

Fragen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zur Auslegung und Umsetzung des Krankenhausplans 2015 und die Antworten des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter

Februar 2014

I. Fragen zum Umgang mit „Altfällen“

1. Gibt es Fälle, in denen der Krankenhausplan 2001 weitergilt?

- a. Der Feststellungsbescheid eines Krankenhauses gilt so lange weiter, bis er geändert oder aufgehoben worden ist.
- b. Verstößt der Feststellungsbescheid auf der Grundlage des Krankenhausplans 2001 gegen Vorgaben des neuen Rahmenplans, sind Krankenhäuser und Behörden verpflichtet, ein neues Planungskonzept zur Bereinigung der Situation zu erarbeiten.
- c. Klarstellungen für Altbescheide gibt es nicht.
- d. Der Versorgungsauftrag bleibt unberührt, bis ein neuer Feststellungsbescheid erlassen worden ist.

2. Wie wird mit regionalen Planungskonzepten, die bereits vor Inkrafttreten des neuen Krankenhausplans initiiert bzw. erarbeitet wurden, verfahren, wie mit laufenden regionalen Planungskonzepten? Welche Wirkung haben erst kürzlich per Feststellungsbescheid entschiedene regionale Planungskonzepte?

- a. Der Krankenhausrahmenplan 2015 ist anzuwenden.
- b. Dies gilt auch für Planungskonzepte, die zwar abgeschlossen, aber noch nicht in einen Feststellungsbescheid umgesetzt sind. Sie sind von Amts wegen auf ihre Vereinbarkeit mit dem Krankenhausplan 2015 zu überprüfen.
- c. Laufende regionale Planungsverfahren sind auf der Grundlage des Krankenhausrahmenplans 2015 fortzuführen.
- d. Soweit kürzlich in einem Feststellungsbescheid entschiedene regionale Planungskonzepte nicht im Einklang mit dem Krankenhausrahmenplan 2015 stehen (z.B. Ausweisung von Teilgebieten), wird auf Nummer 1 b verwiesen. Krankenhausträger und Planungsbehörde greifen den Sachverhalt auf und erarbeiten ein neues regionales Planungskonzept.

3. In wie weit werden in der Vergangenheit eingereichte Anträge auf Betten-erhöhung (Geriatric) berücksichtigt? Dieser Antrag wurde mit Hinweis auf den neuen Bettenplan zurückgestellt (Moratorium).

Mit Inkrafttreten des Krankenhausplans NRW 2015 ist das Moratorium für Planungsverfahren in der Geriatric beendet.

Die Rahmenvorgaben des Krankenhausplans NRW 2015 und insbesondere die Inhalte des Geriatriekonzeptes sind zu berücksichtigen. Entsprechende Anträge werden vor diesem Hintergrund geprüft und entschieden.

- 4. Wie verhält es sich mit der Testierung der zweckentsprechenden Mittelverwendung, soweit geförderte Investitionen aufgrund vergangener Planungsentscheidungen erfolgt sind (und die Planungsentscheidung unter dem neuen Krankenhausplan nicht mehr möglich wäre)?**
 - a. Unterschiede zum bisherigen Vorgehen auf der Grundlage des KHGG NRW bestehen nicht. Bei sachgerechter Mittelverwendung erfolgt die Testierung auf der Grundlage des geltenden F-Bescheides.
 - b. Bei neu erteilten F-Bescheiden werden sie Grundlage für die Testate sein.

II. Allgemeine Fragen zum neuen Krankenhausplan

- 1. Welche Möglichkeiten bieten sich den Krankenkassen, die Vorgaben des Krankenhausplans zu prüfen und darauf Budgetkürzungen, Verweigerung von Leistungsvereinbarungen, Abteilungsschließungen zu stützen?**
 - a. Den Krankenkassen steht nach wie vor keine Entscheidungskompetenz hinsichtlich des Versorgungsauftrages zu. Diese liegt allein beim Land. So können insbesondere auch keine Abteilungsschließungen vorgenommen werden. Das Kündigungsrecht nach § 110 SGB V bleibt unbenommen.
 - b. Die Abfrage, welche Kriterien des Versorgungsauftrages bei den einzelnen Krankenhäusern erfüllt sind, ist den Krankenkassen erlaubt. Die derzeitige Nichterfüllung impliziert keine automatische Budgetkürzung – im Gegenteil. Die Verhandlungen können zur Realisierung künftiger Qualitätssteigerungen genutzt werden.
 - c. Im Übrigen reicht die „Eingriffstiefe“ der Krankenkassen ausschließlich bis zur Vereinbarung eines prospektiven Leistungsgeschehens im jeweiligen Krankenhaus entsprechend seines Versorgungsauftrags. An der Art der Verhandlungen wird sich insoweit nichts ändern.

III. Fragen zum weiteren Verfahren

- 1. Wann soll mit der Umsetzung des Krankenhausplans auf der Ortsebene begonnen werden? Wer gibt den „Startschuss“ für die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte?**
 - a. Die Krankenhäuser wie die Krankenkassen oder auch das Land können jederzeit zur Erarbeitung regionaler Planungskonzepte auffordern. Die Bezirksregierungen handhaben dies in eigener Regie. Je nach Stand der

F-Bescheide können sie umfassend oder einzeln dazu aufrufen. Im Dezember 2013 hatten sie sich bereits entschlossen, mit inhaltsgleichen Schreiben an die regional Beteiligten heranzutreten und die Grundlagen zur Erarbeitung regionaler Planungskonzepte bekannt zu geben.

- b. Die Verfahren werden in der seit Jahren bekannten Form weitergeführt. Alle Beteiligten sind allerdings gebeten, zügig zu verhandeln.

2. Der Datenrahmen ist recht offen. Wie soll mit unterschiedlichen Auffassungen hierzu umgegangen werden? Was passiert im Streitfall?

- a. Der neue Datenrahmen beschreibt die Mindestinformationen über die auszutauschenden Daten. Weitere sachdienliche Informationen können in die Verhandlungen eingebracht werden.
- b. Das Ergebnis des Planungskonzepts muss die Erteilung eines F-Bescheides ermöglichen.
- c. Nicht geeinigte Planungskonzepte werden von Amts wegen entschieden.
- d. In allen Fällen ist der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten eröffnet.

IV. Fragen zum Feststellungsbescheid / Einzelthemen

1. Wird es für alle neue Feststellungsbescheide geben? Wie sehen diese aus? Welchen Detaillierungsgrad werden diese aufweisen? Sind z. B. auch Negativausweisungen für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche geplant? Was sind dabei gegebenenfalls die Kriterien? Wer entscheidet etc.? Haben wir dann nicht eine Leistungsplanung? Soll diese jedes Jahr anhand des DRG-Kataloges erfolgen? Wird bei einem Krankenhaus mit Standorten in 3 Städten aber 1 IK-Nr. und ohne konkurrierende Abteilungen im Feststellungsbescheid eine Festschreibung der Standorte bei den einzelnen Leistungsangeboten vorgenommen oder dieses dem Träger freigestellt?

- a. Da die Detailplanung aufgegeben worden ist, ist es wünschenswert, dass zum Planungshorizont 2015 möglichst alle nordrhein-westfälischen Krankenhäuser ein regionales Planungsverfahren durchlaufen und einen neuen Feststellungsbescheid erhalten haben. Ein entsprechender Musterfeststellungsbescheid liegt den Bezirksregierungen vor.
- b. Negativausweisungen zum Ausschluss bestimmter Leistungen/ Leistungsbereiche eines Gebietes sind bisher nicht vorgesehen, aber nicht ausgeschlossen.
- c. Durch den Krankenhausplan NRW 2015 wird keine Leistungsplanung eingeführt. Ausnahme bleibt wie bisher die Herzchirurgie.
- d. Die Krankenhäuser erhalten einen weiten Spielraum, sich dem Wettbewerb um die beste Qualität in der Leistungserbringung anhand qualitativer Vorgaben zu stellen.

- e. Mit dem KHGG NRW wurde das Verbot der Parallelvorhaltung abgeschafft. Die Feststellungsbescheide werden eine Ausweisung der Kapazitäten je Betriebsstätte beinhalten. Eine Aufteilung der Kapazitäten eines Gebietes auf mehr als eine Betriebsstätte wird auch unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Zuge der Organisationshoheit des Krankenhausträgers nicht ausgeschlossen.

2. Wie werden Kooperationsformen berücksichtigt? Sind sie Bestandteil des Feststellungsbescheides?

- a. Die regionale Kooperation und Abstimmung der Leistungsangebote auf dem Boden der bedarfsnotwendigen Kapazitäten wird erwartet.
- b. Krankenhäuser sollen die bestehende Vielfalt grundsätzlich nutzen.
- c. Unterhalb der Ebene staatlicher Regulierung besteht ein großer Freiraum zur Realisierung eines „menschlichen Gesundheitswesens“.
- d. § 31a KHGG NRW ist zu berücksichtigen.
- e. Kooperationen können im Einzelfall Bestandteil des F-Bescheides werden (zum Beispiel kooperative Brustzentren ggfs. geriatrischer Versorgungsverbund).

3. Erfolgt ein Ausweis teilstationärer Dialyseplätze (oder -angebote)?

Nein.

4. Wie sollen die Kapazitäten geriatrischer Tageskliniken künftig bemessen werden?

Teilstationäre Leistungen können im Rahmen ausgewiesener geriatrischer Kapazitäten vereinbart werden.

5. Was wird aus den bisher im Plan geführten stationären Betten „Schmerztherapie“?

- a. Eine Ausweisung im F-Bescheid erfolgt nicht mehr.
- b. Eine Budgetvereinbarung über die Leistungen wird erwartet.

6. Was ist mit dem Schwerpunkt Onkologie? Wird dies im Krankenhausplan/ Feststellungsbescheid berücksichtigt? Wenn ja, wie?

- a. Der Schwerpunkt Onkologie wird im F-Bescheid nicht mehr ausgewiesen.
- b. Das schließt Budgetvereinbarungen über entsprechende Therapieangebote nicht aus.

V. Fragen zur flächendeckenden gestuften Versorgung

1. **Was ist mit „allgemeine“ Innere Medizin und „allgemeine“ Chirurgie gemeint? Was gibt es darüber hinaus? Sollen dies letztlich die Pflegesatzparteien, Schiedsstellen oder Gerichte entscheiden? Wie können Streitigkeiten bei Definition und Abgrenzung vermieden werden? Gibt es noch weitere Unterlagen vom Ministerium oder der Bezirksregierung?**

Die Begrifflichkeit „allgemeine“ beschreibt in diesem Kontext Leistungen, die prinzipiell in jeder Abteilung Innere Medizin bzw. Chirurgie erbracht werden. Sie finden sich nicht im F-Bescheid. Auslegungsfragen werden sich nie ausschließen lassen. Im Einzelfall entscheidet -wie bisher- das Ministerium.

2. **Was sind „finanziell attraktive“ Leistungen (Seite 35)? Beispiele?**

Leistungen, bei denen zwischen Aufwand und Ertrag eine erhebliche Spannweite besteht.

VI. Fragen zu personellen Mindestanforderungen

1. **Wie sind „risikoreiche Versorgungsleistungen“ bzw. solche „höherer Komplexität“ definiert? Wer definiert sie? Wie sind komplexe Eingriffe definiert und welche Facharztqualifikationen sind für welche Eingriffe künftig erforderlich?**

Definitionen ergeben sich aus den medizinischen Gegebenheiten.

2. **Wie sind spezielle Eingriffe an der Wirbelsäule definiert? Welche Facharztqualifikation ist dann vorzuhalten? Welche Eingriffe darf ein Facharzt für Chirurgie vornehmen, welche weitere Qualifikation (Unfallchirurgie, Orthopädie, Spezielle Unfallchirurgie, Neurochirurgie) muss für welche Eingriffe vorgehalten werden?**

Das richtet sich nach den Gegebenheiten des Einzelfalls und unterliegt der ärztlichen Verantwortung.

3. **Kann das Belegarztwesen unter den Bedingungen des neuen Krankenhausplans aufrechterhalten werden?**

Grundsätzlich ja.

VII. Fragen zur Relevanz der Weiterbildungsermächtigung

Dazu wird auf den Krankenhausplan NRW 2015, Kapitel 2.5.3 "Aus- und Weiterbildung" verwiesen.

VIII. Fragen zur Bezugnahme auf Leitlinien, Stellungnahmen, Empfehlungen

1. Was sollen wir in den Planungsverfahren konkret mit den Leitlinien aus dem neuen Krankenhausplan machen?

Ist die DIVI-Empfehlung verbindlich anzuwenden? Wenn ja wie? Wer bezahlt die personellen Vorgaben? Was ist, wenn es kein entsprechendes Personal gibt?

Die für verschiedene Versorgungsbereiche herangezogenen Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen sind als Orientierung zu verstehen. Sie stellen keine krankenhauplanerischen Mindestvorgaben dar, es sei denn, eine unmittelbare Anwendung wird im Plan ausdrücklich vorgegeben.

2. Wie ist die Leitlinienbezugnahme haftungsrechtlich zu bewerten? Steigt das Haftungsrisiko?

Es wird auf das „Rechtsgutachten zum Einfluss der Empfehlungen der DIVI auf den Krankenhausplan NRW 2015“ von Herrn Prof. Bergmann verwiesen.

IX. Fragen zu einzelnen Planungsbereichen

Psychiatrie/Psychosomatik

1. Wie erfolgt die Regionalisierung der psychiatrischen/- und psychosomatischen Behandlungskapazitäten? Soll in Zukunft auch eine überregionale psychosomatische Versorgung sichergestellt werden?

Die Regionalisierung erfolgt anhand der Pflanztag und Einwohnerzahlen. Der dadurch gebildete Korridor ist bei Planungskonzeptverhandlungen mit dem Ziel einer sachgerechten gemeindenahen Versorgung auszugestalten.

Geriatric

1. Wie ist der geriatric Versorgungsverbund auszugestalten? Gibt es einheitliche Vorgaben zur Ausgestaltung von Kooperationsverträgen im geriatric Versorgungsverbund? Wie sollten die vorgeschriebenen Kooperationsverträge zwischen Geriatric und Primärversorgern aussehen?

Abgesehen von den im Krankenhausplan enthaltenen Eckpunkten ist die konkrete Ausgestaltung offen gehalten, damit die Leistungserbringer vor Ort im Rahmen ihrer diesbezüglichen Absprachen die örtlichen Gegebenheiten berücksichtigen können (s. auch IV 2 e.).

2. Welche Folgen hat es, wenn wir als Krankenhaus - aufgrund der Weigerung oder fehlender Kapazitäten in der benachbarten Geriatrie - keinen Kooperationsvertrag abschließen können?

Es muss ein ernsthaftes Kooperationsbemühen erkennbar sein. Soweit kein Kooperationsvertrag zustande kommt, geht dies nicht zulasten des Krankenhauses als ansonsten bedarfsnotwendigem Krankenhaus. Im Konfliktfall ist die zuständige Behörde einzuschalten.

Perinatalzentren

1. Was ist mit „deutlich weniger als 42 Einrichtungen“ im Krankenhausplan gemeint? Welche Bedarfs- und Kapazitätsplanung liegt zugrunde? Wie und durch wen erfolgt eine Auswahl?

Gemeint ist, dass alle Einrichtungen mit entsprechender fachlicher Kompetenz auf den Prüfstand kommen und dass nicht alle bisherigen 16 PZ und 26 SP zukünftige PZ werden. Grundlage sind die G-BA-Richtlinien; im Übrigen siehe Kap. 5.3.2 des Krankenhausplans NRW 2015.

2. Wie funktioniert das Zusammenspiel von G-BA-Vorgaben, Leitlinien und Krankenhausplan? Was ist vorrangig?

Es gilt der Krankenhausplan NRW 2015.

Stroke Units

1. Wieso wird die Ausweitung der Kapazitäten der Stroke-Units nicht vorgesehen, obwohl die Daten des Statistischen Bundesamtes eine kontinuierliche Zunahme der Schlaganfälle in den letzten 10 Jahren beweisen?

Der Ausbau von Stroke Units ist nicht ausgeschlossen, Standorte sind weitgehend flächendeckend vorhanden.

Brustzentren

1. Gibt es eine Neuplanung der Brustzentren?

Nein.

2. Sind Mindest-OP-Zahlen vor dem Hintergrund der Mindestmengentscheidungen des Bundessozialgerichts noch sachgerecht?

Ja. Die vom Landesausschuss für Krankenhausplanung einvernehmlich beschlossene Planzahl für Operationen steht derzeit nicht infrage.

Palliativmedizin

1. **Wie erfolgt konkret die Planung im Bereich der Palliativmedizin? Welche Rolle spielt der OPS 8-98e?**

Siehe Kap. 5.3.8. des Krankenhausplans NRW 2015.

Intensivmedizin

1. **Refinanzierung Strukturvorgaben Intensivstation? Wie wird der personelle Mehrbedarf finanziert und von welchen Fachkräften sollen die Stellen besetzt werden? Wie sollen die Stellen angesichts des bereits bestehenden Fachkräftemangels besetzt werden?**

Der Krankenhausplan NRW 2015 macht keine Vorgaben zu diesem Thema. Auf die Budgetverhandlungen wird verwiesen.

2. **Welche Evidenz liegt der Annahme einer Idealgröße von 8-12 Betten zugrunde? Was geschieht mit Einrichtungen, die diese Stationsgröße nicht erreichen?**

DIVI formuliert eine Empfehlung, die sich unter anderem an gesetzlich geregelten Arbeitszeiten orientiert.

3. **Wenn die Voraussetzungen für den Betrieb einer Intensivstation nicht erfüllt werden können, müssen dann Patienten mit Notfallsituationen abgewiesen bzw. verlegt werden, ggf. auch in Akutsituationen?**

Siehe § 2 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW. Vergleiche auch das Schreiben an die KGNW vom 12. Dezember 2013 -AZ: 234-0713.7.4.1

4. **Erfolgt die Zuordnung von Intermediate Care zukünftig durch das einzelne Krankenhaus im Rahmen seiner Kapazitäten in den einzelnen Gebieten (z. B. Innere Medizin), da Intermediate Care nicht mehr geplant wird?**

Ja.

Kardiologie

1. **Wenn die Teilgebiete künftig nicht mehr ausgewiesen werden sollen, wie kann dann ein Versorgungsauftrag Kardiologie definiert werden und was würde dieser umfassen? Wie wäre dann mit Patienten umzugehen, die kardiologisch erkrankt sind und sich an ein Krankenhaus mit einer „Inneren Medizin“ wenden, auch im Notfall? Dürfen dann auch Patienten mit einer Herzinsuffizienz nicht mehr behandelt werden, wenn der Abteilung ein Herzkatheter-Messplatz fehlt?**

Auf die Ausführungen im Krankenhausplan, insbesondere zu Kapitel 2. 4 a) wird verwiesen. Zur Notfallversorgung siehe § 2 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW.