und Liaisondiensten empfehlenswert. Die Prinzipien des freien Willens der Patientinnen und Patienten und der freien Arzt- und Krankenhauswahl sind zu beachten.

5.3.2 Perinatalzentren (s. auch 2.2.2.1)

5.3.2.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung von kranken Neugeborenen 16 Perinatalzentren zur Verfügung.

5.3.2.2 Konzept

Auf der Grundlage eines Vorschlags der perinatologischen Arbeitskreise der beiden Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe soll die Versorgung von Neugeborenen gesichert werden durch

Stufe 1: Die Geburtshilfliche Grundversorgung

Stufe 2: Die Versorgung von Risikoschwangeren (Zentrum).

Das Konzept der perinatologischen Arbeitskreise enthält Empfehlungen zu

- strukturellen und personellen Anforderungen,
- Zuweisungskriterien,
- Leistungszahlen und
- Kontrollmechanismen.

Die Landeskommission "Gesundheit von Mutter und Kind" und der Landesausschuss für Krankenhausplanung haben sich für diese Struktur ausgesprochen. Das Konzept wurde bisher nicht umgesetzt.

Am 20.09.2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die erste Vereinbarung zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit Anforderungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschlossen. In diesem Beschluss wurden Qualitätsmerkmale bzw. Mindestanforderungen sowie Zuweisungskriterien für vier Versorgungsstufen definiert.

Mit Beschluss vom 18. Dezember 2008 hat der G-BA insbesondere inhaltliche Konkretisierungen der strukturellen Anforderungen für die Früh- und Neugeborenenversorgung verabschiedet. Die vom G-BA im Jahr 2010 beschlossene Erhöhung der Mindestmengen wurden durch Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg am 21.12.2011 aufgehoben (L 7 KA - 64/10 KL). Dagegen ist eine vom G-BA eingelegte Revision beim BSG anhängig. Zurzeit überprüft der G-BA die Auswirkungen seines Beschlusses vom 20.09.2005.

NRW übernimmt in der Krankenhausplanung nicht die leistungsrechtlichen Vorgaben des G-BA. Es definiert vielmehr planerisch eigene strukturelle Vorgaben für die Früh-

und Neugeborenenversorgung einschließlich Risikogeburten, orientiert sich aber an den G-BA-Richtlinien, die ihrerseits auch Strukturelemente enthalten. Obwohl der G-BA keine rechtlichen Kompetenzen hat, in die Krankenhausplanung der Länder einzugreifen, haben seine Beschlüsse aber faktische Auswirkungen auf das Planungsgeschehen. So hat sich auch gezeigt, dass sich die Versorgung von Frühgeborenen durch die G-BA-Richtlinien in hohem Maß von den Vorgaben des Krankenhausplans 2001 entfernt hat. Die Diskrepanz zwischen G-BA-Richtlinie und Krankenhausplan NRW ist zu einem planerisch nicht gedeckten Zutritt in die spezialisierte Versorgung von Früh- und Neugeborenen genutzt worden. Die Planungslücke hat das Land bisher toleriert. Nunmehr werden neue Kriterien festgelegt.

Der Krankenhausplan wird ein zweistufiges Konzept bestehend aus Perinatalzentren (PZ) und geburtshilflicher Regelversorgung enthalten.

Mit seinem Inkrafttreten werden daher konkrete Standortentscheidungen in regionalen Planungskonzepten neu zu treffen sein.

Auf der Grundlage des Landesprogramms "Gesundheit von Mutter und Kind" sind in NRW 16 Perinatalzentren und 26 geburtshilflich-neonatologische Schwerpunkte im Krankenhausplan anerkannt. Insbesondere angesichts sinkender Geburtenzahlen ist es Ziel der Krankenhausplanung, die Versorgung von Risikoschwangeren mit deutlich weniger als bisher 42 Einrichtungen sicher zu stellen. Die Ausweisungen für die Geburtshilfe bleiben davon unberührt.

Um die hohe Qualität der stationären Versorgung von Früh- und anderen gefährdeten Neugeborenen in NRW zu erhalten, gibt der Krankenhausrahmenplan nachfolgendes Konzept vor.

Die neonatologische Versorgung in NRW orientiert sich an dem allgemein anerkannten Stand der Medizin, der durch Qualitätskriterien auf Basis der Beschlüsse, Leitlinien und Stellungnahmen des G-BA, der beiden NRW-Ärzttekammern, der AWMF und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe abgebildet wird.

Dabei stehen Mindestmengen nicht im Vordergrund der Betrachtung. Denn eine hohe Mindestfallzahl könnte in dünn besiedelten Regionen in NRW zu Versorgungsproblemen führen. Allerdings gilt generell § 137 Abs. 3 Satz 3 SGB V. Eine Mindestmenge für die Behandlung Frühgeborener mit einem niedrigen Geburtsgewicht wird fachlich unterstützt, weil eine hohe fachliche Expertise erwarten lässt, dass eine größere Zahl von Früh- und Neugeborenen mit anderen schweren Risiken überlebt und keine bleibenden Behinderungen davonträgt.

Zur Definition leistungsfähiger Perinatalzentren und Geburtskliniken bestehen derzeit die folgenden strukturellen und prozeduralen Qualitätskriterien:

Richtlinie des G-BA:

Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen

<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/>

AWMF Leitlinie "Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe" vom 01.06.2008

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/024-001.html> vom 22.11.2012.

Der G-BA hat für die Versorgung von Frühgeborenen in Perinatalzentren Level 1 und 2 jeweils eine Mindestzahl von 14 pro Jahr festgelegt.

Aus regionalen Gründen kann zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung bei einem zu erwartenden Geburtsgewicht > 1.500g und/ oder > 32+1 SSW die Versorgung auch in Geburtskliniken mit räumlich unmittelbar angegliederter Kinderklinik erfolgen, sofern weder vorliegende noch zu erwartende Risiken bei Mutter und /oder Kind dem entgegenstehen.

Die ortsnahe Versorgung findet weiterhin in Geburtskliniken (Entbindung reifer Neugeborener ohne Risiko) statt. Diese führen aber regelhaft nur Entbindungen bei Schwangeren > 36+0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen beim Neugeborenen durch.

Für Geburtskliniken sind im Rahmen der Krankenhausplanung die folgenden qualitativen Anforderungen relevant:

Nach der Leitlinie "Verlegung Neugeborener aus Geburtskliniken und Kinderkliniken" sollen Transporte wenn irgend möglich durch eine antepartale Einweisung von Risikoschwangeren in eine Klinik mit den notwendigen strukturellen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte und hochwertige pränatale Medizin vermieden werden. Nach der Leitlinie "Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung" sind explizite Vorgaben erforderlich, welche Patientinnen mit welchen Risiken nicht in einer Abteilung der Regelversorgung behandelt werden dürfen.

Bei postpartalem Auftreten von Symptomen ist das Neugeborene aus einer Geburtsklinik ohne kontinuierliche Verfügbarkeit eines Kinderarztes oder einer Kinderärztin immer in eine Kinderklinik zu verlegen. Das verlegende ärztliche Personal entscheidet über die für das Neugeborene notwendige Versorgungsstufe.

Dazu konkretisieren die "Mindestanforderung an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen" der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe die Voraussetzungen für eine zeitgemäße geburtshilfliche Versorgung. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/024-002.html> vom 22.11.2012, http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/3-3-8-Mindestanforderungen-2011.pdf vom 22.12.2012.

Die Leitlinie "Einsatz eines gynäkologisch - geburtshilflich tätigen Arztes im Ruf-/Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses" führt aus, dass der BGH für die ärztliche Kompetenz den "Standard eines erfahrenen Facharztes" ("Facharztstandard") verlangt. Er ist dann gewahrt, wenn das ärztliche Personal diejenigen Maßnahmen ergreift, die ausreichend weitergebildete und gewissenhaft arbeitende Ärztinnen und Ärzte des Fachgebietes ergreifen würden.

Der Facharztstandard ist nicht an den formellen Facharztstatus gebunden. Eine Ausnahme besteht für aufsichtführende Ärztinnen und Ärzte. Der Facharztstandard kann auch dann erfüllt sein, wenn noch in der Weiterbildung befindliche Kräfte die Behandlung theoretisch und praktisch so beherrschen wie das von einem Facharzt oder einer Fachärztin dieses Faches erwartet wird. Ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst in der Geburtshilfe mit der Folge, dass beispielsweise Assistenzpersonal der chirurgischen Abteilung im Nachtdienst auch für die geburtshilfliche Abteilung zuständig ist, wird abgelehnt <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-067.html>; letzter Zugriff vom 22.11.2012.

Da die Leitlinie "Vaginal - operative Entbindungen" fordert, dass in Notfallsituationen eine sofortige Sectio vorzunehmen ist, müssen die organisatorischen Voraussetzungen für die sofortige Durchführung einer Notfallsectio von allen geburtshilflichen Abteilungen erfüllt werden <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-023.html>; letzter Zugriff vom 22.11.2012.

Für schwere peripartale Blutungen, eine der häufigsten, lebensbedrohlichsten und unkalkulierbarsten Notfälle in der Geburtshilfe, gilt dies ebenso. Zur erforderlichen Logistik in Geburtskliniken gehören nach der Leitlinie "Diagnostik und Therapie peripartaler Blutungen" daher in jedem Fall:

- Verfügbarkeit eines "Notfall-Labors",
- Anästhesist/ Anästhesistin in Bereitschaft im Haus,
- erfahrener Geburtshelfer/ erfahrener Geburtshelfer in Bereitschaft im Haus,
- Blutbank verfügbar,
- Verfügbarkeit von Gerinnungsfaktoren,
- zeitnahe, d.h. möglichst innerhalb von 30 Minuten, Beschaffungsmöglichkeit von Blutkomponenten <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-063.html>; letzter Zugriff vom 22.11.2012.

Organisation der Neugeborenenversorgung in einer geburtshilflichen Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik:

- Erstversorgung des gesunden Neugeborenen durch einen darin kompetenten Arzt, eine darin kompetente Ärztin (Geburtshelfer, Geburtshelferin, Anästhesistin, Anästhesist, Kinderarzt, Kinderärztin),
- Einleitung lebenserhaltender Maßnahmen beim Neugeborenen bei unvorhersehbaren Notfällen durch darin kompetentes ärztliches Personal bis zum Eintreffen des Neugeborenen-Notarztes, der Neugeborenen-Notärztin,

- Festlegung des Alarmierungsverfahrens von Neugeborenen-Notärztinnen und -ärzten
- Belehrung und Übung des Alarmierungsverfahrens mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen,
- sachgerechte Betreuung des gesunden Neugeborenen auf der Wochenbettstation,
- Durchführung der U2 und der weiteren Vorsorgemaßnahmen durch einen Kinderarzt, eine Kinderärztin http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/3-5-1-Struktur-zentren-2010.pdf; letzter Zugriff vom 22.11.2012.

5.3.3 Herzchirurgie

5.3.3.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Herzchirurgie 884 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 15 Abteilungen. Die Herzchirurgie stellt ein derart komplexes Leistungsangebot dar, dass eine regionale Betrachtung nicht entscheidend ist. Gleichwohl sind bis auf 5 Versorgungsgebiete (11, 12, 14, 15 und 16) alle Planungsregionen mit herzchirurgischen Abteilungen versorgt.

Herzchirurgie wird bundesweit nach Leistungszahlen geplant. Danach sollen rd. 1.000 Herzoperationen pro 1 Mio. Einwohner unter Einsatz der Herz-Lungenmaschine (HLM) erbracht werden. Ferner ist aus Qualitätsgründen anzustreben, dass jedes Herzzentrum mindestens 1000 Operationen mit HLM erbringt. Davon ausgenommen bleiben reine Kinderherzzentren (Asklepios-Klinik St. Augustin).

Diese Zielzahlen erreichen nicht mehr alle Herzzentren in NRW. Auch bundesweit ist in den letzten Jahren ein Trend zu deutlich weniger Leistungen belegt, was auch darauf zurückzuführen ist, dass sich schonendere Verfahren, z.B. minimal-invasive Operationstechniken durchgesetzt haben.

In NRW sind im Jahre 2011 in den 15 Herzzentren insgesamt 18.190 Herzoperationen mit HLM erbracht worden, was gegen den bisher rückläufigen Trend eine Steigerung gegenüber 2010 von rd. 3 % bedeutete.

(Auf Kapitel 2.2.2.3 b) wird Bezug genommen).

5.3.3.2 Struktur 2015

Nach den Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung ergäbe sich bis zum Jahr 2015 ein prognostizierter Bettenbedarf von 926 Betten. Da aber - wie ausgeführt - in diesem Leistungsbereich eine Leistungsplanung Platz greift, ist NRW mit seinen 15 Herzzentren bedarfsgerecht auch in den kommenden Jahren versorgt. Sofern sich an einzelnen Standorten Anpassungsbedarfe in Bezug auf die zur Leistungserbringung notwendigen Betten ergeben sollten, wird dies im Lichte der landesweiten Leistungssituation bewertet werden.

5.3.4 Stroke Units

5.3.4.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die spezialisierte stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schlaganfällen 342 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 64 Standorte.

5.3.4.2 Struktur 2015

Auf der Grundlage der Entwicklung der letzten Jahre ist von einer leistungsfähigen und flächendeckenden Versorgung mit derartigen Angeboten auszugehen. Akuter Handlungsbedarf zur Fortschreibung des Krankenhausplans wird zurzeit nicht gesehen.

Die "Grundlagen zur Anerkennung von Behandlungseinheiten zur Schlaganfallversorgung (Stroke Units) im Krankenhausplan NRW" ergeben sich aus dem Konzept vom 11.05.2005 im Anhang. Dabei wird auf die nach Inkrafttreten des KHGG NRW Ende 2007 geänderten rechtlichen Verfahrensgrundlagen (III.) hingewiesen.

Auf das Stroke Unit Konzept (Anhang D Ziffer 11) wird verwiesen.

5.3.5 Brustzentren

5.3.5.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung 49 Brustzentren zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 106 Standorte. In 49 Kreisen bzw. kreisfreien Städten war mindestens ein Brustzentrum vorhanden.

5.3.5.2 Struktur 2015

5.3.5.3 Rahmenbedingungen für die Anerkennung als Brustzentrum

Die Rahmenbedingungen für die Anerkennung von Brustzentren sind von den Beteiligten der konzertierten Aktion und der Krankenhausplanung einvernehmlich verabschiedet worden. Brustzentren sollen demnach

- alle notwendigen Kernleistungen wie Operationen, bildgebende Diagnostik, Strahlentherapie, Pathologie und Onkologie in interdisziplinärer Zusammenarbeit erbringen.
- Die Leistungen können im Zusammenschluss mit mehreren Einrichtungen erfolgen.
- Die Kernleistungen sind jedoch jeweils zentral durchzuführen.

- Mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie mit weiteren Spezialistinnen und Spezialisten wie z. B. Psychotherapeutinnen und -therapeuten wird ein regionales Netzwerk gebildet, das von der Diagnose über die Behandlung bis zur Nachsorge alle Leistungen ermöglicht.
- Mindestens 150 Operationen sind bei Neuerkrankungen pro Jahr und mindestens 50 Operationen je Operateurin bzw. je Operateur durchzuführen.
- Die Leistungen können in begründeten Fällen auf mehrere Standorte verteilt werden, wenn in den Standorten jeweils mindestens 100 und je Operateurin bzw. Operateur mindestens 50 Operationen erbracht werden.
- Mit ihren Kooperationspartnern verpflichten sie sich zu einem Qualitätsmanagement und zu einer umfassenden Patientendokumentation.
- Sie kooperieren in Studien und bieten gemeinsam Fortbildungen für die beteiligten Berufsgruppen an.
- Eine systematische und umfassende Information der Patientinnen und Patienten ist Standard. Diese werden in alle Therapieentscheidungen einbezogen.
- Unter Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen wird eine psychosoziale Begleitung und Beratung sowie die Weiterversorgung am Wohnort organisiert.

Die vorgeschriebene Planzahl für Erstoperationen hat eine Konzentration auf rd. 50 Zentren anstelle von bis dato rd. 250 Krankenhäusern zur Folge. Der Einzugsbereich umfasst jeweils 360.000 bis 450.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Der grundsätzliche Zusammenhang zwischen höheren Fallzahlen und besseren Behandlungsergebnissen ist dabei international vielfach belegt. Die konkret angesetzten Fallzahlen orientieren sich an den ESOMA-Forderungen. Sie werden bereits bei einer arbeitsorganisatorisch ohnehin gebotenen Besetzung mit zwei bis drei Operateurinnen oder Operateuren mit jeweils lediglich einer einschlägigen Operation pro Woche erfüllt. Bei mehreren Standorten werden sie deutlich übertroffen werden und dürften auch aus wirtschaftlichen Gründen erforderlich sein. Bei künftig rd. 50 Zentren in NRW ist auch die ausreichende Wohnortnähe einer solchen spezialisierten Leistung gewährleistet.

Die Vorgabe dieser Planzahl ist im Konsens mit den Beteiligten an der Krankenhausplanung ausnahmsweise möglich. Es handelt sich hierbei nicht um eine Struktur-, sondern um eine Leistungsvorgabe, die nur konsensual in den Krankenhausplan aufgenommen werden kann. Sollten die Vorgaben des G-BA davon abweichen, gebührt dessen Regelungen der Vorrang.

a) Anerkennung von Brustzentren in der Krankenhausplanung

Die Anerkennung von Brustzentren im Rahmen der Krankenhausplanung setzt die Erfüllung der genannten Vorgaben oder der Vorgaben des G-BA voraus. Das Planungsverfahren zur Anerkennung von Brustzentren folgt der Regelung des § 14 KHGG NRW, wonach durch regionale Planungskonzepte die Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätzen festgelegt werden. Die Verhandlungen

mit den Krankenkassen können insoweit mit ggf. vorhandenen Kooperationspartnern geführt werden.

Siehe auch Anhang "Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum" vom 31. Juli 2002.

b) Zertifizierung

Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Brustzentren weisen im Abstand von 3 Jahren in einem Zertifizierungsverfahren nach, dass sie die in einem Anforderungskatalog festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllen. Das konkrete Verfahren wurde in einem breiten Konsensusprozess mit den wesentlich Beteiligten abgestimmt. Dabei erfolgt eine Harmonisierung insbesondere auch mit den Verfahren und Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie. Wesentliche Eckpunkte sind:

Die Zertifizierung erfolgt landeseinheitlich.

Sie wird erstmals ca. 1 Jahr nach Anerkennung des Brustzentrums im Krankenhausplan durchgeführt.

Anerkannte Brustzentren unterziehen sich alle drei Jahre einem Rezertifizierungsaudit.

In den zwei Jahren zwischen den Rezertifizierungsaudits unterziehen sich die Brustzentren einem zusätzlichen Überwachungsaudit, das Voraussetzung für die Rezertifizierung ist.

Das Verfahren wird durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe durchgeführt. Die Auditorinnen und Auditoren müssen über die Qualifikation als Qualitätsmanager oder -managerin und über besondere fachspezifische Kenntnisse der Brustkrebsbehandlung verfügen.

Auf das Konzept "Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum" (D Anhang Ziffer 13) wird ergänzend verwiesen.

5.3.6 Transplantationszentren

5.3.6.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung 9 Transplantationszentren in unterschiedlicher Organdifferenzierung zur Verfügung.

5.3.6.2 Struktur 2015

Handlungsbedarf für Fortschreibung des Krankenhausplans wird derzeit nicht gesehen.

5.3.7 Komplementärmedizin

5.3.7.1 Angebot 2010

Im Jahr 2010 wurden an zwei Krankenhäusern Abteilungen für Naturheilkunde vorgehalten.

5.3.7.2 Stellenwert für die Versorgung

Die Komplementärmedizin umfasst ein breites Spektrum an Heilmethoden, die nicht oder nur teilweise in das etablierte Gesundheitssystem integriert sind. Es werden insoweit unterschiedliche Theorie- und Praxisansätze zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal es ist, dass sie nicht zur konventionellen, wissenschaftlich etablierten Schul-Medizin gerechnet werden. Es handelt sich beispielsweise um Verfahren, die Naturprodukte wie Kräuter, Nahrungsmittel und Vitamine einsetzen oder Verfahren, die die Wechselwirkung zwischen Körper und Geist nutzen wollen. Auch manche manuelle Verfahren und Mischformen aus den vorbeschriebenen Verfahren zählen zur Komplementärmedizin. Zunehmend finden auch Behandlungsansätze aus außereuropäischen Kulturkreisen wie die Traditionelle chinesische Medizin und Ayurveda-Ansätze Anwendung.

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit alternativmedizinischer Ausrichtung können z.B. eine Chance bieten, die subjektive Lebensqualität z. B. von chronisch Kranken oder Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen zu verbessern. So werden solche Behandlungsmethoden zunehmend von den Patientinnen und Patienten ergänzend zu konventionellen Therapien oder teilweise anstelle konventioneller Behandlungen in Anspruch genommen. Die Akzeptanz der komplementären Medizin steigt in der Gesamtbevölkerung.

Die in Ansätzen begonnene wissenschaftliche Erforschung von Wirkweisen komplementärer medizinischer Behandlungsmethoden soll den Brückenschlag zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin vorbereiten. Durch neue Erkenntnisse und Ansätze in der Anwendung komplementärer Heilverfahren soll das Verständnis und die Zusammenarbeit zwischen beiden Bereichen hergestellt und intensiviert werden.

Dazu besteht auch ein erheblicher gesundheitswirtschaftlicher Anreiz. Die Angebote reichen insoweit weit über die akute stationäre medizinische Versorgung hinaus. Sie betreffen Bereiche der Rehabilitation, des ambulanten und nicht-medizinischen Sektors.

5.3.8 Palliativmedizin

Im Krankenhausplan des Landes NRW sind in 41 Feststellungsbescheiden Angebote für stationäre Palliativmedizin mit 401 Betten ausgewiesen. Es existieren somit derzeit rd. 22 Palliativbetten, auf jeweils 1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner. In vier kreisfreien Städten, Bottrop, Hagen, Hamm und Remscheid, sowie in acht Kreisen,

Borken, Ennepe-Ruhr, Kleve, Mettmann, Olpe, Soest, Viersen und Warendorf ist aktuell kein Angebot vor Ort ausgewiesen.

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen (<http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>), der neben dem Land NRW u.a. auch alle wesentlichen Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens auf Spitzenverbandsebene beigetreten sind, sieht die Angebote zur stationären Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen innerhalb eines vernetzten und integrierten Versorgungssystems als unverzichtbar an. Dies gilt trotz der bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen. Die Angebote müssen vorhanden sein, wenn die Versorgung der Betroffenen zuhause, wenn auch nur vorübergehend, aus medizinischen, pflegerischen oder psychosozialen Gründen nicht möglich ist.

Für die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender wird derzeit in Fachkreisen von einem Bedarf von mindesten 50 bis 60 Hospiz- und Palliativbetten, davon etwa 30 Palliativbetten in Krankenhäusern pro 1 Million Einwohner ausgegangen.

Palliativstationen sind spezialisiert auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten, die einer Krankenhausbehandlung in einer spezialisierten Abteilung bedürfen. Palliativstationen arbeiten interdisziplinär und multiprofessionell; das multiprofessionelle Team von Palliativstationen ist aus hierfür qualifizierten Ärztinnen oder Ärzten, Pflegekräften, medizinischen Therapeutinnen/Therapeuten wie z.B. Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten, Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeitern bzw. Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, Seelsorgerinnen oder Seelsorgern und Psychologinnen oder Psychologen zusammengesetzt, ergänzt durch ehrenamtliche Hospizhelferinnen oder Hospizhelfer. Ziel ist es, krankheits- und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und wenn möglich, die Krankheits- und Betreuungssituation der Betroffenen so zu stabilisieren, dass sie wieder aus dem Krankenhaus entlassen werden können.

Neben der Patientenversorgung haben Palliativstationen einen entscheidenden Auftrag für die berufliche Weiterbildung, insbesondere von Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten. Für sie sind konsentrierte Konzepte, abgestimmte, transparente Qualitätskriterien, entsprechende Qualitätssicherungsverfahren sowie sachgerechte Finanzierungsgrundlagen zu erarbeiten. Ein wichtiges Element eines solchen Konzeptes stellt dabei die gleichzeitige Entwicklung hochwertiger evidenzbasierter S 3 Leitlinien dar.

Die OPS 8 98e "spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung" fordert an Mindestmerkmalen:

- Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit mit mindestens 5 Betten durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team.

- Fachliche Leitung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und mindestens sechsmonatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatientinnen und -patienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung.
- Die 24-stündige fachliche Leitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden.
 - Von Montag bis Freitag ist tagsüber eine mindestens siebenstündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit erforderlich. Aus Sicht des Landes ist anzustreben, dass die ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit auch an Wochenenden sichergestellt ist.
 - Die pflegerische Leitung muss den Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens sechsmonatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung führen können.
 - Zu Beginn der Behandlung ist ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA) durchzuführen.
 - Täglich haben multiprofessionelle Fallbesprechungen mit entsprechender Dokumentation stattzufinden.
 - Die Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten ist zu dokumentieren.
 - Die Patientinnen und Patienten werden durch einen fallbezogenen Koordinator begleitet.
 - Zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung werden aktive, ganzheitliche Behandlungen durchgeführt. Dies geschieht ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patientinnen und Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Die Angehörigen sind einzubeziehen.
 - Spezialisierte apparative palliativmedizinische Behandlungsverfahren und deren kontinuierliche Überwachung z.B. beim Einsatz von Schmerzpumpen und weiteren kontinuierlichen parenteralen Therapien zur Symptomkontrolle werden bedarfsgerecht eingesetzt.
 - Aktivierende oder begleitend therapeutische Pflege wird durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal geleistet.
 - Multidisziplinäre Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele werden wöchentlich durchgeführt.
 - Mindestens zwei der nachfolgend genannten Therapiebereiche kommen zum Einsatz: Sozialarbeit / Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen-, und Familiengespräche mit insgesamt mindestens sechs Stunden pro Patientin oder Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen. Die Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.
 - Qualifizierte, kontinuierliche Unterstützungsangebote für Angehörige auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus werden bedarfsgerecht vermittelt.

- Dies gilt auch für die Überleitung zu Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung, dabei sind Notfallvorausplanung, strukturierte Anleitungen von Angehörigen, sozialrechtliche Beratungen und bedarfsgerechte Zuweisungen besonders zu berücksichtigen.

Es ist weiterhin erforderlich, dass palliativmedizinische Angebote für Patientinnen und Patienten an allen Krankenhausstandorten im Lande in qualifizierter Form angeboten werden. Dies kann nur durch Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander z.B. in Form von Konsiliar- und Liaisondiensten erfolgen. Auf eine Ausweisung von eigenständigen Angeboten im Krankenhausplan kann derzeit nicht verzichtet werden. Die vorstehenden Qualitätsindikatoren und Hinweise auf den aktuell anerkannten Stand der Palliativmedizin können qualitativ und quantitativ derzeit nur durch ein Festhalten an der Krankenhausplanung mit Ausweisung palliativmedizinischer Versorgungsangebote gesichert und weiter umgesetzt werden.

Zukünftig ist für die im Krankenhausrahmenplan ausgewiesenen Angebote inhaltlich auf die Erfüllung der Mindestmerkmale der OPS 8 98e und den vertraglich abgesicherten Nachweis einer Einbindung in ein regionales Versorgungsnetz der Hospiz- und Palliativversorgung abzustellen. Die Entwicklung von Palliativkompetenz in Krankenhäusern ist als integraler Bestandteil der Organisationsentwicklung notwendig.

Die sinnvolle Verzahnung mit der ambulanten palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung und der ambulanten und stationären Hospizarbeit sowie die Konsiliar- und Liaisondienste sind sicherzustellen. Dies gilt sowohl für die Vernetzung im eigenen Krankenhaus ebenso im System der Krankenhäuser der Region untereinander. Die Dienste sind auf Gegenseitigkeit zu organisieren. Die Krankenhausträger haben die notwendigen finanziellen Vereinbarungen zu treffen. Neben dem Schwerpunkt der Zusammenarbeit im eigenen Krankenhaus muss in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen sind auch Patientinnen und Patienten mit anderen Diagnosen einzubeziehen.

5.3.9 Intensivbetten

Im Krankenhausplan sind derzeit in 296 Feststellungsbescheiden Angebote für 5.567 Intensivbetten ausgewiesen. Dies entspricht rd. 4,6% aller 121.265 Betten in NRW. Auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entfallen rd. 31 Intensivbetten in unterschiedlicher regionaler Verteilung. In allen kreisfreien Städten und Kreisen ist aktuell mindestens ein Angebot vor Ort ausgewiesen.

Die Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin hat zur Kinderintensivmedizin im Jahr 2000 eine Konzentrierung empfohlen http://www.gnpi.de/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=9L:kinderin

[intensivmedizin-2000&catid=43:stellungnahmen&Itemid=62](#); letzter Zugriff vom 22.11.2012. Diese soll in kinderintensivmedizinischen Zentren der Spitzenversorgung mit leistungsfähiger Kinderklinik, Kinderchirurgie und Kinderanaesthesiologie erfolgen. Eine Einheit sollte im Idealfall 8 bis 12 Intensivbetten umfassen.

Die DIVI hat 2010 Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen gegeben http://www.divi.org/filadmin/pdf/struktur/Empfehlungen_zur_Struktur_von_Intensivstationen_2010-11-30_Kurzversion_Final.pdf; letzter Zugriff vom 22.11.2012.

a) Leitung der Intensivtherapiestation

Eine Intensivtherapiestation soll durch einen Arzt oder eine Ärztin mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin geleitet werden. Eine hauptamtliche Tätigkeit auf der Intensivtherapiestation ist notwendig.

b) Ärztliche Ausstattung

1. Qualifikation und Präsenz

In der Intensivmedizin erfahrenes ärztliches Personal, das mit den aktuellen Problemen der Patientinnen und Patienten vertraut ist, soll 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche auf der Intensivtherapiestation präsent sein.

Ein Arzt oder eine Ärztin mit mindestens der in der Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsqualifikation in der Intensivmedizin (Facharztstandard) soll tagsüber auf der Intensivtherapiestation, nachts zumindest im Krankenhaus präsent und kurzfristig auf der Intensivtherapiestation anwesend sein (Fundstellen wie zu 2.2.2.1 cb). Eine permanente Präsenz ärztlichen Personals mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin auf der Intensivtherapiestation würde zu einer weiteren Verbesserung führen.

2. Stellenzahl

Für 8 bis 12 Betten sind mindestens sieben Arztstellen mit einem Wochenkontingent von 40 Stunden erforderlich. Die Stelle der Leitung ist nicht eingerechnet, auch nicht dessen Ausfallkompensation.

Spezielle Situationen wie schwere Verbrennungen, extrakorporale Organersatzverfahren, Reanimationseinsätze, Schockraumabdeckung, Intensivtransporte, u.ä. bedingen eine höhere Anzahl an Ärztinnen und Ärzten

3. Pflege - Ausstattung

Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich.

Zusätzlich soll eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung mit der Qualifikation der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie pro Intensivtherapieeinheit vorgesehen werden.

Bei speziellen Situationen soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden. Beispielsituationen sind

schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, ein hoher Anteil von mehr als 60%) der Patientinnen und Patienten mit Organersatzverfahren, zu denen z. B. Beatmungssituationen und Nierenersatzverfahren zählen, oder zusätzliche Aufgaben wie die Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus, die Begleitung von Transporten intensiv behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten. Der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30% des Pflorgeteams der Intensivtherapieeinheit betragen.

c) Sonstiges Personal

1. Physiotherapie

Eine Physiotherapie für Patientinnen und Patienten der Intensivtherapiestation soll täglich gewährleistet sein.

2. Hygienebeauftragte / Hygienepflegepersonal

Hygienebeauftragte sollen ärztliche und pflegerische Kompetenz besitzen. Insoweit sind mindestens zwei Personen für die Intensivtherapiestation zu benennen.

3. Mikrobiologie

Das Fach klinische Mikrobiologie soll jederzeit konsiliarisch in Anspruch genommen werden können. Eine entsprechend qualifizierte Person muss ansprechbar sein.

4. Klinische Pharmakologie

Mindestens einmal wöchentlich soll eine Pharmakologin, ein Pharmakologe, eine Apothekerin, ein Apotheker, eine Pharmazeutin oder ein Pharmazeut an der Visite auf der Intensivtherapiestation teilnehmen. Die konsiliarische Inanspruchnahme muss jederzeit gewährleistet sein.

5. Sozialdienst

Der Sozialdienst soll jeden Werktag für die Patientinnen und Patienten, deren Angehörige, Pflegekräfte sowie die Ärzteschaft zur Verfügung stehen.

6. Psychologische Betreuung

Für spezielle Situationen soll eine fachspezifische psychologische Betreuung der Patientinnen und Patienten vorhanden sein.

7. Seelsorgerische Betreuung

Für Situationen am Lebensende soll eine seelsorgerische Betreuung kurzfristig verfügbar sein.

8. Administration und Technik

Zusätzliche Personalkapazität soll für folgende Aufgaben eingeplant werden: Training und Einarbeitung von Personal, Material- und Medikamentenversorgung, Reinigung von Geräten, Gerätewartung, Gerätereparatur, MedGV-Einweisung, Sekretariatstätigkeiten.

9. Reinigungspersonal

Reinigungspersonal, das mit den speziellen Hygieneanforderungen der Intensivstation vertraut ist, soll die Intensivstation täglich vollständig reinigen und im Übrigen jederzeit zur Verfügung stehen.

d) Organisatorische Erfordernisse

1. Infrastruktur des Krankenhauses

Bei der Infrastruktur des Krankenhauses ist zu differenzieren zwischen den Kategorien permanent auf Facharztniveau präsent, kurzfristig auf Facharztniveau präsent, permanent verfügbar, täglich verfügbar und abhängig vom Versorgungsauftrag erforderlich.

Folgende Dienstleistungen sollen innerhalb des Krankenhauses permanent auf Facharztniveau präsent sein: Anaesthesiologie, Allgemein- bzw. Viszeral-Chirurgie, Innere Medizin.

Zu den kurzfristig auf Facharztniveau verfügbaren Dienstleistungen zählen die Neurologie, TEE, Koronarangiographie, Notfallendoskopie, Urologie.

Permanent sollen verfügbar sein klinisch - chemisches Labor, Radiologie (einschließlich CT), Blutprodukte / Blutbank.

Täglich verfügbar sollen mikrobiologisches Labor und MRT sein.

In Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses können erforderlich sein Neurochirurgie, Herz- und Thoraxchirurgie, Nephrologie / Dialyse, Unfallchirurgie, interventionelle Radiologie, Pädiatrie, zertifizierte Stroke Unit.

2. Aufnahme- und Verlegungskriterien

Für die Aufnahme, die Triage im Falle von Bettenengpässen und die Entlassung sollen Kriterien schriftlich formuliert vorliegen.

3. Qualitätssicherung

Die Intensivtherapiestation soll an einem externen Qualitätsvergleich oder einem externen Audit teilnehmen. Eine Alternative ist eine interne permanente Kontrolle von mindestens zwei der Qualitätsindikatoren der DIVI und DGAI.

Bis zum Jahr 2010 nahmen bundesweit 59 Intensivstationen an diesem Benchmarking Projekt "nationales Register zur Qualitätskontrolle in der Intensivmedizin" teil [http://www.divi.org/fileadmin/pdfs/struktur/Kerndatensatz Intensivmedizin 2010 DIVI-Vers 2010-11-12 Final.pdf](http://www.divi.org/fileadmin/pdfs/struktur/Kerndatensatz_Intensivmedizin_2010_DIVI-Vers_2010-11-12_Final.pdf) vom 22.11.2012.

Das Gesundheitsministerium fördert derzeit zusammen mit dem Innenressort das Projekt Informationssystem Gefahrenabwehr (IG) NRW. Damit soll unter anderem die Transparenz der Notfallaufnahmekapazitäten in den Krankenhäusern NRWs mit Unterstützung eines neu entwickelten EDV Systems verbessert werden. Die laufende Pilotphase in Modellkommunen zeigt, dass gerade die Intensivbetten sehr stark nachgefragt sind.

Es ist erforderlich, Intensivbetten für Patientinnen und Patienten im gesamten Land in qualifizierter Form anzubieten. Auf eine Ausweisung von eigenständigen Angeboten im Krankenhausplan kann derzeit nicht verzichtet werden. Die vorstehenden Qualitätsindikatoren und Hinweise auf den aktuell anerkannten Stand der intensivmedizinischen Versorgung können qualitativ und quantitativ derzeit nur durch ein Festhalten an der Krankenhausplanung mit Ausweisung von Intensivbetten gesichert und weiter umgesetzt werden.

Zukünftig ist für die im Krankenhausrahmenplan ausgewiesenen Intensivkapazitäten inhaltlich auf die Erfüllung der genannten Merkmale abzustellen. Im Besonderen sind geeignete Kooperationen unter den Krankenhäusern sicherzustellen.

5.3.10 Infektionsbetten

Im Krankenhausplan sind in 119 Feststellungsbescheiden insgesamt 1831 Infektionsbetten ausgewiesen. Für alle kreisfreien Städte und Kreise ist aktuell mindestens ein Angebot vor Ort enthalten.

So hat z. B. die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch Institut in ihrer Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten" 2010, http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/rexatIXUyPAs/PDF/240ys03riquskpdf; letzter Zugriff vom 22.11.2012 auch Hinweise auf Standardhygienemaßnahmen sowie auf die Erforderlichkeit der Erreger-spezifischen Isolierung und Kohortierung auf Stationen gegeben. So sollen Patientinnen und Patienten, die mit kontagiösen Infektionserregern infiziert sind oder diese asymptomatisch langfristig ausscheiden, in einem als Einzelzimmer nutzbaren Zimmer nach Barrierestandards isoliert werden. Diese ergeben sich aus dem Übertragungsweg des jeweiligen Erregers. Aus krankenhaushygienischer Sicht ist es zulässig, Patientinnen und Patienten, die eine Infektion durch den gleichen Erreger aufweisen, gegebenenfalls zu kohortieren. Für Infizierte und Erkrankte mit aerogen übertragbaren Infektionskrankheiten sollen Zimmer verfügbar sein, die durch einen Schleusenbereich abgegrenzt sind. Eine entsprechende raumlufttechnische Anlage mit negativem Druck in der Schleuse sowohl zum Patientenzimmer als auch zum Flur hin soll die Ableitung der Luft nach außen oder Filterung bewirken.

Keine Patientin und kein Patient darf aufgrund der Besiedlung oder Infektion mit einem kontagiösen Erreger eine qualitativ schlechtere medizinische Überwachung oder Behandlung erhalten

Im Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall "Katastrophenmedizin" 2010, <http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE//Publikationen/Publikationen/Forschung/Katastrophenmedizin.html>; letzter Zugriff vom 22.11.2012, wird eine Differenzierung zwischen Epidemien in der Normal- und in der Katastrophensituation vorgenommen. Da Letztere durch weiträumig zerstörte Ökosysteme, Infrastrukturen und Hygienebarrieren sowie ein erweitertes atypisches Erregerspektrum gekennzeichnet sein kann, liegt es auf der Hand, dass die Krankenhausplanung hierfür keine zielgerichtete Vorsorge treffen kann.

Für die auch in § 30 IfSG genannten Erkrankungen Lungenpest oder von Mensch zu Mensch übertragbare hämorrhagische Fieber ist unverzüglich eine Absonderung in einem Krankenhaus oder in eine für diese Krankheiten geeignete Einrichtung vorzunehmen. Im Übrigen wird bei Pockenausbrüchen, schwerem akutem Atemwegs-

syndrom SARS oder neuartigen gemeingefährlichen Infektionskrankheiten ein analoges Vorgehen nach IfSG als fachlich geboten angesehen. Eine Sonderisolierstation mit 3 Betten ist auch für NRW am Universitätsklinikum Düsseldorf eingerichtet worden.

Eine sorgfältige Sichtung der Patienten und Patienten ist essenziell, um die knappen intensivmedizinischen beziehungsweise infektiologischen Behandlungsplätze optimal zu nutzen.

Auf Grund der vorbeschriebenen Ausgangslage ist es erforderlich, dass Infektionsbetten nach einem gestuften Konzept für Patientinnen und Patienten im gesamten Land in qualifizierter Form angeboten werden. Eine geeignete Zuweisung kann im Einzelfall nur in Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgen. Insoweit sind die unteren Gesundheitsbehörden und das LZG Beteiligte. Die Ausweisung der Angebote im Krankenhausplan sichert die infektiologische Versorgung qualitativ und quantitativ.

Für die im Krankenhausrahmenplan ausgewiesenen Angebote ist inhaltlich auch auf die Erfüllung der Merkmale des zukünftigen Seuchenalarmplanes und den Nachweis der Einbindung in ein regionales infektiologisches Versorgungsnetz abzustellen.

5.4 Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe

Die demographische Entwicklung hat bereits in den zurückliegenden Jahren zu einem stetig steigenden Bedarf an pflegerischen und gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen geführt. Diese Tendenz zeichnet sich auch für die kommenden Jahre ab. Für eine qualitätsgesicherte Versorgung sind gut ausgebildete Fachkräfte sowohl in den Pflege- als auch in den weiteren Gesundheitsfachberufen zentrale Voraussetzung. Bereits mit der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2011 (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW 2012, S. 37) konnte auch für die Krankenhäuser in NRW ein Mangel an ausgebildeten Pflegefachkräften nachgewiesen werden. Die vorstehenden Entwicklungen gilt es bei der Festlegung der aktuell und zukünftig benötigten Ausbildungsplatzkapazitäten zu berücksichtigen.

5.4.1 Methode der Bedarfsermittlung

Bislang wird zur indikatorengestützten, prozessorientierten Bemessung des Ausbildungsplatzbedarfs das "pragmatische Modell" angewendet (vgl. Ministerialblatt NRW 2004 S. 856). Grundlage hierfür ist die "gesicherte Bedarfsprognose". Darunter versteht man die untere Marge der nach dem Bedarfsbemessungsverfahren ermittelten Anhaltzahlen unter Berücksichtigung der Nachfrage der Krankenhäuser, der Arbeitslosenquoten in den einzelnen Ausbildungen sowie der Annahmen zur Entwick-

lung des Fachkraftbedarfs. Die bisherige Bedarfsbemessung und Bedarfsfestlegung bezieht sich dabei ausschließlich auf die Krankenhäuser im Krankenhausplan.

Um jedoch eine möglichst zuverlässige Aussage zu bestehenden und kurzfristig entstehenden Bedarfen im Sinne einer umfassenden Bedarfsmessung und -planung vornehmen zu können, ist ein empirisches Modell zur Berechnung planerischer Kennzahlen notwendig. Nur über direkt im Berufsfeld erhobene Daten und Einschätzungen zu kurzfristigen Entwicklungen können sukzessiv die Grundlagen für ein solides Fachkräftemonitoring gelegt werden. Dieses ist mit Blick auf die sich abzeichnenden und demografisch bedingten Veränderungen innerhalb der Gesellschaft dringend notwendig. Damit kann zukünftig zeitnah auf die sich abzeichnende hohe Dynamik im System der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und damit auch auf die Bedarfe in den Berufsfeldern der Pflege- und Gesundheitsfachberufe reagiert werden. Deshalb soll das bislang gültige indikatorengestützte "pragmatische" Modell durch ein empirisch fundiertes Modell ersetzt werden.

Um eine an der Praxis orientierte Berechnung der benötigten Ausbildungskapazitäten vornehmen zu können, werden die notwendigen Daten zunächst stichprobenhaft alle 2 Jahre erhoben. Aufbauend auf den erhobenen Daten erfolgt die berufsspezifische Berechnung der benötigten Ausbildungsplatzkapazitäten. Die kontinuierliche Erhebung des Bedarfs an Ausbildungsplatzkapazitäten erfolgt mit dem Ziel der Gewährleistung einer bedarfsgerechten und möglichst wohnortnahen Bereitstellung von Ausbildungskapazitäten für die Pflege- und Gesundheitsfachberufe.

Planungsgrundsatz Ausbildungskapazitäten

Der Bedarf an Ausbildungsplätzen für die Berufe gemäß § 2 Nr. 1a KHG ist von der Nachfrage der Krankenhäuser nach entsprechend qualifizierten Fachkräften und von den bestehenden und sich abzeichnenden Bedarfen in pflegerischen Versorgungseinrichtungen abhängig.

Zur Festlegung der künftigen Ausbildungsplatzzahlen wird der im Erhebungsjahr ermittelte Anpassungsbedarf mit den bereits bestehenden, jahresbezogenen Ausbildungsplatzkapazitäten summiert. Das bedeutet, dass neu belegte Ausbildungsplatzkapazitäten im Erhebungsjahr zum Anpassungsbedarf addiert werden. Die Berechnung des Anpassungsbedarfs im Erhebungsjahr erfolgt dabei zukünftig nach folgender Formel²⁴:

$$a + b + c - d - e = \text{Anpassungsbedarf zum vorherigen Erhebungszeitraum}$$

a = offene Stellen (zunächst Stichprobe / später Vollerhebung) in Vollzeitäquivalenzen im Erhebungsjahr (stichtagsbezogen)

²⁴ s. D. Anhang Ziffer 14

b = Ersatzbedarf (kalkulierter, planerischer Bedarf z. B. durch Pensionierungen) der Einrichtungen für das kommende Jahr

c = Veränderungsbedarf der Einrichtungen (z. B. zusätzlich erforderliches Personal durch Eröffnen einer neuen Abteilung) im kommenden Jahr (+/-; Stichprobe)

d = Arbeitsmarktreserven (arbeitslos gemeldete Personen) im Erhebungsjahr

e = Absolventinnen und Absolventen der Berufe aus den Bildungseinrichtungen im Erhebungsjahr

Die benötigten Ausbildungsplatzkapazitäten werden alle 2 Jahre berechnet und mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung abgestimmt.

Für das Jahr 2013 kann aufgrund ggf. steigender Bewerberzahlen infolge des doppelten Abiturjahrgangs in Abstimmung mit allen Beteiligten eine einmalige Erhöhung der Ausbildungsplatzkapazitäten erfolgen.

5.4.2 Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Entsprechend der geltenden Vereinbarung wurden im Jahr 2011 landesweit für die dreijährige Ausbildung 16.515 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie 1.758 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vorgehalten. Auf dieser Grundlage erfolgt die erstmalige Berechnung der Ausbildungsbedarfe im Sinne der vorstehenden Systematik im Rahmen der Landesberichtserstattung Gesundheitsberufe 2012. Weitere Kriterien sind dem Anhang D 14 zu entnehmen.

5.4.3 Weitere Gesundheitsfachberufe

Für die weiteren Gesundheitsfachberufe gemäß § 2 Nr. 1a KHG erfolgt die Festlegung der bestehenden Ausbildungsbedarfe auf Landesebene. Solange für diese Berufe keine ausreichenden Grunddaten zur Verfügung stehen, werden die Kapazitäten auf der Grundlage der von den Krankenhäusern zurückgemeldeten Bedarfe in Kombination mit den bereits bestehenden Ausbildungsplatzkapazitäten festgelegt.

D. Anhänge

6. Versorgungsangebote gemäß § 116 b SGB V - Spezialärztliche Versorgung -

7. Zugelassene Krankenhäuser

8. Darstellung des Bettenbedarfs

9. Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2015
10. Krankenhausplan NRW Planungsgrundsätze
11. Grundlagen zur Anerkennung von Behandlungseinheiten zur Schlaganfallversorgung (Stroke Units) im Krankenhausplan NRW
12. Versorgungsgebiete
 - a) tabellarische Darstellung
 - b) kartografische Darstellung
13. Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum
14. Ausgestaltung der Bedarfsermittlung der benötigten Ausbildungsplatzkapazitäten

ENTWURF

D. Anhang Ziffer 6

Versorgungsangebote gem. § 116 b SGB V - Spezialfachärztliche Versorgung -

Viele Krankenhäuser können derzeit ambulante Leistungen nach § 116b SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 erbringen; die überwiegende Zahl der erteilten Genehmigungen bezieht sich auf onkologische Erkrankungen. Die erteilten Genehmigungen gelten vorläufig weiter. Sie sind spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten neuer Richtlinien des G-BA aufzuheben.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde § 116b SGB V deutlich verändert. Die neue ambulante spezialärztliche Versorgung ist insbesondere durch folgende Rahmenbedingungen geprägt:

Teilnehmen können sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärztinnen und -ärzte, die hierfür geeignet sind. Für alle Teilnehmer sollen die gleichen Qualitäts- und Vergütungsregelungen gelten.

Die ambulante spezialärztliche Versorgung wird auf schwere Ausprägungen von Erkrankungen mit besonderen Verlaufsformen sowie hochspezialisierte Leistungen beschränkt.

Bis Ende 2012 hat der G-BA Zeit, um Rahmenbedingungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung festzulegen. Ab Anfang 2013 können dann geeignete und interessierte Leistungserbringer ihre Teilnahmeabsicht beim erweiterten Landesausschuss anzeigen, der das Vorliegen der Voraussetzungen prüft.

Voraussetzung für die spezialfachärztliche Behandlung, insbesondere bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, ist in der Regel ein vertragsärztlicher Überweisungsvorbehalt, dies gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich.

Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, ambulante Leistungen anzubieten, wird durch die Neuregelung auf komplexe und schwer therapierbare Krankheiten, die jeweils eine spezielle Qualifikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine besondere Ausstattung erfordern, fokussiert. Zugleich werden die Wettbewerbsbedingungen für Niedergelassene und Krankenhäuser angeglichen.

Weitere Details können unter folgendem Link eingesehen werden:

http://www.mgepa.nrw.de/gesundheit/versorgung/ambulante_versorgung/index.php

D. Anhang Ziffer 7

Krankenhäuser im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen - Stand: 30.11.2012 (auf Basis der bestandskräftigen Feststellungsbescheide)				
Versorgungs- gebiet	Bezeichnung	KH-Art	Stadt / Gemeinde	Kreis / kreisfreie Stadt
1	Universitätsklinikum Düsseldorf	UK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	Sana Kliniken Düsseldorf GmbH	AK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	Krankenhaus Mörsebroich-Rath	AK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	Dominikus-Krankenhaus	AK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	St. Martinus-Krankenhaus	AK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	Marien-Hospital	AK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	St. Vinzenz-Krankenhaus	AK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	Krankenanstalten Florence Nightingale	AK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	Evangelisches Krankenhaus	AK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	Paracelsus-Klinik Gozheim	AK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	LVR- Klinikum Düsseldorf -Kliniken der Heinrich-Heine-Universität -	PK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	Johanniter Tagesklinik der Kaiserswerther Diakonie gGmbH	PK	Düsseldorf	Düsseldorf
1	Sana-Klinikum Remscheid	AK	Remscheid	Remscheid
1	Fabricius - Klinik Remscheid GmbH	AK	Remscheid	Remscheid
1	Evangelische Stiftung Tannenhof	PK	Remscheid	Remscheid
1	Krankenhaus Bethanien gGmbH	FK	Solingen	Solingen
1	Psychiatrische Tagesklinik	PK	Solingen	Solingen
1	Städtisches Klinikum Solingen	AK	Solingen	Solingen
1	St. Lukas Klinik GmbH	AK	Solingen	Solingen
1	HELIOS Klinikum Wuppertal	AK	Wuppertal	Wuppertal
1	Klinikverbund St. Antonius u. St. Josef	AK	Wuppertal	Wuppertal
1	Bethesda Krankenhaus Wuppertal	AK	Wuppertal	Wuppertal
1	St. Josef - Krankenhaus Haan	AK	Haan	Kreis Mettmann
1	St. Josefs Krankenhaus	AK	Hilden	Kreis Mettmann
1	St. Martinus-Krankenhaus	AK	Langenfeld (Rheinland)	Kreis Mettmann
1	Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH	AK	Mettmann	Kreis Mettmann
1	St. Marien-Krankenhaus	AK	Ratingen	Kreis Mettmann
1	Evangelisches Fachkrankenhaus und Altenhilfe Ratingen gGmbH	AK	Ratingen	Kreis Mettmann
1	Klinikum Niederberg	AK	Velbert	Kreis Mettmann
1	Krankenhaus Langenberg	PK	Velbert	Kreis Mettmann
1	St. Josef - Krankenhaus Monheim	AK	Monheim am Rhein	Kreis Mettmann
1	LVR Klinik Langenfeld	PK	Langenfeld (Rheinland)	Kreis Mettmann
1	Fliedner-Krankenhaus, Ratingen	PK	Ratingen	Kreis Mettmann
1	Hilfepädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum	PK	Wülfrath	Kreis Mettmann
2	Universitätsklinikum Essen	UK	Essen	Essen
2	Kliniken Essen-Süd - Kath. Krankenhaus St. Josef gGmbH -	AK	Essen	Essen
2	Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel	AK	Essen	Essen
2	Katholische Kliniken Essen-Nord	AK	Essen	Essen
2	Kath. Krankenhaus "Philippus-Stift"	AK	Essen	Essen
2	Elisabeth-Krankenhaus	AK	Essen	Essen
2	Alfried Krupp Krankenhaus Steele	AK	Essen	Essen
2	Kliniken Essen Mitte/Ev. Huysens-Stiftung/Knappschaft gGmbH	AK	Essen	Essen
2	Kliniken Essen Süd - Ev. Krankenhaus Essen-Werden gGmbH	AK	Essen	Essen
2	Alfried-Krupp Krankenhaus	AK	Essen	Essen
2	Ruhrlandklinik	FK	Essen	Essen
2	LVR Klinik Essen	PK	Essen	Essen
2	Fachklinik Kamillushaus GmbH	PK	Essen	Essen
2	St. Marien-Hospital	AK	Mülheim an der Ruhr	Mülheim an der Ruhr
2	Ev. Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH	AK	Mülheim an der Ruhr	Mülheim an der Ruhr
2	HELIOS St. Elisabeth- Klinik Oberhausen GmbH	AK	Oberhausen	Oberhausen
2	Katholische Kliniken Oberhausen	AK	Oberhausen	Oberhausen
2	St. Clemens Hospital Sterkrade gGmbH	AK	Oberhausen	Oberhausen
2	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen	AK	Oberhausen	Oberhausen
3	Klinikum Duisburg	AK	Duisburg	Duisburg
3	Mattöser Klinikum Duisburg	AK	Duisburg	Duisburg
3	HELIOS Klinikum Duisburg	AK	Duisburg	Duisburg
3	Evangelisches und Johanniter Klinikum Duisburg/Dinslaken/Oberhausen	AK	Duisburg	Duisburg
3	Ev. Krankenhaus Bethesda	AK	Duisburg	Duisburg
3	Johanniter-Krankenhaus Rheinhausen	AK	Duisburg	Duisburg
3	Fachklinik St. Camillus	PK	Duisburg	Duisburg
3	St. Willibrord-Spital Emmerich	AK	Rees	Kreis Kleve
3	St. Clemens-Hospital	AK	Geldern	Kreis Kleve
3	Wilhelm-Anton-Hospital	AK	Goch	Kreis Kleve
3	St. Nikolaus-Hospital	AK	Kalkar	Kreis Kleve
3	Marienhospital Kavelaer	AK	Kevelaer	Kreis Kleve
3	St.-Antonius - Hospital Kleve	AK	Kleve	Kreis Kleve
3	LVR-Klinik Bedburg-Hau	PK	Bedburg-Hau	Kreis Kleve
3	St. Vinzenz-Hospital	AK	Dinslaken	Kreis Wesel
3	St. Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH	AK	Kamp-Lintfort	Kreis Wesel
3	St. Josef-Krankenhaus	AK	Moers	Kreis Wesel
3	Krankenhaus Bethanien	AK	Moers	Kreis Wesel
3	Marien-Hospital gGmbH	AK	Wesel	Kreis Wesel
3	Evangelisches Krankenhaus Wesel GmbH	AK	Wesel	Kreis Wesel
3	St. Josef-Hospital	AK	Xanten	Kreis Wesel
4	HELIOS Klinikum Krefeld	AK	Krefeld	Krefeld
4	St. Josephshospital Uerdingen	AK	Krefeld	Krefeld
4	Klinik Königshof	PK	Krefeld	Krefeld
4	Krankenhaus Maria-Hilf	AK	Krefeld	Krefeld
4	KH Neuwerk "Maria von den Aposteln"	AK	Mönchengladbach	Mönchengladbach
4	Städtische Kliniken Mönchengladbach	AK	Mönchengladbach	Mönchengladbach
4	Kliniken Maria-Hilf Mönchengladbach	AK	Mönchengladbach	Mönchengladbach

Krankenhäuser im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen - Stand: 30.11.2012
(auf Basis der bestandskräftigen Feststellungsbescheide)

Versorgungsgebiet	Bezeichnung	KH-Art	Stadt / Gemeinde	Kreis / kreisfreie Stadt
4	Ev. Krankenhaus "Bethesda"	AK	Mönchengladbach	Mönchengladbach
4	LVR-Klinik Mönchengladbach	PK	Mönchengladbach	Mönchengladbach
4	Kreiskrankenhaus Dormagen	AK	Dormagen	Rhein-Kreis Neuss
4	Kreiskrankenhaus Grevenbroich	AK	Grevenbroich	Rhein-Kreis Neuss
4	St. Elisabeth - Hospital Meerbusch-Lank	FK	Meerbusch	Rhein-Kreis Neuss
4	Johanna-Elisabeth-Krankenhaus, Neuss	AK	Neuss	Rhein-Kreis Neuss
4	Städt. Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus	AK	Neuss	Rhein-Kreis Neuss
4	Fachkrankenhäuser St. Josef / St. Alexius	PK	Neuss	Rhein-Kreis Neuss
4	Alexianer-Klinik Meerbusch GmbH	PK	Meerbusch	Rhein-Kreis Neuss
4	Hospital "Zum Heiligen Geist"	AK	Kempen	Kreis Viersen
4	Städtisches Krankenhaus Nettetal GmbH	AK	Nettetal	Kreis Viersen
4	Antoniuszentrum GmbH Kranken- und Seniorenhaus der Stadt Tönisvorst	AK	Tönisvorst	Kreis Viersen
4	LVR-Klinik für Orthopädie Viersen	FK	Viersen	Kreis Viersen
4	St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln	AK	Viersen	Kreis Viersen
4	Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH	AK	Viersen	Kreis Viersen
4	Katharinen-Hospital	AK	Willich	Kreis Viersen
4	LVR-Klinik Viersen	PK	Viersen	Kreis Viersen
5	Universitätsklinikum Köln	UK	Köln	Köln
5	Städt. Kinderkrankenhaus	AK	Köln	Köln
5	Städt. Krankenhaus Köln-Holweide	AK	Köln	Köln
5	Städt. Krankenhaus Köln-Merheim	AK	Köln	Köln
5	Dreifaltigkeits-Krankenhaus	AK	Köln	Köln
5	Malteser Krankenhaus St. Hildegardis	AK	Köln	Köln
5	Eduardus-Krankenhaus	AK	Köln	Köln
5	St. Agatha-Krankenhaus	AK	Köln	Köln
5	Hellig-Geist-Krankenhaus	AK	Köln	Köln
5	Krankenhaus der AugustinerInnen	AK	Köln	Köln
5	St. Marfan-Hospital	AK	Köln	Köln
5	St. Vinzenz-Hospital	AK	Köln	Köln
5	St. Antonius-Krankenhaus	AK	Köln	Köln
5	St. Franziskus-Hospital	AK	Köln	Köln
5	St. Elisabeth-Krankenhaus	AK	Köln	Köln
5	Ev. Krankenhaus Kalk	AK	Köln	Köln
5	Ev. Krankenhaus Weyertal	AK	Köln	Köln
5	Tagesklinik Alteburger Straße	PK	Köln	Köln
5	Krankenhaus Porz am Rhein	AK	Köln	Köln
5	LVR-Klinik Köln	PK	Köln	Köln
5	Alexianer-Krankenhaus	PK	Köln	Köln
5	Johanniter-Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	PK	Köln	Köln
5	Klinikum Leverkusen	AK	Leverkusen	Leverkusen
5	St. Remigius Krankenhaus	AK	Leverkusen	Leverkusen
5	Dreifaltigkeits-Krankenhaus	AK	Wesseling	Rhein-Erft-Kreis
5	Krankenhaus St. Hubertusstift	AK	Bedburg	Rhein-Erft-Kreis
5	Maria-Hilf Krankenhaus	AK	Bergheim	Rhein-Erft-Kreis
5	Marienhospital Brühl	AK	Brühl	Rhein-Erft-Kreis
5	Marien - Hospital	AK	Erfstadt	Rhein-Erft-Kreis
5	St. Katharinen-Hospital	AK	Frechen	Rhein-Erft-Kreis
5	Sana - Krankenhaus Hürth GmbH	AK	Hürth	Rhein-Erft-Kreis
5	Katholische Kliniken Oberberg	AK	Engelskirchen	Oberbergischer Kreis
5	Klinikum Oberberg	AK	Gummersbach	Oberbergischer Kreis
5	Johanniter-Krankenhaus Radevormwald	AK	Radevormwald	Oberbergischer Kreis
5	Kreiskrankenhaus Waldbröl	AK	Waldbröl	Oberbergischer Kreis
5	St. Josef-Krankenhaus	AK	Wipperfürth	Oberbergischer Kreis
5	Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff Haus	VV	Radevormwald	Oberbergischer Kreis
5	Marien-Krankenhaus	AK	Bergisch Gladbach	Rheinisch-Bergischer-Kreis
5	Vinzenz Pallotti Hospital	AK	Bergisch Gladbach	Rheinisch-Bergischer-Kreis
5	Evangelisches Krankenhaus	AK	Bergisch Gladbach	Rheinisch-Bergischer-Kreis
5	Krankenhaus Wermelskirchen GmbH	AK	Wermelskirchen	Rheinisch-Bergischer-Kreis
5	Psychosomatische Klinik	PK	Bergisch Gladbach	Rheinisch-Bergischer-Kreis
6	Universitätsklinikum Bonn	UK	Bonn	Bonn
6	Gemeinschaftskrankenhaus St. Elisabeth/St. Petrus/St. Johannes Bonn	AK	Bonn	Bonn
6	St. Josef-Hospital	AK	Bonn	Bonn
6	Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg	AK	Bonn	Bonn
6	St. Marien-Hospital	AK	Bonn	Bonn
6	Johanniter Krankenhaus	AK	Bonn	Bonn
6	Ev. Krankenhaus Bad Godesberg	AK	Bonn	Bonn
6	MediClin Robert Janker Klinik	FK	Bonn	Bonn
6	LVR-Klinik Bonn	PK	Bonn	Bonn
6	Marien-Hospital	AK	Euskirchen	Kreis Euskirchen
6	Kreiskrankenhaus Mechernich	AK	Mechernich	Kreis Euskirchen
6	St. Antonius-Krankenhaus	AK	Schleiden	Kreis Euskirchen
6	Krankenanstalten Marlonborn	PK	Zülpich	Kreis Euskirchen
6	Kath. Krankenhaus im Siebengebirge	AK	Bad Honnef	Rhein-Sieg-Kreis
6	St. Franziskus-Krankenhaus	AK	Eitorf	Rhein-Sieg-Kreis
6	ASKLEPIOS Klinik Sankt Augustin	AK	Sankt Augustin	Rhein-Sieg-Kreis
6	HELIOS Klinikum Siegburg	AK	Siegburg	Rhein-Sieg-Kreis
6	St. Josef - Hospital	AK	Troisdorf	Rhein-Sieg-Kreis
6	St. Johannes-Krankenhaus	AK	Troisdorf	Rhein-Sieg-Kreis
6	Rhein-Klinik	FK	Bad Honnef	Rhein-Sieg-Kreis
6	Krankenhaus zur Heiligen Familie	FK	Bornheim	Rhein-Sieg-Kreis
6	Tagesklinik Siegburg - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	PK	Siegburg	Rhein-Sieg-Kreis
7	Universitätsklinikum Aachen	UK	Aachen	Städteregion Aachen
7	Marienhospital Aachen	AK	Aachen	Städteregion Aachen

Krankenhäuser im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen - Stand: 30.11.2012
(auf Basis der bestandskräftigen Feststellungsbescheide)

Versorgungsgebiet	Bezeichnung	KH-Art	Stadt / Gemeinde	Kreis / kreisfreie Stadt
7	St. Franziskus-Krankenhaus	AK	Aachen	Städteregion Aachen
7	Luisenhospital	AK	Aachen	Städteregion Aachen
7	Alexianer-Krankenhaus	PK	Aachen	Städteregion Aachen
7	St. Antonius-Hospital	AK	Eschweiler	Städteregion Aachen
7	Elfenklinik St. Brigida	AK	Simmerath	Städteregion Aachen
7	Bethlehem Krankenhaus	AK	Stolberg (Rhld.)	Städteregion Aachen
7	Medizinisches Zentrum StädteRegion Aachen	AK	Wirselen	Städteregion Aachen
7	Krankenhaus Düren	AK	Düren	Kreis Düren
7	St. Marien-Hospital	AK	Düren	Kreis Düren
7	St. Augustinus-Krankenhaus	AK	Düren	Kreis Düren
7	St. Elisabeth Krankenhaus	AK	Jülich	Kreis Düren
7	St. Josef-Krankenhaus	AK	Linnich	Kreis Düren
7	LVR-Klinik Düren	PK	Bergheim	Rhein-Erft-Kreis
7	Hermann-Josef-Krankenhaus	AK	Erkelenz	Kreis Heinsberg
7	St. Elisabeth-Krankenhaus	AK	Gelsenkirchen	Kreis Heinsberg
7	Städt. Krankenhaus Heinsberg	AK	Heinsberg	Kreis Heinsberg
7	St. Antonius-Krankenhaus	AK	Wegberg	Kreis Heinsberg
7	Krankenhaus Maria-Hilf Gangelt	PK	Gangelt	Kreis Heinsberg
8	Knappschaftskrankenhaus Bottrop	AK	Bottrop	Bottrop
8	Marienhospital Bottrop	AK	Bottrop	Bottrop
8	Bergmannsheil und Kinderklinik Buer	AK	Gelsenkirchen	Gelsenkirchen
8	Elisabeth-Krankenhaus	AK	Gelsenkirchen	Gelsenkirchen
8	Marienhospital Gelsenkirchen	AK	Gelsenkirchen	Gelsenkirchen
8	St. Marien-Hospital Buer	AK	Gelsenkirchen	Gelsenkirchen
8	Evangelische Kliniken Gelsenkirchen GmbH	AK	Gelsenkirchen	Gelsenkirchen
8	Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel	AK	Castrop-Rauxel	Kreis Recklinghausen
8	Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln	AK	Datteln	Kreis Recklinghausen
8	St. Vincenz-Krankenhaus	AK	Datteln	Kreis Recklinghausen
8	Katholisches Klinikum Ruhrgebiet Nord	AK	Marl	Kreis Recklinghausen
8	St. Elisabeth-Hospital Herten gGmbH	AK	Herten	Kreis Recklinghausen
8	Klinikum Vest	AK	Recklinghausen	Kreis Recklinghausen
8	Prosper-Hospital	AK	Recklinghausen	Kreis Recklinghausen
8	Elisabeth-Krankenhaus Recklinghausen	AK	Recklinghausen	Kreis Recklinghausen
8	St. Laurentius-Stift Waltrop	AK	Waltrop	Kreis Recklinghausen
8	Katholische Kliniken Emscher-Lippe	AK	Gladbeck	Kreis Recklinghausen
8	LWL-Klinik Herten	PK	Herten	Kreis Recklinghausen
8	LWL-Klinik Marl-Sinsen Haard Klinik	PK	Marl	Kreis Recklinghausen
9	Universitätsklinikum Münster	UK	Münster	Münster
9	Clemenshospital Münster	AK	Münster	Münster
9	Herz-Jesu-Krankenhaus	AK	Münster	Münster
9	St. Franziskus-Hospital	AK	Münster	Münster
9	Raphaelsklinik	AK	Münster	Münster
9	Evangelisches Krankenhaus Johannisstift	AK	Münster	Münster
9	LWL-Klinik Münster	PK	Münster	Münster
9	Fachklinik Hornheide	FK	Münster	Münster
9	Alexianer Krankenhaus Münster-Amelsbüren	PK	Münster	Münster
9	St. Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden	AK	Ahaus	Kreis Borken
9	St. Agnes-Hospital	AK	Bocholt	Kreis Borken
9	St. Marien-Hospital	AK	Borken	Kreis Borken
9	St. Antonius-Hospital Gronau	AK	Gronau (Westfalen)	Kreis Borken
9	Lukas-Krankenhaus Gronau	AK	Gronau (Westfalen)	Kreis Borken
9	Augusta-Hospital	FK	Isselburg	Kreis Borken
9	Krankenhaus Maria-Hilf	AK	Stadtlöh	Kreis Borken
9	Christophorus Kliniken	AK	Coesfeld	Kreis Coesfeld
9	Klinik am Schlossgarten	PK	Dölmen	Kreis Coesfeld
9	Marienhospital Emsdetten	AK	Emsdetten	Kreis Steinfurt
9	Maria-Josef-Hospital	AK	Greven	Kreis Steinfurt
9	Klinikum Ibbenbüren	AK	Ibbenbüren	Kreis Steinfurt
9	Heilios Klinik Lengerich	AK	Lengerich	Kreis Steinfurt
9	Plushospital Ochtrup	AK	Ochtrup	Kreis Steinfurt
9	Mathias-Spital Rhelne	AK	Rhelne	Kreis Steinfurt
9	Marienhospital Steinfurt	AK	Altenberge	Kreis Steinfurt
9	St. Antonius-Krankenhaus	PK	Hörstel	Kreis Steinfurt
9	Westfälische Klinik Lengerich	PK	Lengerich	Kreis Steinfurt
9	St. Franziskus-Hospital Ahlen	AK	Ahlen	Kreis Warendorf
9	St. Elisabeth-Hospital	AK	Beckum	Kreis Warendorf
9	Marienhospital Oelde	AK	Oelde	Kreis Warendorf
9	St. Josef-Stift Sendenhorst	FK	Sendenhorst	Kreis Warendorf
9	Josephs-Hospital Warendorf	AK	Warendorf	Kreis Warendorf
9	St. Rochus-Hospital	PK	Teigelte	Kreis Warendorf
9	Tagesklinik Walstedde	AK	Drensteinfurt	Kreis Warendorf
10	Klinikum Bielefeld	AK	Bielefeld	Bielefeld
10	Katholische Hospitaervereinigung Ostwestfalen	AK	Bielefeld	Bielefeld
10	Evangelisches Krankenhaus Bielefeld	AK	Bielefeld	Bielefeld
10	Krankenhaus Mara	FK	Bielefeld	Bielefeld
10	Fachkrankenhaus Bethel	PK	Bielefeld	Bielefeld
10	Fachkrankenhaus Eckardtshelm	PK	Bielefeld	Bielefeld
10	Klinikum Gütersloh	AK	Gütersloh	Kreis Gütersloh
10	St. Elisabeth-Hospital	AK	Harsewinkel	Kreis Gütersloh
10	LWL Klinikum Gütersloh	PK	Gütersloh	Kreis Gütersloh
10	Lukas-Krankenhaus Bünde	AK	Bünde	Kreis Herford
10	Evangelisches Krankenhaus Enger - Fachklinik für Geriatrie	FK	Enger	Kreis Herford
10	Klinikum Herford, A&R	AK	Herford	Kreis Herford

Krankenhäuser im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen - Stand: 30.11.2012
(auf Basis der bestandskräftigen Feststellungsbescheide)

Versorgungsgebiet	Bezeichnung	KH-Art	Stadt / Gemeinde	Kreis / kreisfreie Stadt
10	Klinikum Lippe	AK	Detmold	Kreis Lippe
10	Lippische Nervenklinik Dr. Spernau GmbH & Co. KG	PK	Bad Salzuflen	Kreis Lippe
10	Klinik am Hellweg - Tagesklinik Sucht	PK	Oerlinghausen	Kreis Lippe
10	gpz Gemeindepsychiatrisches Zentrum gGmbH	PK	Detmold	Kreis Lippe
10	Krankenhaus Bad Oeynhausen	AK	Bad Oeynhausen	Kreis Minden-Lübbecke
10	Auguste-Viktoria-Klinik	FK	Bad Oeynhausen	Kreis Minden-Lübbecke
10	Krankenhaus Lübbecke-Rahden	AK	Lübbecke	Kreis Minden-Lübbecke
10	Johannes Wesling Klinikum Minden	AK	Minden	Kreis Minden-Lübbecke
10	Chirurgische Innenstadt-Klinik Minden GmbH & Co.KG	AK	Minden	Kreis Minden-Lübbecke
10	Gohlwitzer-Meier-Klinik	AK	Bad Oeynhausen	Kreis Minden-Lübbecke
10	Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen	AK	Bad Oeynhausen	Kreis Minden-Lübbecke
10	Rheuma-Klinik Dr. Laufen	FK	Bad Oeynhausen	Kreis Minden-Lübbecke
11	St. Josef- und St. Vincenz-Kliniken Bad Driburg-Braket	AK	Bad Driburg	Kreis Höxter
11	St. Ansgar- und St. Rochus-Kliniken Höxter - Stelnhelm	AK	Höxter	Kreis Höxter
11	St. Petri-Hospital Warburg	AK	Warburg	Kreis Höxter
11	St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn	AK	Paderborn	Kreis Paderborn
11	Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn	AK	Paderborn	Kreis Paderborn
11	St. Johannisstift Ev. Krankenhaus Paderborn gGmbH	AK	Paderborn	Kreis Paderborn
11	St. Josefs-Krankenhaus Salzkotten	AK	Salzkotten	Kreis Paderborn
11	Karl-Hansen-Klinik	FK	Bad Lippspringe	Kreis Paderborn
11	LWL-Klinik Paderborn	PK	Paderborn	Kreis Paderborn
12	St. Barbara-Klinik Heesen	AK	Hamm	Hamm
12	St. Marien-Hospital Hamm	AK	Hamm	Hamm
12	Ev. Krankenhaus Hamm	AK	Hamm	Hamm
12	LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum	PK	Hamm	Hamm
12	Klinik für Manuelle Therapie - Klinik für Wirbelsäulen-, Gelenk- und Schmerztherapie	FK	Hamm	Hamm
12	Hospital Zum Heiligen Geist	AK	Geseke	Kreis Soest
12	Dreifaltigkeits-Hospital	AK	Lippstadt	Kreis Soest
12	Ev. Krankenhaus	AK	Lippstadt	Kreis Soest
12	Klinikum Stadt Soest	AK	Soest	Kreis Soest
12	Marlenkrankenhaus	AK	Soest	Kreis Soest
12	Krankenhaus "Maria Hilff"	AK	Warstein	Kreis Soest
12	Marlannen-Hospital Werl	AK	Werl	Kreis Soest
12	LWL-Klinik Lippstadt	PK	Lippstadt	Kreis Soest
12	Westfälische Klinik Warstein	PK	Warstein	Kreis Soest
12	Städt. Hellmig-Krankenhaus	AK	Kamen	Kreis Unna
12	Klinik am Park	AK	Lünen	Dortmund
12	St. Marien-Hospital	AK	Lünen	Kreis Unna
12	Marlenkrankenhaus Schwerte	AK	Schwerte	Kreis Unna
12	Ev. Krankenhaus Schwerte	AK	Schwerte	Kreis Unna
12	Katharinen-Hospital	AK	Unna	Kreis Unna
12	Ev. Krankenhaus	AK	Unna	Kreis Unna
12	St. Christophorus-Krankenhaus	AK	Werne	Kreis Unna
12	Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Königsborn	FK	Unna	Kreis Unna
12	Tagesklinik Schwerte	PK	Schwerte	Kreis Unna
13	LWL-Universitätsklinik Bochum der Ruhr-Universität Bochum	PK	Bochum	Bochum
13	Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH	AK	Bochum	Bochum
13	Knappschaftskrankenhaus Bochum-Langendreer	AK	Bochum	Bochum
13	St. Josefs-Hospital	AK	Bochum	Bochum
13	St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital	AK	Bochum	Bochum
13	Marlen-Hospital Wattenscheid	AK	Bochum	Bochum
13	Augusta-Kranken-Anstalt	AK	Bochum	Bochum
13	Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid	AK	Bochum	Bochum
13	Klinikum Dortmund	AK	Dortmund	Dortmund
13	Marlen-Hospital Dortmund-Hombruch	AK	Dortmund	Dortmund
13	Knappschaftskrankenhaus Dortmund-Brackel	AK	Dortmund	Dortmund
13	St. Johannes-Hospital	AK	Dortmund	Dortmund
13	St. Elisabeth-Krankenhaus	AK	Dortmund	Dortmund
13	St. Josefs-Hospital	AK	Dortmund	Dortmund
13	Katholisches Krankenhaus Dortmund West	AK	Dortmund	Dortmund
13	Ev. Krankenhaus Bethanien	AK	Dortmund	Dortmund
13	Ev. Krankenhaus Lütgendortmund	AK	Dortmund	Dortmund
13	Hüttenhospital Dortmund-Hörde	AK	Dortmund	Dortmund
13	LWL-Klinik Dortmund	PK	Bergkamen	Kreis Unna
13	LWL-Klinik Dortmund Elisabeth-Klinik	PK	Dortmund	Dortmund
13	St. Anna-Hospital	AK	Herne	Herne
13	St. Marien-Hospital Eickel	PK	Herne	Herne
13	Marlenhospital	AK	Herne	Herne
13	Ev. Krankenhaus Herne	AK	Herne	Herne
13	Rheumazentrum Ruhrgebiet - St. Josefs-Krankenhaus	FK	Herne	Herne
14	Katholisches Krankenhaus Hagen	AK	Hagen	Hagen
14	Allgemeines Krankenhaus Hagen	AK	Hagen	Hagen
14	Ev. Krankenhaus Hagen-Häsepe	AK	Hagen	Hagen
14	Ev. Krankenhaus Elsey	AK	Hagen	Hagen
14	HELIOS Klinik Hagen-Ambrock	FK	Hagen	Hagen
14	Friedner Klinik Gevelsberg	PK	Gevelsberg	Ennepe-Ruhr-Kreis
14	Klinik Blankenstein	AK	Hattingen	Ennepe-Ruhr-Kreis
14	Ev. Krankenhaus Hattingen	AK	Hattingen	Ennepe-Ruhr-Kreis
14	Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	AK	Herdecke	Ennepe-Ruhr-Kreis
14	HELIOS Klinikum Schwelm	AK	Schwelm	Ennepe-Ruhr-Kreis
14	Marlenhospital Schwelm	AK	Schwelm	Ennepe-Ruhr-Kreis
14	Marlen-Hospital Witten	AK	Witten	Ennepe-Ruhr-Kreis

Krankenhäuser im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen - Stand: 30.11.2012.
(auf Basis der bestandskräftigen Feststellungsbescheide)

Versorgungsgebiet	Bezeichnung	KH-Art	Stadt / Gemeinde	Kreis / kreisfreie Stadt
14	Evangelisches Krankenhaus Witten	AK	Witten	Ennepe-Ruhr-Kreis
14	Orthopädische Klinik Voimmarstein	FK	Wetter (Ruhr)	Ennepe-Ruhr-Kreis
14	St. Vinzenz-Krankenhaus	AK	Altena	Märkischer Kreis
14	Paracelsus-Klinik Hemer	AK	Hemer	Märkischer Kreis
14	Marienhospital Letmathe	AK	Iserlohn	Märkischer Kreis
14	Kath. Kliniken Im Märkischen Kreis	AK	Menden (Sauerland)	Märkischer Kreis
14	Ev. Krankenhaus Bethanien Iserlohn	AK	Iserlohn	Märkischer Kreis
14	Klinikum LÜdenscheid	AK	LÜdenscheid	Märkischer Kreis
14	Krankenhaus Plettenberg	AK	Plettenberg	Märkischer Kreis
14	Stadtklinik Werdohl	AK	Werdohl	Märkischer Kreis
14	Berglandklinik LÜdenscheid Fachklinik für Gynäkologie u. Geburtshilfe	AK	LÜdenscheid	Märkischer Kreis
14	LWL-Klinik Hemer Hans Prinzhorn Klinik	PK	Hemer	Märkischer Kreis
14	Lungenklinik Hemer	FK	Hemer	Märkischer Kreis
14	Sportklinik Hellersen	FK	LÜdenscheid	Märkischer Kreis
15	Marienhospital Arnsberg	AK	Arnsberg	Hochsauerlandkreis
15	St. Johannes-Hospital Nohelm	AK	Arnsberg	Hochsauerlandkreis
15	Karolinen-Hospital Hösten	AK	Arnsberg	Hochsauerlandkreis
15	Städtisches Krankenhaus Maria-Hilf Brilon	AK	Brilon	Hochsauerlandkreis
15	St. Marien-Hospital	AK	Marsberg	Hochsauerlandkreis
15	St. Walburga-Krankenhaus	AK	Meschede	Hochsauerlandkreis
15	Elisabeth-Klinik	FK	Olsberg	Hochsauerlandkreis
15	St. Georg Krankenhaus Schmallenberg (geschlossen am 28.11.2012)	AK	Schmallenberg	Hochsauerlandkreis
15	St. Franziskus-Hospital Winterberg	AK	Winterberg	Hochsauerlandkreis
15	LWL-Klinik Marsberg Inner- und Jugendpsychiatrie	PK	Marsberg	Hochsauerlandkreis
15	LWL-Klinik Marsberg	PK	Marsberg	Hochsauerlandkreis
15	Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft	FK	Schmallenberg	Hochsauerlandkreis
15	Sauerlandklinik	FK	Sundern (Sauerland)	Hochsauerlandkreis
15	Neurologische Klinik Sorpesee	FK	Sundern (Sauerland)	Hochsauerlandkreis
16	Krankenhaus St. Barbara Attendorn	AK	Attendorn	Kreis Olpe
16	St. Josefs-Hospital	AK	Lennestadt	Kreis Olpe
16	St. Mariinus-Hospital	AK	Olpe	Kreis Olpe
16	HELIOS Klinik Bad Berleburg	AK	Bad Berleburg	Kreis Siegen-Wittgenstein
16	Kreisklinikum Siegen	AK	Siegen	Kreis Siegen-Wittgenstein
16	St. Marien-Krankenhaus	AK	Siegen	Kreis Siegen-Wittgenstein
16	Diakonie Klinikum	AK	Freudenberg	Kreis Siegen-Wittgenstein
16	DRK-Kinderklinik Siegen	AK	Siegen	Kreis Siegen-Wittgenstein
16	Klinik Wittgenstein	PK	Bad Berleburg	Kreis Siegen-Wittgenstein

D. Anhang Ziffer 8

Voraussichtlicher Bettenbedarf 2015		
Gebiet	Betten	tagesklinische Plätze
Augenheilkunde	782	
Chirurgie	27.622	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6.212	
Geriatric	5.197	
HNO-Heilkunde	1.889	
Haut- und Geschlechtskrankheiten	942	
Innere Medizin	36.452	
Kinder- und Jugendmedizin	4.053	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	1.224	764
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	492	
Neurochirurgie	1.413	
Neurologie	5.058	
Nuklearmedizin	145	
Psychiatrie und Psychosomatik	14.438	3.906
Strahlentherapie	566	
Urologie	3.480	
Summe	109.965	4.670

D. Anhang Ziffer 9

Krankenhausplan 2015 des Landes Nordrhein-Westfalen

Tab. Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2015

Fachabteilung ¹	Ausweisung im Krankenhausplan 2015		
	Angabe mit Bettenzahl	Angabe ohne Bettenzahl	generell keine Ausweisung
Augenheilkunde	X		
Chirurgie	X		
davon			
<i>Gefäßchirurgie</i>			X
<i>Kinderchirurgie</i>			X
<i>Orthopädie und Unfallchirurgie</i>			X
<i>Plastische Chirurgie</i>			X
<i>Thoraxchirurgie</i>			X
<i>Viszeralchirurgie</i>			X
<i>Allgemeine Chirurgie</i>			X
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	X		
Geriatric	X		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	X		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	X		
Innere Medizin	X		
davon			
<i>Angiologie</i>			X
<i>Endokrinologie</i>			X
<i>Gastroenterologie</i>			X
<i>Hämatologie und Onkologie</i>			X
<i>Kardiologie</i>			X
<i>Nephrologie</i>			X
<i>Pneumologie</i>			X
<i>Rheumatologie</i>			X
<i>Allgemeine Innere Medizin</i>			X
Kinder- und Jugendmedizin	X ²		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	X		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	X		
Neurochirurgie	X		
Neurologie	X		
Nuklearmedizin	X		
Psychiatrie und Psychosomatik	X		
Strahlentherapie	X		
Urologie	X		
Herzchirurgie	X		
Transplantationszentren		X	
Brustzentren (Senologie)	X		
Stroke Units	X		
Naturheilkunde	X		
Palliativmedizin	X		
Intensivstationen	X		
Infektionsabteilungen	X		

¹fett: Hauptdisziplin (entspricht einem Gebiet der Weiterbildungsordnung - Ausnahme "Geriatric");
nicht fett, kursiv: Subdisziplin (entspricht Facharztkompetenz der Weiterbildungsordnung)

²nachrichtlicher Ausweis der Einstufung als Perinatalzentrum (Level 1 oder 2) gemäß G-BA-Vereinbarung

Krankenhausplan NRW

Planungsgrundsätze

1. Der Krankenhausplan legt Art und Umfang der für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens erforderlichen Kapazitäten fest.
Der Plan soll bis zum 31.12. 2015 umgesetzt sein.
2. Im Krankenhausplan werden Krankenhäuser nach § 108 Nr. 1 und 2 SGB V [Uni-Kliniken und Plankrankenhäuser] und die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG [zur Ausbildung von z.B. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, ErgotherapeutInnen, KrankengymnastInnen, Hebammen etc.] aufgenommen; die Einrichtungen nach § 108 Nr. 3 SGB V werden bei der Planung berücksichtigt. [Siehe auch Grundsatz 8].
3. Der Planung unterliegen festgelegte Leistungsangebote (Anlage). Deren Inhalte werden in den Rahmenvorgaben des Landes orientiert an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe näher bestimmt. Ziel ist die Transparenz über die damit verbundenen Versorgungsaufträge.
 - 3.1 Externe Qualitätsvorgaben nach dem SGB V sind verbindlich, das Land kann weitere Vorgaben machen. [Kriterien des G-BA, z.B. Mindestmengen; Landeseigene Kriterien: z.B. Brustzentren, Geriatriekonzept].
 - 3.2 Sofern Qualitätssteigerungen durch Konzentration begründet werden

können, können Behandlungszentren benannt werden.

4. Das Prinzip der Regionalplanung wird beibehalten, regionale Besonderheiten werden berücksichtigt. In Versorgungsgebieten mit weniger als 1 Million EinwohnerInnen muss kein vollständiges Angebotsspektrum vorgehalten werden, wenn in angrenzenden Versorgungsgebieten eine Versorgung sichergestellt wird

[Das Land definiert in Rahmenvorgaben Versorgungsgebiete, nach denen regionale Kapazitätsverteilungen vorzunehmen sind. Ziel: Beibehaltung der bisher 16 VG].

- 4.1 Für die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte nach § 14 KHGG NRW legen die Beteiligten die Region gemeinsam fest. Regionen werden funktional, insbesondere nach medizinischen, geographischen und demographischen Kriterien auch versorgungsgebietsübergreifend definiert.

- 4.2 Alle EinwohnerInnen Nordrhein-Westfalens sollen innerhalb von 20 km vom Wohnort ein Krankenhaus erreichen können. Topografische oder verkehrsinfrastrukturelle Gegebenheiten können kürzere Entfernungen erforderlich machen, wenn Nachteile für die rettungsdienstliche Versorgung zu erwarten sind. Belange der klinischen und präklinischen Notfallmedizin sind zu berücksichtigen.

5. Der Rahmenplan legt die auf Landesebene notwendigen Kapazitäten fest.

6. Für die Berechnung der notwendigen Kapazitäten wird grundsätzlich die Formel nach Hill-Burton angewendet. Diese verknüpft die Determinanten Krankenhaushäufigkeit (KH), Verweildauer (VD), Zahl der zu versorgenden Bevölkerung (E) mit dem normativ festgelegten Auslastungsgrad (BN):

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{VD} \times \text{KH} \times \text{E}}{\text{BN} \times 365}$$

Für die Berechnung des Platzbedarfs bei psychiatrischen Tageskliniken gilt die Formel:

$$\frac{\text{VD} \times \text{KH} \times \text{E}}{\text{BN} \times 250}$$

- 6.1 Die Einwohnerzahl basiert auf der amtlichen Bevölkerungsprognose.
- 6.2 Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer basieren auf Trendberechnungen und deren fachlichen Bewertungen.
7. Teilstationäre Leistungen werden in stationären Einrichtungen oder in Tages- bzw. Nachtkliniken erbracht.
8. Krankenhäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V sind Allgemein- und Fachkrankenhäuser.
Allgemeinkrankenhäuser dienen der örtlichen, überörtlichen und überregionalen Versorgung der Bevölkerung und stellen die Notfallversorgung sicher.
Fachkrankenhäuser mit somatischen Angeboten dienen der überregionalen Versorgung.
Sowohl für Fachkrankenhäuser als auch für Fachabteilungen allgemeiner Krankenhäuser und Universitätskliniken mit einem psychiatrischen und psychosomatischen Angebot wird eine Region bestimmt, für die eine Versorgungsverpflichtung besteht.
9. Bei Planungsentscheidungen sind ambulante und komplementäre gesundheitliche und soziale Dienste und Einrichtungen zu berücksichtigen.

10. In den Grenzregionen sind länder- und grenzüberschreitende Kooperationen zu fördern. Die Angebote in und die Nachfrage aus angrenzenden Bundesländern werden berücksichtigt.

11.

Der Bedarf an Ausbildungsplätzen für die Berufe gemäß § 2 Nr. 1a KHG ist von der Nachfrage von Krankenhäusern nach entsprechend qualifizierten Fachkräften und von den bestehenden und sich abzeichnenden Bedarfen in pflegerischen Versorgungseinrichtungen abhängig.

Zur Festlegung der künftigen Ausbildungsplatzzahlen wird der im Erhebungsjahr ermittelte Anpassungsbedarf mit den bereits bestehenden (jahresbezogenen) Ausbildungsplatzkapazitäten summiert (neu belegte Ausbildungsplatzkapazitäten Erhebungsjahr + Anpassungsbedarf). Die Berechnung des Anpassungsbedarfs im Erhebungsjahr erfolgt dabei nach folgender Formel¹:

$$a + b + c - d - e = \text{Anpassungsbedarf zum vorherigen Erhebungszeitraum}$$

a = offene Stellen (zunächst Stichprobe / später Vollerhebung) in Vollzeitäquivalenten im Erhebungsjahr (stichtagbezogen)

b = kalkulierter, planerischer Bedarf der Einrichtungen für das kommende Jahr (+/-; Stichprobe)

c = Neubedarf (zusätzlich erforderliches Personal, z.B. durch Eröffnen einer neuen Abteilung) im kommenden Jahr

d = Arbeitsmarktreserven (arbeitslos gemeldete Personen) im Erhebungsjahr

e = Absolventinnen und Absolventen der Berufe aus den Bildungseinrichtungen im Erhebungsjahr

Die benötigten Ausbildungsplatzkapazitäten werden alle 2 Jahre berech-

¹ s. Kapitel 5.4.1 des Krankenhausrahmenplans 2015

net und mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung abgestimmt.

12. Bei Überangeboten ist vorrangig die Herausnahme ganzer Krankenhäuser oder Abteilungen aus dem Krankenhausplan anzustreben.

Krankenhausplan NRW

Planungsgrundsätze

Der Planung zugrunde liegende Gebiete nach Grundsatz 3

Gebiet
Augenheilkunde
Chirurgie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Geriatric
HNO - Heilkunde
Haut- u. Geschlechtskrankheiten
Innere Medizin
Kinder- und Jugendmedizin
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
MKG - Chirurgie
Neurochirurgie
Neurologie
Nuklearmedizin (Therapie)
Psychiatrie und Psychosomatik
Strahlentherapie
Urologie

D. Anhang Ziffer 11

Grundlagen zur Anerkennung von Behandlungseinheiten zur Schlaganfallversorgung (Stroke Units) im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen

I. Beschreibung der Rahmenbedingungen

Landesweit sind derzeit 22 Stroke Units im Krankenhausplan durch Schwerpunktfestlegung nach § 15 KHG NRW anerkannt. Diesen Entscheidungen liegt die „Empfehlung für die Einrichtung von Schlaganfallspezialstationen“ der Kommission 1.06 der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zugrunde.

Bei einer Inzidenz für den akuten Schlaganfall von 200 Fällen pro 100.000 Einwohner muss in Nordrhein-Westfalen jährlich mit ca. 36.000 Schlaganfallpatientinnen und -patienten gerechnet werden. Nach Schätzungen von Ringelstein et al. (2004, S. 13) ist für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung ein Stroke Unit Bett pro 100 bis 130 Schlaganfallpatientinnen und -patienten erforderlich. Dies würde für Nordrhein-Westfalen zu einem Bettenbedarf von etwa 280 Stroke Unit Betten führen. Der Ist-Bestand von heute 122 Stroke Unit Betten entspräche daher einer Bedarfsdeckung von ungefähr 45%.

Eine Stroke Unit ist eine spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass durch die Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten innerhalb von Stroke Units die Versorgung, insbesondere mit Blick auf die Vermeidung von Behinderungen, verbessert wird. Für das skandinavische Modell mit frührehabilitativer Ausrichtung ist die Wirksamkeit belegt. Das deutsche Konzept in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie unterscheidet sich insbesondere dadurch, dass es zusätzlich auf die Akutbehandlung mit Intensivmonitoring von Vitalparametern und Lyse-Therapie einschließlich einer sehr frühen Rehabilitation fokussiert. Dieser zusätzliche Aufwand konnte in einer niederländischen Studie positive Effekte auf die Morbidität der Patienten zeigen (Sulter et al. 2003, S. 101). Auch hinsichtlich der Lyse-Therapie zeigen sich positive Effekte in einem Zeitfenster von drei Stunden nach Beginn der ersten Symptome (Wardlaw et al. 2004). Die Lyse-Rate beim Schlaganfall beträgt heute in Deutschland im Durchschnitt 1 %. Die Stroke-Units erreichen eine durchschnittliche Lyse-Rate von 3 bis 4 %, wobei sie in Schlaganfalleinheiten mit hoher Frühweisungsrate auf bis zu 18 % der Patientinnen und Patienten erhöht werden konnte. Etwa 1/3

der früh eingewiesenen Patientinnen und Patienten sind „Lysekandidaten“ (Ringelstein 2004, S. 8).

Die aktuell verfügbare Evidenz zur akuten Schlaganfallversorgung in Deutschland geht auf die Veröffentlichungen von Ringelstein et al. (2004), Fritze (2004) und auf Empfehlungen der Europäischen Schlaganfall-Initiative zurück. Zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen und unter Berücksichtigung des hohen Stellenwertes der Frührehabilitation für eine gute Behandlungsqualität von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sollte die Einbettung der Stroke Unit in eine umfassende Versorgungskette von der präklinischen Diagnostik bis zur Rehabilitation gesichert sein. Ergebnisse aus Rheinland-Pfalz zur Behandlung von akuten Schlaganfällen innerhalb von Stroke Units zeigen eine Verbesserung des Behandlungserfolges und eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer der Patientinnen und Patienten (Ergebnisse der rheinland-pfälzischen Schlaganfalldatenbank 2001-2002). Entsprechende Untersuchungen aus Baden-Württemberg konnten nachweisen, dass Stroke Units prädiktiv für ein besseres klinisches Ergebnis sind (Daffertshofer et al., 2004).

International übereinstimmend ist die unmittelbare Ursache für einen Schlaganfall mehrheitlich die Mangel durchblutung (60-85%) durch einen Verschluss von hirnversorgenden Gefäßen. Bei ca. 15% der Fälle liegt ursächlich eine intrazerebrale Blutung, bei 5% eine spontane Subarachnoidalblutung vor (HTA-Bericht, Dimdi, S. 9). In Deutschland werden ca. 38% der jährlich auftretenden Schlaganfallbehandlungen in Stroke Units durchgeführt. Die Aufnahme auf die Stroke Unit erfolgt in der Regel in der instabilen Krankheitsphase, innerhalb der ersten 24 Stunden nach Symptombeginn. Aufnahmekriterien sind erfüllt für Patientinnen und Patienten, die einer systemischen Lyse (innerhalb von 3 Stunden nach Symptombeginn) oder einer Antikoagulation bedürfen, für Patientinnen und Patienten mit progredientem Hirninfarkt oder fluktuierendem Verlauf, mit „Transitorisch ischämischer Attacke“ (TIA) und hohem Schlaganfallrisiko (beispielsweise bei unklaren Gefäßprozessen oder Vorhofflimmern), mit behandlungsbedürftigen, instabilen Vitalparametern und für Patientinnen und Patienten zur Überwachung und Indikationsstellung zur Dekompressionsbehandlung (vgl. hierzu Siebecker et al., S. 2 und Düsseldorfer Schlaganfallprojekt, S. 48). Die Weiterverlegung in die Neurochirurgie erfolgt bei Subarachnoidalblutungen, zentralen Blutungen und Tumoren, in die Gefäßchirurgie bei operationswürdigen Stenosen der hirnversorgenden Arterien und in interventionell-neuroradiologisch tätige Abteilungen bei der Indikation zur intraarteriellen Lyse im vertebro-basilären Stromgebiet.

Indikationen für die Akutbehandlung außerhalb von Stroke Units sind weiterhin gegeben bei Patientinnen und Patienten mit schon länger bestehender, stabiler neurologischer Symptomatik und bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität.

Daher wird die Aufnahme sämtlicher Schlaganfallpatientinnen und -patienten auf einer Stroke Unit nicht angestrebt.

Für eine flächendeckende Versorgung soll in NRW die zeitliche Erreichbarkeit einer Stroke Unit innerhalb einer Stunde nach Benachrichtigung des Rettungsdienstes umgesetzt werden. Die im Folgenden beschriebenen fachlichen Kriterien werden auch unter Berücksichtigung der OPS-Ziffer 8-981 für die „Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ für eine Anerkennung als Stroke Unit vorausgesetzt. Sollten insbesondere in strukturschwachen Gebieten diese Anforderungen von keiner vorhandenen Einrichtung umsetzbar sein, sind Abweichungen von diesen Vorgaben möglich.

II. Grundlagen für die Anerkennung

1 Leitung

1.1 Fachärzte für Innere Medizin oder Neurologie

Die Kooperation mit Fachärzten der jeweils anderen Disziplin muss organisatorisch gewährleistet sein.

2 Strukturvorgaben

2.1 Fachabteilungen für Innere Medizin und Neurologie

(Bei regionalen Besonderheiten kommt auch die Kooperation mit einer neurologischen oder internistischen Fachabteilung eines benachbarten Krankenhauses in Betracht.)

2.2 Einheit mit mindestens 4 Plätzen, an denen ein 24h-Monitoring der Vitalparameter möglich ist (mindestens sechs der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potenziale)

2.3 Computer- und/oder Kernspintomographie mit 24-stündiger Bereitschaft

- 2.4 Permanenter Zugriff auf eine Intensivbehandlungseinheit
- 2.5 Zerebrale Katheterangiographie mit 24-stündiger Bereitschaft
- 2.6 Zerebrale und kardiale Ultraschalldiagnostik
- 2.7 Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie
- 2.8 Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen und zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen
(Bei fehlender Abteilung im eigenen Haus sind Kooperationen mit anderen Kliniken in höchstens halbstündiger Transportentfernung angezeigt. Hiervon abweichende Regelungen sind lediglich in strukturschwachen Regionen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung möglich.)

3 Interne Organisation

- 3.1 24-stündige Notaufnahme und Arztpräsenz
- 3.2 Durchführung ätiologischer Diagnostik und Differentialdiagnostik des Schlaganfalls (Dopplersonographie, Echokardiographie -auch transösophageal-, Hämostasiologie, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren)
- 3.3 Kontinuierliche Möglichkeit zur systemischen Fibrinolyse
- 3.4 Unmittelbarer Beginn von Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie (je nach vorliegendem neurologischem Defizit)

4 Organisation einer einrichtungsübergreifenden Versorgungskette

- 4.1 Bildung eines Netzwerkes mit verbindlichen (schriftlichen) Absprachen in Form von Behandlungspfaden zur Organisation der Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten. Die Behandlungspfade werden dabei von der Stroke-Unit individuell erstellt und orientieren sich an anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften.
 - 4.1.1 Organisation einer geordneten Zuweisung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Rettungsleitstellen und -dienste sowie regional benachbarte Krankenhäuser, durch Veröffentlichung der Aufnahmekriterien der einzelnen Stroke Unit

- 4.1.2 Verbindliche Absprachen mit dem Rettungsdienst und Krankentransportunternehmen zur Erreichbarkeit der Stroke Unit innerhalb max. einer Stunde und zur Organisation von Sekundärtransporten bei ggf. notwendiger notfallmäßiger Weiterverlegung (in z.B. Neurochirurgie, Gefäßchirurgie oder interventionell-neuroradiologisch tätige Abteilungen)
- 4.1.3 Organisation einer unmittelbar anschließend notwendigen Weiterbehandlung (Frührehabilitation und Rehabilitation)
- 4.2 Konsiliarische Betreuung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in anderen Krankenhäusern

5 Qualifizierung und Qualitätssicherung

- 5.1 Aufbau eines internen Qualitätsmanagements und einer Qualitätssicherung
- 5.2 Strukturierte Fortbildung und Weiterqualifizierung beteiligter Berufsgruppen, insbesondere des Rettungspersonals
- 5.3 Beteiligung an einer einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (z. B. der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister oder des Studienverbundes Schlaganfall)
- 5.4 Mitwirkung bei der Information und Aufklärung der Bevölkerung

(Bei neuen medizinischen Erkenntnissen im Bereich der Schlaganfallversorgung müssen diese Anforderungen dem aktuellen Stand angepasst werden.)

III. Verfahren

Die Anerkennung weiterer Stroke Units sind auf dieser Grundlage in Verfahren nach §16 KHG NRW (regionale Planungskonzepte) durchzuführen. Interessierten Krankenhäusern wird nahe gelegt, unter Aktualisierung der bisher erarbeiteten Anträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen über eine Standortanerkennung in Verhandlungen nach §16 KHG NRW einzutreten.

Literatur:

Kommission Stroke Units der deutschen Gesellschaft für Neurologie: Empfehlungen für die Einrichtung von Schlaganfallspezialstationen (Stroke Units). *Nervenarzt*, 69 (1998), 180-185.

Ringelstein, B., E./ Busse, O.: Stroke Units in Deutschland – Gefährdung eines Erfolgsrezeptes? *GGW* 3 (2004), 7-14.

Sulter, G./ Elting, J., W./ Langedijk, M. Maurits, N., M./ De Kayser, J.: Admitting acute ischemic stroke patients to a stroke care monitoring unit versus a conventional Stroke Unit. *In Stroke*, 34 (2003), 110-104.

Wardlaw, J. M./ del Zoppo, G./ Yamaguchi, T./ Berge, E. (2004): Thrombolysis for acute ischaemic Stroke (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons. Ltd.

Fritze J.: Wie evidenzbasiert ist die Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland? *GGW* 3 (2004), S. 15-22.

Hacke, W./ Kaste, M./ Olsen, T., S./ Orgogozo, J. M./ Bogousslavsky, J.: Empfehlungen der Europäischen Schlaganfall-Initiative zur Versorgung und Behandlung des Schlaganfalls. *Der Notarzt* 19 (2003), S. 25-31.

Daffersthofer M./ Mielke, O./ Felsenstein, M./ Pullwitt, A./ Schuchhard, V./ Hennerici, M., G.: Schlaganfallversorgung zeigt Erfolge, Qualitätsmanagement in Baden-Württemberg. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, 36 (2004), 1939-1945.

HTA-Bericht Update „Die Evaluation von Stroke Units als medizinische Technologie“
<http://www.dimdi.de/de/db/recherche.htm>.

Siebeck, F./ Busse O.: Akute Schlaganfalltherapie. Welche Vorteile haben Stroke Units?
www.cardiovasc.de/hefte/2001/12/18.htm.

Helmich P./ Schneitler H.: Endbericht zur Interventionsstudie bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall im ersten Jahr nach Eintritt des Schlaganfalls. „Düsseldorfer Schlaganfallprojekt“. http://www.duesseldorf.de/gesundheit/bericht/duesseldorfer_schlaganfallprojekt.pdf.

D. Anhang Ziffer 12 a)

Versorgungsgebiete

Für den geltenden Krankenhausbedarfsplan wird das Prinzip der Regionalplanung in 16 Versorgungsgebiete unter funktionalen Gesichtspunkten beibehalten, wobei die einzelnen Versorgungsgebiete weiterhin folgende kreisfreie Städte und Kreise umfassen:

Versorgungsgebiet 1:

Städte Düsseldorf, Remscheid, Solingen und Wuppertal sowie den Kreis Mettmann.

Versorgungsgebiet 2:

Städte Essen, Mülheim / Ruhr, Oberhausen.

Versorgungsgebiet 3:

Stadt Duisburg, Kreis Kleve und Kreis Wesel.

Versorgungsgebiet 4:

Städte Krefeld und Mönchengladbach, Kreis Neuss und Kreis Viersen.

Versorgungsgebiet 5:

Städte Köln und Leverkusen sowie den Erftkreis, den Oberbergischen Kreis und den Rheinisch-Bergischen Kreis.

Versorgungsgebiet 6:

Stadt Bonn, Kreis Euskirchen und Rhein-Sieg-Kreis.

Versorgungsgebiet 7:

Stadt Aachen, Kreis Aachen, Kreis Düren und Kreis Heinsberg.

Versorgungsgebiet 8:

Städte Gelsenkirchen und Bottrop, Kreis Recklinghausen.

Versorgungsgebiet 9:

Stadt Münster, Kreis Borken, Kreis Coesfeld, Kreis Steinfurt und Kreis Warendorf.

Versorgungsgebiet 10:

Stadt Bielefeld, Kreis Gütersloh, Kreis Herford, Kreis Lippe und Kreis Minden-Lübbecke.

Versorgungsgebiet 11:

Kreis Höxter und Kreis Paderborn.

Versorgungsgebiet 12:

Stadt Hamm, Kreis Soest und Kreis Unna.

Versorgungsgebiet 13:

Städte Bochum, Dortmund und Herne.

Versorgungsgebiet 14:

Stadt Hagen, Ennepe-Ruhr-Kreis, Märkischer Kreis.

Versorgungsgebiet 15:

Hochsauerlandkreis.

Versorgungsgebiet 16:

Kreis Olpe und Kreis Siegen.



Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum

Präambel:

Nach übereinstimmender fachlicher Auffassung bestehen in der Versorgung von Brustkrebspatientinnen Verbesserungsmöglichkeiten in allen Versorgungssegmenten. Die Bildung von Brustzentren sind ein Baustein für das gemeinsame Ziel, diese Möglichkeiten auszuschöpfen.

1. Leistungen, Struktur und Zusammenarbeit

- 1.1 Ein Brustzentrum erbringt sämtliche notwendigen Leistungen in einer Einrichtung. Es kann die Leistungen auch im Zusammenschluss mit mehreren Einrichtungen/ Leistungserbringer erbringen.
Die Kernleistungen eines Brustzentrums umfassen operative Leistungen, bildgebende diagnostische Verfahren, histologische Untersuchungen, Bestrahlung und Chemotherapie.
In einem kooperativen Brustzentrum werden Kernleistungen konzentriert von einer Einrichtung/einem Leistungserbringer vorgehalten. Unter den Voraussetzungen nach Nr. 2.3 kann für die operativen Leistungen hiervon abgewichen werden.
- 1.2 Wenn mehrere Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser, niedergelassene Onkologinnen und Onkologen, Radiologinnen und Radiologen, Pathologinnen und Pathologen) sich zu einem Brustzentrum zusammenschließen, werden hierüber schriftliche Vereinbarungen getroffen.
- 1.3 Brustzentren bilden ein regionales Netzwerk insbesondere mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die als Koordinatorinnen und Koordinatoren fungieren, und weiteren Spezialistinnen und Spezialisten (z.B. Psychotherapeutinnen und -therapeuten), das sektorenübergreifende Versorgungsabläufe ein-

schließlich der Nachsorge ermöglicht. Bestandteil des Netzwerkes sind ferner Einrichtungen der Palliativversorgung (z.B. Hospize) sowie zugelassene Sanitätshäuser, zugelassene Physiotherapeutinnen und -therapeuten etc.

Über die Zusammenarbeit im Netzwerk treffen die Partner Vereinbarungen.

2. Voraussetzungen zur Anerkennung

- 2.1 Brustzentren müssen die unter 1.1 bis 1.3 genannten Voraussetzungen erfüllen.
- 2.2 Alle Disziplinen müssen über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Brustkrebsdiagnostik und -therapie verfügen und diese belegen können.
- 2.3 Brustzentren sollen mindestens 150 Erstoperationen bei Neuerkrankungen pro Jahr und mindestens 50 Operationen je Operateur durchführen. In begründeten Fällen können die operativen Leistungen auf mehrere Standorte verteilt werden, wenn in den Standorten jeweils mindestens 100 Operationen und je Operateur mindestens 50 Operationen erbracht werden. Die Infrastruktur im übrigen ist auch dann kooperativ zu erbringen.
- 2.4 Brustzentren müssen den vielfältigen Anforderungen, die sich im Verlauf der Mammakarzinom-Erkrankung ergeben können, durch personelle und strukturelle Voraussetzungen gerecht werden.

3. Qualitätsmanagement

- 3.1 Die Zentren führen ein internes Qualitätsmanagement durch, das auf der Basis einheitlicher Kriterien erarbeitet wird.
- 3.2 Ferner wird eine einheitliche, Sektoren übergreifende Patientendokumentation zur internen und externen Qualitätssicherung eingesetzt. Die Kooperationspartner verpflichten sich, diese Dokumentation zu führen und deren Auswertung zu unterstützen. Sie beteiligen sich an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V.

4. Patientenbeteiligung

- 4.1 Brustzentren praktizieren eine systematische und umfassende Patienteninformation. Sie entwickeln Verfahren, um die Patientinnen aktiv in die Therapieentscheidungen einzubeziehen und überprüfen regelmäßig die Patientenzufriedenheit.
- 4.2 Sie beteiligen die Selbsthilfe, organisieren eine psychosoziale Begleitung und Beratung und stellen die bedarfsgerechte Weiterversorgung am Wohnort sicher.

5. Studien/ Fortbildung

- 5.1 Brustzentren verpflichten sich, in Studien (z.B. für Therapiemodalitäten) zu kooperieren.
- 5.2 Brustzentren bieten insbesondere spezifische Fortbildungen für die beteiligten Berufsgruppen an.

D. Anhang Ziffer 14

Ausgestaltung der Bedarfsermittlung der benötigten Ausbildungsplatzkapazitäten

Zur Berechnung der benötigten Ausbildungskapazitäten im 2-jährigen Rhythmus sind neben den genannten Bedarfen auch die zur Verfügung stehenden Arbeitsmarktreserven, die Zahl der jährlich in das jeweilige Berufsfeld eintretenden neuausgebildeten Fachkräfte sowie kurzfristige prospektive Kalkulationsgrößen der Einrichtungen von Bedeutung.

Zur Sicherstellung der Durchführung regionaler Planungskonzepte in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erfolgt die Festlegung zunächst mindestens auf Ebene der Regierungsbezirke. Nach Aufbau einer entsprechenden Datenbasis soll möglichst auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte geplant werden.

Die Auslastungsquote für die Fachschulen beträgt mindestens 85 % bei einer Regelklassengröße von 25 Schülerinnen und Schülern. Zur Vermeidung von Leerständen erfolgt parallel zum Erhebungszeitraum eine Überprüfung hinsichtlich des Nutzungsgrades der trägerspezifisch zugewiesenen Ausbildungskapazitäten. Daran kann sich ggf. eine bedarfsorientierte Neuzuweisung der vorhandenen Ausbildungsplatzkapazitäten anschließen.

Die bestehenden berufsrechtlichen Grundlagen eröffnen bereits heute die Möglichkeit, neben der regulären Ausbildung an entsprechenden Fachschulen (status-quo) auch Ausbildungen durchzuführen, die ergänzend zum bestehenden Ausbildungsziel erweiterte Kompetenzen vermitteln (vgl. KrPflG, AltPflG, LogopG, ErgThG, MPhG, HebG). Dies ist bei regionalen Planungsverfahren zu berücksichtigen.

Zur Weiterentwicklung der Berufe nach § 2 Nr. 1a KHG, in deren Berufsgesetzen durch eine Modellklausel die Ausbildung an Hochschulen eröffnet ist, kann deshalb ein Anteil der benötigten Ausbildungskapazitäten bis höchstens 10% im Rahmen regionaler Planungsverfahren Krankenhäusern zugewiesen werden, die mit Hochschulen vertraglich geregelt kooperieren. In den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen des Landes wird derzeit ein Bedarf an akademisch qualifiziertem Pflege- und Gesundheitsfachpersonal gesehen (vgl. z. B. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2011, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2012, S. 97 ff.). Er liegt z. B. in den Pflegeberufen perspektivisch bei ca. 10-20 % aller ausgebildeten Pflegefachkräfte, vgl. z. B. u.a. Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen, Drs. 2411 - 12, 2012). Auf diesem Weg wird nunmehr die Möglichkeit eröffnet, erkennbare Bedarfe zu decken.

Die vorstehenden Überlegungen aufgreifend kann die zukünftige bedarfsgerechte Berechnung der Ausbildungsplatzkapazitäten beispielhaft wie folgt dargestellt werden:

Berechnungsbeispiel - Gesundheits- und Krankenpflege -	
Zahl Neu-Auszubildende 2010:	5.935
Offene Stellen 2010:	3.803
Ersatzbedarf für 2011:	
Veränderungsbedarf:	529
Arbeitsmarktreserven:	0
Absolventen/-innen Ausbildung 2010:	3.905

Anpassungsbedarf im Erhebungsjahr 2010	+ 427
demnach benötigte Ausbildungskapazitäten 2011 und 2012:	
5.935 (Neu-Auszubildende 2010) + 427 (Anpassungsbedarf) =	6.362

* Sofern keine Vollerhebung durchgeführt werden kann, erfolgt die Berechnung auf der Grundlage der folgenden Formel:

$$\left[\left(\frac{a * 100}{b} \right) * d \right] + [(c * d) - d] + e - f - g$$

a = offene Stellen (Stichprobe) Vollzeitäquivalente

b = genannte Stellen (Stichprobe) Vollzeitäquivalente

c = Ersatzbedarf (kalkulierter, planerischer Bedarf z. B. durch Pensionierungen) der Einrichtungen für das kommende Jahr

d = Ausgewiesene Stellen in der Landesstatistik (Vollzeitäquivalente)

e = Veränderungsbedarf, (+/-; Stichprobe) im kommenden Jahr

f = Arbeitsmarktreserven (arbeitslos gemeldete Personen)

g = Absolventen der Berufe aus den Bildungseinrichtungen