



Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022.
Handreichung für das Verfahren zu den regionalen
Planungskonzepten nach § 14 Krankenhaus-
gestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen.

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

**für Krankenhausträger, Krankenhäuser,
Verbände der Krankenkassen,
Bezirksregierungen,
das Ministerium für Kultur und Wissenschaft
des Landes Nordrhein-Westfalen (MKW) und
das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS)**

Inhalt

1	Allgemeine Verfahrensgrundsätze	6
2	Ablauf der regionalen Planungsverfahren	7
2.1	Information der Krankenhausträger und Krankenhäuser über die bevorstehende Aufforderung zu Verhandlungen über regionale Planungskonzepte.....	8
2.2	Initiierung der regionalen Planungsverfahren	9
2.3	Aufforderung zu den Verhandlungen über regionale Planungskonzepte durch die Bezirksregierungen.....	9
2.4	Aufnahme der Verhandlungen innerhalb eines Monats.....	9
2.5	Begleitung der Verhandlungen durch die Bezirksregierung	10
2.6	Abschluss der Verhandlungen innerhalb von sechs Monaten	11
2.7	Prüfung der regionalen Planungskonzepte durch die Bezirksregierungen	13
2.8	Prüfung und Anhörung durch das MAGS	13
2.9	Erlass an Bezirksregierung zur Ausstellung eines Feststellungsbescheids mit Ergebnis der krankenhauplanerischen Prüfung	13
2.10	Erteilung des Feststellungsbescheides durch die Bezirksregierung.....	13
3	Inhaltliche Vorgaben zur Prüfung durch die Bezirksregierungen	14
3.1	Planungsebenen und Prüfungsreihenfolge	14
3.2	Prüfung der Qualitätskriterien	17
3.3	Festlegung der Anzahl der Standorte	18
3.4	Fachkliniken.....	19
3.5	Belegärztliche Leistungen.....	20
3.6	Auswahlentscheidungen	21
3.7	Zentren	22
4	Konkretisierung einzelner Vorgaben	23
4.1	Konkretisierung verwandter Leistungsbereiche und Leistungsgruppen.....	23
4.2	Konkretisierung Besonderer Angebote bei Erbringung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen	23
4.3	Konkretisierung des Begriffs „Standort“ bei Erbringung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen	24
4.4	Konkretisierung des Begriffs „Kooperation“ bei Erbringung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen	25
4.4.1	Nachweis einer Kooperation	26
4.4.2	Kooperation als Erbringung verwandter Leistungsgruppen.....	27
4.4.3	Kooperation zur Vorhaltung von Geräten	27
4.4.4	Kooperation bei sonstigen Struktur- und Prozesskriterien	28

4.4.5	Besondere Regelungen.....	28
4.5	Hinweis zu den Vorgaben für die Personalausstattung im pflegerischen und ärztlichen Bereich.....	28
4.5.1	Pflege.....	28
4.5.2	Ärztliches Personal	29
4.6	Konkretisierung sonstiger Struktur- und Prozesskriterien	30
5	Weitere Verfahrensgrundsätze	34
5.1	Landesweit einheitliche Erarbeitung regionaler Planungskonzepte.....	34
5.2	Stichwort: „Wegfall der Mindestvoraussetzungen“	35

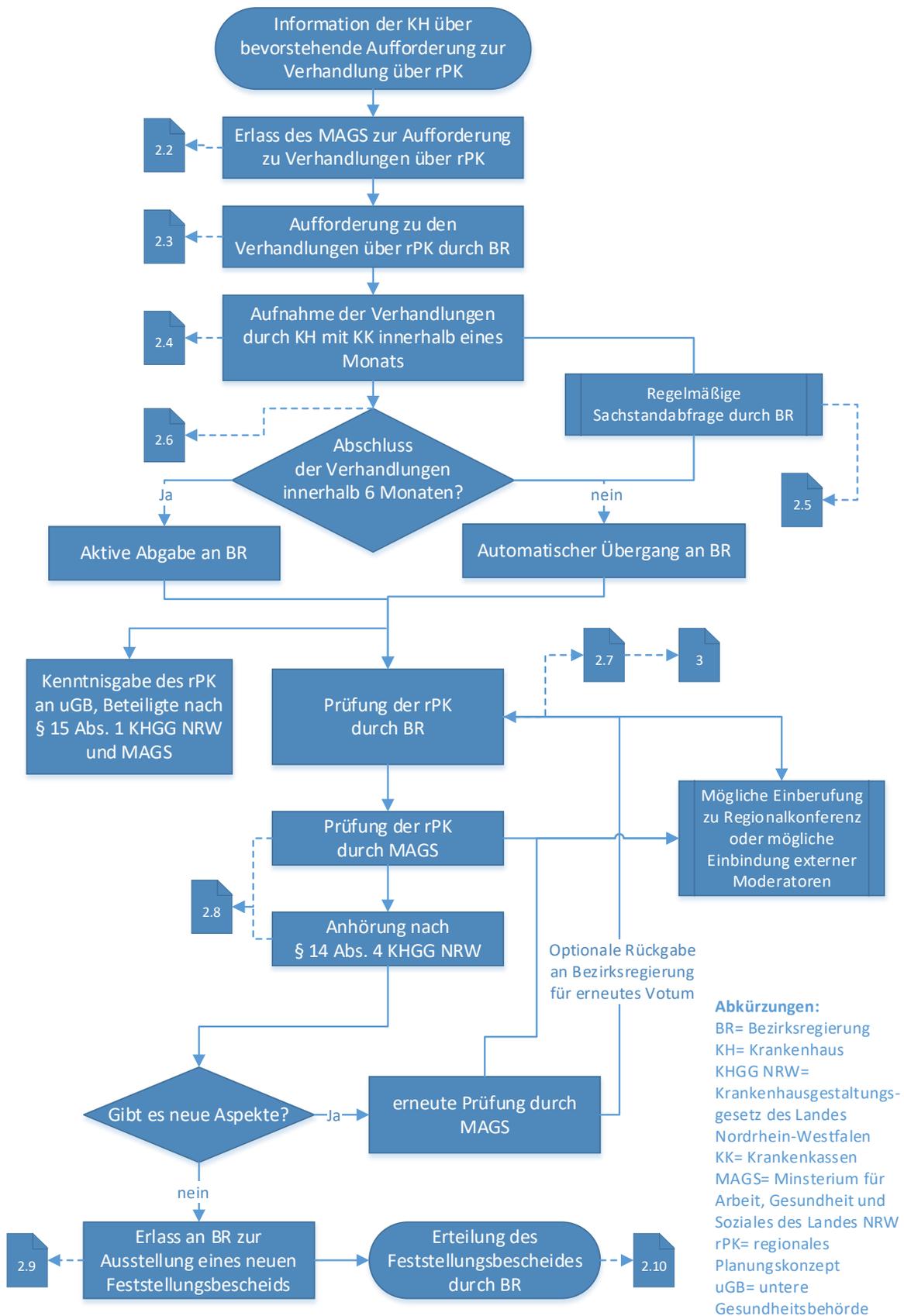
1 Allgemeine Verfahrensgrundsätze

- In dieser Handreichung wird das Verfahren für die erstmalige Zuteilung der Versorgungsaufträge auf Basis der Leistungsgruppensystematik des Krankenhausplans NRW 2022 geregelt.
- Die Regelungen für die Verwaltungsverfahren nach der erstmaligen Zuteilung der Versorgungsaufträge werden in einem weiteren Kapitel zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.
- Alle an den regionalen Planungsverfahren Beteiligten unterstützen die Verfahren aktiv und wirken auf die erfolgreiche Durchführung eines zügigen Verfahrens hin.
- Alle Beteiligten berücksichtigen bei der Umsetzung des neuen Krankenhausplans in den Regionen das Versorgungsgeschehen als Ganzes. Die Krankenhausträger und Krankenhäuser werden angehalten, sich zur Aufteilung der Versorgungsaufträge frühzeitig untereinander abzustimmen.
- Die beantragten Versorgungsaufträge werden für alle Verhandlungspartner der jeweiligen regionalen Planungsebene offengelegt. Die Offenlegung beinhaltet die Information zum Namen des Krankenhauses, des Standortes und den nach Leistungsgruppen beantragten differenzierten Versorgungskapazitäten.
- Um die regionalen Planungsverfahren zu beschleunigen und transparenter zu gestalten, werden diese standardisiert und durch eine vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) bereitgestellte elektronische Datenaustausch- und Analyseplattform (im Folgenden: Plattform) unterstützt.
- Die Krankenhausträger, Krankenhäuser, Verbände der Krankenkassen, die Bezirksregierungen und das MAGS erhalten in Abhängigkeit ihrer Rollen Zugriff auf die Plattform.
- Soweit nicht ausdrücklich anders vorgesehen, erfolgt die Übermittlung von Dokumenten auf elektronischem Wege. Auf eine postalische Versendung ist nach Möglichkeit zu verzichten.
- Die Bezirksregierungen begleiten die regionalen Planungsverfahren durch ein Prozesscontrolling. Hierdurch sollen Stockungen während der Verfahren frühzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden.

Hinweis: Soweit im nachstehenden Text bei Personenbezeichnungen weibliche und männliche Bezeichnungen genannt sind oder nur das generische Maskulinum verwendet wird, sind stets alle Geschlechter gemeint.

2 Ablauf der regionalen Planungsverfahren

Ablauf der regionalen Planungsverfahren



2.1 Information der Krankenhausträger und Krankenhäuser über die bevorstehende Aufforderung zu Verhandlungen über regionale Planungskonzepte

- Anfang September 2022 werden die Krankenhausträger und Krankenhäuser per E-Mail über die im Oktober bevorstehende Aufforderung zur Verhandlung regionaler Planungskonzepte informiert.
- Dies gilt auch, soweit es sich um Krankenhausträger und Krankenhäuser handelt, die den Bezirksregierungen bekannt sind, aber nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind.
- Regionale Planungskonzepte sind die von den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt erarbeiteten Planungsvorschläge für die Festlegung der nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen differenzierten Versorgungskapazitäten. Bei der Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2022 erfolgt dies für jede Leistungsgruppe auf der dafür vorgesehenen regionalen Planungsebene. Es handelt sich bei einem regionalen Planungskonzept also nicht um ein Konzept für ein einzelnes Krankenhaus, sondern um ein Konzept für alle Krankenhäuser der jeweiligen Planungsebene für eine Leistungsgruppe.
- Krankenhausträger und Krankenhäuser erhalten zur Vorbereitung die vorliegende Handreichung sowie die Formblätter, die für die standardisierte Abwicklung der Verhandlungen erforderlich sind.
- Die Krankenhausträger und Krankenhäuser erhalten außerdem per Post Registrierungsunterlagen für die vom MAGS bereitgestellte Plattform zur Abwicklung der Verhandlungen.
- Die digitale Plattform ist unter folgendem Link aufrufbar:
<https://www.kh-planung-rpk.nrw.de/>
- Die Krankenhausträger können mit den postalisch übersandten Registrierungs-codes bis zu sechs Accounts und die Krankenhäuser bis zu zwei Accounts anlegen.
- Nutzende finden dort ein Handbuch, das Hilfestellungen für die Benutzung der Plattform bietet.
- Die Kontaktdaten für weiteren technischen Support bei der Benutzung der Plattform sind auf der o.g. Internetseite zu finden.
- Nach der Registrierung kann dort das Formblatt 1 heruntergeladen werden, in dem die vom MAGS ermittelten Fallzahlen bzw. für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik die ermittelten Belegtage des Krankenhauses je Standort in den einzelnen Leistungsgruppen für die Jahre 2019 (Ausgangsjahr für die Prognose) und 2020 eingetragen sind. Die Fallzahlen bzw. Belegtage für das Jahr 2020 werden aus Gründen der Transparenz mitgeteilt. Bei ihrer Interpretation sind die Sonder-Effekte der Corona-Pandemie zu berücksichtigen.
- Die Krankenhausträger und Krankenhäuser erhalten außerdem die regionalisierten Bedarfszahlen je Leistungsgruppe und Planungsebene.

- Die Bezirksregierungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die unmittelbar und mittelbar Beteiligten nach § 15 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) erhalten ebenfalls das Informationsschreiben an die Krankenhäuser, die Handreichung, die Formblätter und die regionalisierten Bedarfszahlen.

2.2 Initiierung der regionalen Planungsverfahren

- Das MAGS erteilt einen Erlass an die Bezirksregierungen mit dem Inhalt, am 17. Oktober 2022 die Krankenhausträger, Krankenhäuser und die Verbände der Krankenkassen landesweit zu Verhandlungen über regionale Planungskonzepte für alle Leistungsgruppen aufzufordern.
- Beigefügt ist ein Begleitschreiben für die Bezirksregierungen zur Weiterleitung an die Krankenhausträger, Krankenhäuser und Verbände der Krankenkassen.
- Die unmittelbar und mittelbar Beteiligten nach § 15 KHGG NRW erhalten den Erlass gleichzeitig nachrichtlich zur Kenntnisnahme.

2.3 Aufforderung zu den Verhandlungen über regionale Planungskonzepte durch die Bezirksregierungen

- Zu den Verhandlungen über die regionalen Planungskonzepte wird für alle Regionen und Leistungsgruppen gleichzeitig am 17. Oktober 2022 aufgefordert. Dies geschieht durch die Bezirksregierungen gemäß § 14 Absatz 2 Satz 1 und § 37 Abs. 1 KHGG NRW.
- Hierzu leitet jede Bezirksregierung das Begleitschreiben per E-Mail an die Krankenhausträger, die Krankenhäuser und Verbände der Krankenkassen in ihrer Zuständigkeit weiter. Das MAGS erhält über die erfolgte Aufforderung gleichzeitig per E-Mail Kenntnis und leitet diese Information an die unmittelbar und mittelbar Beteiligten nach § 15 KHGG NRW weiter.

2.4 Aufnahme der Verhandlungen innerhalb eines Monats

- Die Verhandlungen über die regionalen Planungskonzepte sind nach der Aufforderung durch die Bezirksregierungen

innerhalb eines Monats

einzuleiten.

- Dazu füllen die Vertreter der Krankenhausträger das Formblatt 1 „Antragsunterlagen“ mit folgendem Inhalt aus:
 - Tabellenblatt 1 „Stammdaten“,
 - Tabellenblatt 2 „Interessensbekundung“ und
 - Tabellenblatt 3 „Erfüllung der Qualitätskriterien“ je Leistungsgruppe.

Ebenso ist das Formblatt 2 „Facharznachweise“ für die jeweiligen Leistungsgruppen auszufüllen.

- Die Krankenhausträger bestätigen die Erfüllung der Qualitätskriterien – soweit nicht z.B. bei den Kooperationen explizit anders geregelt – grundsätzlich zunächst im Rahmen einer Selbstauskunft in den Formblättern. Die Richtigkeit dieser Angaben wird von der Geschäftsführung des Krankenhausträgers durch eine zu unterschreibende Erklärung bestätigt. Dazu wird ein Mustervordruck „Erklärung zur Selbstauskunft“ zur Verfügung gestellt. Die unterschriebene Erklärung zur Selbstauskunft ist in der Plattform hochzuladen. Die Bezirksregierung fordert Nachweise an, wenn ihr dies nach pflichtgemäßen Ermessen notwendig erscheint. Unabhängig von diesen Regelungen eröffnen die Formblätter jedoch grundsätzlich bei allen Qualitätskriterien die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Angaben durch die Beifügung von Dokumenten zu belegen oder erläutern.
- Beim Hochladen von Nachweisen o.ä. muss der Dokumentenname exakt mit der Angabe des Dokumentennamens im Formblatt 1 übereinstimmen. Dies beinhaltet auch die Angabe der Endung bezüglich des Dateityps (z.B. .docx, .pdf).
- Beim Hochladen von Nachweisen o.ä. sollte eine Dateigröße von maximal 5 MB je Dokument nicht überschritten werden.
- Die ausgefüllten Formblätter nebst Anlagen sind bis spätestens 17. November 2022 in die Plattform vollständig hochzuladen. Die Bezirksregierungen und die Landesverbände der Krankenkassen werden automatisiert informiert. Das Hochladen der Formblätter bedeutet die Aufnahme der Verhandlungen und setzt die 6-Monats-Verhandlungsfrist gem. § 14 Absatz 2 Satz 4 KHGG NRW in Lauf. Stichtag ist einheitlich der 17. November 2022. Der Anzeigepflicht nach § 14 Absatz 2 Satz 3 KHGG ist damit Genüge getan.
- Zu Beginn der Verhandlungen wird unter allen Verhandlungsteilnehmern einer regionalen Planungsebene Transparenz über die von den Krankenhausträgern und Krankenhäusern angestrebten Versorgungsaufträge (Leistungsgruppen und gewünschte SOLL-Fallzahlen/SOLL-Belegtage) hergestellt. Auch dies geschieht unter Nutzung der digitalen Plattform.
- Nach § 14 Absatz 1 Satz 1 KHGG NRW erfolgen die Festlegungen für die Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium (Ministerium für Kultur und Wissenschaft, MKW). Daher leitet das MAGS die Formblätter 1 und 2 für die Universitätskliniken zu Beginn der Verhandlungen an das MKW weiter bzw. gibt dem MKW einen entsprechenden Zugriff über die Datenbank.

2.5 Begleitung der Verhandlungen durch die Bezirksregierung

- Die Bezirksregierungen stehen den Verhandlungspartnern während der Verhandlungsphase für Fragen zur Verfügung. Sie nehmen eine nur beratende Funktion wahr und greifen nicht durch Entscheidungen in die Verhandlungen ein. Auslegungs- und Verfahrensfragen zum Krankenhausplan 2022 beantworten die Bezirksregierungen in Abstimmung mit dem MAGS.

Die Bezirksregierungen fragen bei den Verbänden der Krankenkassen ab, ob bestimmte „Meilensteine“ im Verhandlungsprozess bereits erreicht wurden. Je nach Fortschritt der Verhandlungen auf den unterschiedlichen Planungsebenen können die Abfragen folgende Fragestellungen beinhalten:

- Haben die Verbände der Krankenkassen den Verhandlungspartnern bereits mitgeteilt, wie viele Standorte je Leistungsgruppe auf der jeweiligen Planungsebenen aus ihrer Sicht angemessen sind und dies entsprechend begründet?
 - Haben die Verbände der Krankenkassen den Krankenhausträgern und Krankenhäusern bereits eine konkrete Rückmeldung zu deren Vorstellungen über ihr künftiges Leistungsspektrum gegeben?
 - Haben sich die Verhandlungspartner bereits konkret über evtl. abweichende Vorstellungen ausgetauscht?
 - Zu welchen Leistungsgruppen konnte bereits ein (vorläufiges) Ergebnis erzielt werden (konsensual oder divergent)?
- Diese Auflistung von „Meilensteinen“ kann je nach Bedarf eingeschränkt, ergänzt oder modifiziert werden.
 - Die Verbände der Krankenkassen geben den Krankenhausträgern und Krankenhäusern ihre Antworten auf die Abfragen der Bezirksregierungen zur Kenntnis; die Krankenhausträger und Krankenhäuser kommunizieren ggf. abweichende Einschätzungen an die Bezirksregierungen.
 - Die Bezirksregierungen berichten dem MAGS über das Ergebnis der von ihnen durchgeführten Abfragen.

2.6 Abschluss der Verhandlungen innerhalb von sechs Monaten

Verhandlungsergebnis erzielt:

- Nach § 14 Absatz 2 Satz 4 KHGG NRW sind die Verhandlungen
innerhalb von sechs Monaten

nach Aufnahme abzuschließen.

Hierzu geben die Verbände der Krankenkassen das Verhandlungsergebnis (Konsens/Dissens) der zuständigen Bezirksregierung unter Nutzung des „Formblattes 3“ bekannt. Das durch die Verbände der Krankenkassen ergänzte Formblatt 1 ist ebenfalls beizufügen. Beizufügen ist ferner eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der tragenden Gründe zum Verhandlungsergebnis in Freitext.

Diese Dokumente geben die Verbände der Krankenkassen den Krankenhausträgern zur Kenntnis; die Krankenhausträger und Krankenhäuser kommunizieren ggf. abweichende Einschätzungen an die Bezirksregierungen.

- Die Bezirksregierung stellt gemäß § 14 Absatz 3 Satz 4 KHGG NRW die regionalen Planungskonzepte der unteren und obersten Gesundheitsbehörde und den Beteiligten nach § 15 Absatz 1 KHGG NRW zur Verfügung. Die unteren Gesundheitsbehörden erhalten Gelegenheit, innerhalb einer von der Bezirksregierung gesetzten Frist Stellung zu nehmen und werden angewiesen, auch die kommunale Gesundheitskonferenz zu beteiligen. Die Belange des Rettungsdienstes der jeweiligen Kommune sind dabei zu berücksichtigen.

Verhandlungsergebnis nicht erzielt:

- Schließen die Partner die Verhandlungen nicht innerhalb von
sechs Monaten
nach Aufnahme ab, geht die Verfahrensleitung gemäß § 14 Absatz 2 Satz 5 KHGG NRW kraft Gesetzes auf die zuständige Bezirksregierung über. Die Verhandlungen können auch nach Übergang der Verfahrensleitung in Abstimmung mit der Bezirksregierung fortgesetzt werden. Ein dabei erzieltetes Verhandlungsergebnis ist von den Bezirksregierungen zu beachten.
- Sind die Verhandlungen abgeschlossen, laden die Verbände der Krankenkassen das Formblatt 3 „Übersicht Verhandlungsstand bzw. Verhandlungsergebnis rPk“ sowie das Formblatt 1 hoch. Diese Dokumente geben die Verbände der Krankenkassen den Krankenhausträgern zur Kenntnis; die Krankenhausträger und Krankenhäuser kommunizieren ggf. abweichende Einschätzungen an die Bezirksregierungen.
- Sofern nach Übergang der Verfahrensleitung auf die Bezirksregierungen bzw. bei Eingang der abgeschlossenen regionalen Planungskonzepte nicht alle erforderlichen Formblätter auf der Plattform hinterlegt und freigegeben sind, fordert die jeweilige Bezirksregierung die Verhandlungspartner dazu auf, dieser Verpflichtung innerhalb einer von ihr gesetzten Frist nachzukommen. Die Verhandlungspartner haben die Unterlagen unverzüglich nachzureichen.
- Bei Übergang der Verfahrensleitung auf die Bezirksregierungen stellen die Bezirksregierungen die regionalen Planungskonzepte der unteren und obersten Gesundheitsbehörde sowie den Beteiligten nach § 15 Absatz 1 KHGG NRW zur Verfügung. Sie weisen die unteren Gesundheitsbehörden an, auch die kommunale Gesundheitskonferenz zu beteiligen und weisen darauf hin, dass auch die Belange des Rettungsdienstes der Kommune zu berücksichtigen sind. Die kommunale Gesundheitskonferenz hat die Möglichkeit, eine Stellungnahme zum regionalen Planungskonzept innerhalb der von der Bezirksregierung angemessen gesetzten Frist abzugeben.
- Die Bezirksregierungen setzen die Verbände der Krankenkassen über Änderungen in den Anträgen oder nachgereichte Unterlagen nach Übergang der Verfahrensleitung auf die Bezirksregierungen in Kenntnis. Damit wird die Transparenz im gesamten Verfahren für alle Beteiligten gewährleistet und die Möglichkeit geschaffen, im Bedarfsfall zu diesen Unterlagen eine Bewertung abzugeben.

2.7 Prüfung der regionalen Planungskonzepte durch die Bezirksregierungen

- Nach Erhalt der regionalen Planungskonzepte nimmt die zuständige Bezirksregierung eine Bewertung vor und entscheidet über das weitere Verfahren. Soweit noch Klärungs- und Erörterungsbedarf besteht, tritt die Bezirksregierung dazu in den Austausch mit den Verhandlungspartnern und/oder den weiteren Beteiligten.
- Soweit es im Einzelfall erforderlich ist, kann die Bezirksregierung zur Förderung des Verfahrens zu Regionalkonferenzen einladen und/oder externe Moderatoren einbeziehen. Diese Maßnahmen stimmt die Bezirksregierung vorab mit dem MAGS ab.
- Wenn alle Sachverhalte hinreichend aufgeklärt sind und die wechselseitigen Argumente ausgetauscht und bewertet wurden, erstellt die Bezirksregierung ein abschließendes Votum und übermittelt dieses an das MAGS.

2.8 Prüfung und Anhörung durch das MAGS

- Das MAGS prüft die regionalen Planungskonzepte nach Erhalt und leitet das Anhörungsverfahren nach § 14 Absatz 4 KHGG NRW ein. Auch die Bezirksregierungen haben die Möglichkeit, im Anhörungsverfahren Stellung zu nehmen.
- Die Stellungnahmefrist im Rahmen des Anhörungsverfahrens beträgt grundsätzlich sechs Wochen.
- Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens prüft das MAGS unter Berücksichtigung der fristgerecht eingereichten Stellungnahmen sein planerisches Votum erneut. Gegebenenfalls wird die Bezirksregierung um nochmalige Stellungnahme gebeten oder es finden weitere Erörterungen mit den Beteiligten statt.
- Feststellungen für die Universitätskliniken erfolgen im Einvernehmen mit dem MKW (§ 14 Absatz 1 Satz 1 KHGG NRW).

2.9 Erlass an Bezirksregierung zur Ausstellung eines Feststellungsbescheids mit Ergebnis der krankenhauserischer Prüfung

- Nach Abschluss des Verfahrens weist das MAGS die zuständige Bezirksregierung im Erlasswege an, die krankenhauserische Entscheidung durch einen Feststellungsbescheid an den jeweiligen Träger umzusetzen. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen erhalten darüber ebenfalls eine Information.

2.10 Erteilung des Feststellungsbescheides durch die Bezirksregierung

- Die Bezirksregierung erteilt einen entsprechenden Feststellungsbescheid an den Krankenhausträger. Das MAGS erhält den Feststellungsbescheid gleichzeitig zur Kenntnis.

- Die Bezirksregierungen informieren das MAGS unverzüglich über die Einlegung von Rechtsbehelfen gegen die Feststellungsbescheide.
- Das MAGS sowie die Verbände der Krankenkasse erhalten Kenntnis, sobald die Feststellungsbescheide bestandskräftig geworden sind. Über bestandskräftige Feststellungsbescheide der Universitätskliniken erhält zusätzlich das MKW Kenntnis.
- Die erteilten Feststellungsbescheide werden auch den unmittelbar Beteiligten nach § 15 Absatz 1 KHGG NRW zur Kenntnis gebracht.

3 Inhaltliche Vorgaben zur Prüfung durch die Bezirksregierungen

3.1 Planungsebenen und Prüfungsreihenfolge

- Die Prüfung erfolgt aus pragmatischen Gründen schrittweise nach den Planungsebenen, denen die Leistungsgruppen zugeordnet sind und zwar in folgender Reihenfolge:
 - 1) Kreis/kreisfreie Stadt
 - 2) Versorgungsgebiet
 - 3) Regierungsbezirk
 - 4) Landesteil.
- Die Prüfung beginnt mit weniger komplexen Leistungsgruppen, die wohnortnahe Versorgung vorhalten und endet mit hochkomplexen Leistungsgruppen, für die eine Spezialisierung/Zentralisierung angezeigt ist. Dies empfiehlt sich, da die Leistungsgruppen krankenhauplanerisch aufeinander aufbauen. So setzen z.B. hochkomplexe Leistungsgruppen der Planungsebene „Landesteil“ in der Regel weniger komplexe Leistungsgruppen der anderen „kleineren“ Planungsebenen als Mindestvoraussetzung voraus.
- Die (Auswahl-)Entscheidung über die Zuteilung der Versorgungsaufträge erfolgt hingegen für alle Planungsebenen und Leistungsgruppen gleichzeitig. So wird sichergestellt, dass die wechselseitigen Abhängigkeiten der verschiedenen Planungsebenen bis zur abschließenden Gesamtbewertung berücksichtigt werden können.
- Für den Umgang mit den Planungsebenen sind die Ausführungen in Kapitel 4.1 des Krankenhausplans zu berücksichtigen. Dort wird u.a. erläutert, dass die Festlegung der Planungsebenen einer sinnvollen Strukturierung bei der Erarbeitung regionaler Planungskonzepte dient. Zugleich ist eine isolierte Betrachtung einzelner Regionen oder Leistungsgruppen ausdrücklich zu vermeiden. Vielmehr ist die Versorgung in den jeweils benachbarten Regionen, auch über die Grenzen von Regierungsbezirken hinweg, stets mit zu berücksichtigen. Auch die Versorgungsangebote für verwandte Leistungsgruppen, insbesondere des gleichen Leistungsbereiches, sind mitzubedenken. Im Einzelfall sind Abweichungen von den vorgesehenen Planungsebenen aufgrund demografischer und geografischer Gesichtspunkte und zur ausreichenden Berücksichtigung gewachsener Strukturen möglich. Relevant sind in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen in Kapitel 4.3 des Krankenhausplans (Bundeslandübergreifende Versorgung).

- Die Zuordnung der einzelnen Leistungsgruppen zu den regionalen Planungsebenen ergibt sich aus den Tabellen der Qualitätskriterien in den Kapiteln zu den Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. Die nachstehende Auflistung fasst dies für die jeweiligen Planungsebenen zusammen.

Kreis/kreisfreie Stadt: 4 Leistungsgruppen in 53 Kreisen/Städten

- 1.1 Allgemeine Innere Medizin
- 9.1 Allgemeine Chirurgie
- 27.1 Geriatrie
- 28.1 Intensivmedizin

Versorgungsgebiet: 26 Leistungsgruppen in 16 Versorgungsgebieten

- 3.1 Komplexe Gastroenterologie
- 5.1 Komplexe Pneumologie
- 8.1 EPU/Ablation
- 8.2 Interventionelle Kardiologie
- 8.3/13.4 Kardiale Devices
- 12.1 Bauchaortenaneurysma
- 12.2 Carotis operativ/interventionell
- 12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße
- 14.1 Endoprothetik Hüfte
- 14.2 Endoprothetik Knie
- 14.5/25.2 Wirbelsäuleneingriffe
- 20.1 Urologie
- 21.1 Allgemeine Frauenheilkunde
- 21.3 Senologie
- 21.4 Geburten
- 22.1 Perinataler Schwerpunkt
- 23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
- 24.1 HNO
- 26.1 Allgemeine Neurologie
- 26.2 Stroke Unit
- 29.1 Palliativmedizin
- 31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär

- 31.2 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär
- 32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik - vollstationär
- 32.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik - teilstationär

Regierungsbezirk: 28 Leistungsgruppen in 5 Regierungsbezirken

- 2.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
- 4.1 Komplexe Nephrologie
- 6.1 Komplexe Rheumatologie
- 7.1 Stammzelltransplantation
- 7.2 Leukämie und Lymphome
- 8.4/13.3 Minimalinvasive Herzklappenintervention
- 10.1 Kinder- und Jugendchirurgie
- 11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
- 13.1 Herzchirurgie
- 14.3 Revision Hüftendoprothese
- 14.4 Revision Knieendoprothese
- 15.1 Thoraxchirurgie
- 16.1 Bariatrische Chirurgie
- 16.2 Lebereingriffe
- 16.3 Ösophaguseingriffe
- 16.4 Pankreaseingriffe
- 16.5 Tiefe Rektumeingriffe
- 17.1 Augenheilkunde
- 18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 19.1 MKG
- 21.2 Ovarial-CA
- 22.2 Perinatalzentrum Level 1
- 22.3 Perinatalzentrum Level 2
- 23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome
- 25.1 Neurochirurgie
- 26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)

Landesteil: 9 Leistungsgruppen in 2 Landesteilen

- 13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche
- 23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation
- 24.2 Cochleaimplantate
- 30.1 Darmtransplantation
- 30.2 Herztransplantation
- 30.3 Lebertransplantation
- 30.4 Lungentransplantation
- 30.5 Nierentransplantation
- 30.6 Pankreastransplantation

Hinweis zu Abweichungen von den o.g. Zuordnungen in den Tabellen zu den Bedarfsprognosen: Bei den allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin und in der Chirurgie ergeben sich hinsichtlich der Bedarfsprognose Besonderheiten, die dazu führen, dass die entsprechenden Bedarfe als nicht quantifizierte Teilmenge des Bedarfs der Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ ausgewiesen werden. Auch bei der Intensivmedizin erfolgt keine gesonderte Bedarfsberechnung (vgl. Kapitel 6.1.1., Seite 81-82 Krankenhausplan NRW 2022).

3.2 Prüfung der Qualitätskriterien

- Die Prüfung der Qualitätskriterien richtet sich nach den Vorgaben des Krankenhausplans.
- Begonnen wird mit der Prüfung der Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen der Planungsebene „Kreis/kreisfreie Stadt“, aufsteigend bis zur Prüfung der Leistungsgruppen der Planungsebene „Landesteil“.
- Da teilweise Leistungsgruppen so verknüpft sind, dass sie sich gegenseitig als Mindestvoraussetzung bedingen und dabei auch unterschiedliche Planungsebenen zuzuordnen sein können, bedarf es einer vorläufigen Hilfsprüfung: Geprüft werden auf der jeweiligen Stufe der Prüfungsreihenfolge nur die Leistungsgruppen, die auf dieser Planungsebene beplant werden. Sofern verknüpfte Leistungsgruppen größerer Planungsebenen am Standort Mindestvoraussetzungen darstellen, wird zunächst lediglich geprüft, ob die jeweilige Leistungsgruppe ebenfalls beantragt wurde.
- Sofern eine Kooperation mit einem anderen Krankenhaus für die beantragte Leistungsgruppe eine Mindestvoraussetzung darstellt, ist zu prüfen, ob der Kooperationspartner die Leistungsgruppe beantragt hat und die Mindestvoraussetzungen erfüllt sowie ob die Vorgaben für Kooperationen erfüllt sind (Ziffer 4.4).

- Die Prüfungsergebnisse trägt die Bezirksregierung in die tabellarische Übersicht (Formblatt 1) nach Leistungsgruppen ein.
- Stellt die Bezirksregierung bei ihrer Prüfung fest, dass in einer Region eine Versorgungslücke drohen könnte, z.B. aufgrund Nichteinhaltung von Qualitätskriterien der dortigen Bewerber, informiert sie unverzüglich das MAGS. Der Bericht der Bezirksregierung sollte u.a. Angaben beinhalten, ob das Krankenhaus einen Antrag auf Sicherstellungszuschlag nach den Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V gestellt hat. Das weitere Vorgehen hierzu wird zwischen dem MAGS, der Bezirksregierung und den weiteren Beteiligten im Einzelfall abgestimmt.

3.3 Festlegung der Anzahl der Standorte

- Die Bezirksregierungen votieren zur Anzahl der Krankenhausstandorte für die einzelnen Leistungsgruppen der jeweiligen Planungsebene. Dabei berücksichtigen sie gemäß Kapitel 4.10.2 des Krankenhausplans NRW 2022 folgende Aspekte:
 - Ausgangspunkt: Analyse des aktuellen Versorgungsgeschehens unter besonderer Berücksichtigung der bestehenden Leistungserbringer.
 - Abhängig vom Ergebnis dieser Analyse: Betrachtung eines eventuell bestehenden Über- oder Unterangebotes im regionalen Kontext. Hieraus kann sowohl die Notwendigkeit zur Ausweisung von weniger als auch von mehr Leistungserbringern resultieren.
 - Ziel ist dabei stets, eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung mit allen Beteiligten gemeinsam in den regionalen Planungskonzepten sicherzustellen.
 - Die Frage der Erreichbarkeit – Wohnortnähe – in Abhängigkeit vom Spezialisierungsgrad der Leistungsgruppen nach den Vorgaben des Krankenhausplans ist zu berücksichtigen (siehe Kapitel 4.2 und 4.9).
 - Grundsätzlich sollen im Weiteren bei der Festlegung der Zahl der Standorte folgende Aspekte berücksichtigt werden:
 - Wirtschaftliche Tragfähigkeit im Kontext der Krankenhausplanung vor Ort:
 - Der zugewiesene Versorgungsauftrag muss einen Umfang (Fallzahl bzw. Belegtage) haben, der eine wirtschaftliche Tragfähigkeit der Leistungserbringung für das jeweilige bedarfsnotwendige Krankenhaus erwarten lässt. Dabei kann es keinen "Schwellenwert" geben, der für alle Krankenhäuser gilt, weil die Umstände des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt werden müssen.
 - Außerdem ist der wirtschaftliche Betrieb eines bedarfsnotwendigen Krankenhausstandortes oder einer bedarfsnotwendigen Krankenhausabteilung zu berücksichtigen.

- Erreichbarkeit
- Schaffung von Auswahlmöglichkeiten für die Patienten (freie Krankenhauswahl), soweit das Gesamtvolumen des Bedarfs und die regionale Versorgungssituation dies zulassen.
- Vermeidung von regionalen Mehrfachvorhaltungen in unmittelbarer räumlicher Nähe, soweit sie nicht durch das Bedarfsvolumen und/oder andere Besonderheiten der Versorgungssituation gerechtfertigt sind.

3.4 Fachkliniken

- Der Krankenhausplan nennt in Kapitel 4.4 die Voraussetzungen für die Berücksichtigung von Fachkliniken. Dazu gehören u.a.:
- Eine Fachklinik kann den Versorgungsauftrag nur dann erhalten, wenn folgende Punkte konzeptionell nachgewiesen sind:
 - Die auf die Leistungsgruppen bezogenen Qualitätskriterien sind sichergestellt.
 - Eine besondere Leistungsfähigkeit im Vergleich zu den in Allgemeinkrankenhäusern integrierten Fachabteilungen ist belegt.
 - Die wirtschaftliche Tragfähigkeit des Krankenhauses ist sichergestellt.
 - Die fachklinische Versorgung ist in der regionalen Versorgungslandschaft sinnvoll eingebunden.
 - Die spezialisierte Versorgung durch die Fachklinik ist besonders leistungsfähig und medizinisch sinnvoll.
 - Eine gute Kooperation der Fachklinik mit einem oder mehreren benachbarten Allgemeinkrankenhäusern ist nachgewiesen.
- Vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung der Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden, basisrelevanten Versorgung in Form des Dreiklanges aus den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“, „Allgemeine Chirurgie“ und „Intensivmedizin“ sowie zusätzlich der Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendmedizin“ und der Leistungsgruppe „Geburten“, ist bei einer Auswahlentscheidung stets auch die Tragfähigkeit und der Erhalt umliegender bedarfsnotwendiger Krankenhäuser zu beachten.
- In erster Linie ist eine flächendeckende Grundversorgung sicherzustellen. Steht also eine Auswahlentscheidung bezüglich der Verteilung eines Versorgungsauftrags einer Leistungsgruppe zwischen zwei Krankenhäusern aus und nur ein Krankenhaus bietet die umfassende Grundversorgung an, die ohne diesen Anbieter nicht flächendeckend gewährleistet ist, ist grundsätzlich diesem Krankenhaus der Versorgungsauftrag zu gewähren. Der Fachklinik kann der Versorgungsauftrag erteilt werden, wenn die Grundversorgung sichergestellt ist, ggf. eine Kooperation beider Anbieter besteht und die spezialisierte Versorgung durch die Fachklinik besonders leistungsfähig und medizinisch sinnvoll ist.

- Einige Fachkliniken müssen über die ihnen zugewiesenen Inhalte der jeweils spezifischen Leistungsgruppe hinaus bei ihren Patientinnen und Patienten auch Leistungen aus dem Spektrum der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie erbringen, soweit dies im Kontext der fachklinischen Versorgung erforderlich ist.
- Wie bereits im Gutachten von 2019 zur Krankenhauslandschaft in NRW ausgeführt, kann es deswegen in manchen Konstellationen erforderlich sein, den Fachkliniken auch Fallzahlanteile aus dem für die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ und/oder „Allgemeine Chirurgie“ bestimmten Bedarf zuzuweisen.
- So erhalten beispielsweise Krankenhäuser, denen die Leistungsgruppe „Geriatric“ zugeordnet wird, über die in dieser Leistungsgruppe vorgesehene Fallzahl hinaus einen Fallzahlanteil aus dem errechneten Bedarf für die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“, um das Leistungsspektrum jenseits der über den Komplexcode nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Komplexcode) abgerechneten Fälle abzubilden.
- Dazu ist diesen Krankenhäusern auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zuzuordnen. Im Fall geriatrischer Fachkliniken/„Stand-alone-Geriatrien“ wird dafür die Erfüllung der über die Anforderungen der Leistungsgruppe „Geriatric“ hinausgehenden Mindestanforderungen nicht gefordert. Gemäß § 16 Absatz 1 Satz 5 KHGG NRW wird jedoch in diesen Fällen der Versorgungsauftrag des Krankenhauses hinsichtlich der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ auf die Erbringung der für die geriatrische Versorgung erforderlichen Leistungen beschränkt.
- Ob und in welchem Umfang ein solches Vorgehen zu prüfen ist, wird sich aus dem Abgleich der in den jeweiligen Leistungsgruppe (z.B. Geriatric, Palliativmedizin) zugeordneten Leistungszahlen und der von der entsprechenden Klinik/Abteilung tatsächlich erbrachten Leistungen ergeben.

3.5 Belegärztliche Leistungen

- Die Vorgaben zur krankenhauplanerischen Ausweisung von belegärztlichen Angeboten finden sich in Kapitel 4.5 des Krankenhausplans NRW 2022. Dazu gehören u.a. die nachstehend aufgelisteten Punkte:
 - Belegabteilungen werden im Feststellungsbescheid als solche kenntlich gemacht.
 - Neben fachspezifischen Belegabteilungen sind auch interdisziplinäre Belegabteilungen möglich, um bedarfsgerechte Kapazitäten der verschiedenen Leistungsbereiche am Standort auszuweisen.
 - Die belegärztliche Versorgung kann bei Erfüllung der Mindestvoraussetzungen einer zur belegärztlichen Leistung geeigneten Leistungsgruppe angeboten werden. Es dürfen keine Einbußen in der Qualität der Leistungserbringung bestehen.

- Die Belegarztzulassung/-anerkennung sowie ein auf Dauer angelegter Belegarztvertrag mit dem Krankenhausträger ist vorzulegen.
- Die apparativ-technischen Anforderungen müssen grundsätzlich je nach Anforderung am Standort der stationären Versorgung verfügbar sein.
- Ein leistungsfähiges Belegarztsystem setzt voraus, dass eine qualifizierte fachärztliche Rufbereitschaft für die in der Belegabteilung behandelten Patienten zu jeder Zeit sichergestellt ist.
- Deshalb sind die für die jeweilige Leistungsgruppe angegebenen fachärztlichen Mindestvoraussetzungen zu erfüllen, allerdings nicht durch im Krankenhaus angestellte Fachärzte. Dementsprechend sind auch keine Vollzeitäquivalente nachzuweisen.
- Es ist aber darzulegen, dass die getroffenen Vereinbarungen die Rufbereitschaft ganzjährig rund um die Uhr an 7 Tagen in der Woche sicherstellen. Außerdem ist die ärztliche Präsenz über 24 Stunden täglich sicherzustellen. Diese kann auch durch den ärztlichen Dienst des Krankenhauses erfolgen, insbesondere in der Notfallversorgung.
- Es ist sicherzustellen, dass für die Versorgung von Patienten, die einer stationären Behandlung bedürfen, in der Belegabteilung ausreichend Kapazitäten (Betten) zur Verfügung stehen.
- Im Feststellungsbescheid und auch in der Außenkommunikation des Krankenhauses (z.B. über die Homepage und über die im Krankenhaus selbst bereitgestellten Informationen) ist klarzustellen, welchen Umfang die Notfallversorgung durch die Belegabteilung hat.
- Der Belegarzt soll in der Planungsebene der entsprechenden Leistungsgruppe niedergelassen sein, um die Erreichbarkeit sicherzustellen.
- Ist im Planungsverfahren eine Auswahl zwischen der belegärztlichen und nicht-belegärztlichen Erbringung einer Leistungsgruppe zu treffen, ist aufgrund der höheren Leistungsfähigkeit in der Regel der Hauptabteilung der Vorrang zu geben.

3.6 Auswahlentscheidungen

- Sofern nach Festlegung der Zahl der Standorte eine Auswahlentscheidung erforderlich ist, votiert die Bezirksregierung dazu anhand der im Krankenhausplan NRW genannten Kriterien. Ausführungen dazu sind u.a. in den Kapiteln 5.4.3 und 5.5 des Krankenhausplans enthalten.
- Bei der Auswahlentscheidung sind alle Aspekte zu berücksichtigen und zu gewichten, die für die Entscheidung der Frage relevant sind, welcher der in Betracht kommenden Krankenhausstandorte den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Dazu gehört unter Beachtung der Grundsätze nach § 1 KHG und § 1 KHGG NRW beispielsweise:

- Übererfüllung der Mindestanforderungen des Krankenhausplans: Dies ist relevant, wenn ein Krankenhausstandort die festgelegten Mindestanforderungen (z. B. bei der personellen Ausstattung) in einer Weise übererfüllt, die eine nachhaltigere und höhere Versorgungsqualität erwarten lässt als bei lediglich exakter Erfüllung der Mindestanforderungen.
 - Auswahlkriterien: Außerdem sind für viele Leistungsgruppen weitere Qualitätskriterien als Auswahlkriterien genannt, die bei der Entscheidung zu berücksichtigen sind. Die genannten Auswahlkriterien sind allerdings nicht als abschließende Aufzählung zu verstehen.
 - Weitere Aspekte, die für eine besondere Leistungsfähigkeit des Krankenhausstandortes sprechen, z.B. eine sinnvolle medizinische Schwerpunktbildung durch Bündelung bestimmter Leistungsgruppen.
 - Schließlich sind auch Wechselwirkungen der auf eine einzelne Leistungsgruppe bezogenen Auswahlentscheidung auf die regionale Versorgungsstruktur in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen.
- Bei den Auswahlentscheidungen sind auch die Vorgaben in § 12 Absatz 5 KHGG NRW zu berücksichtigen. Danach haben bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen. Zudem soll die – auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende – Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen. Dies gilt auch für die Kooperation der Krankenhäuser mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit niedergelassenen approbierten Leistungserbringern im Bereich der Psychotherapie, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen.
 - Im Einzelfall können Ausnahmen von der Anwendung der Mindestvoraussetzungen in einzelnen Leistungsgruppen oder von Vorgaben in anderen Kapiteln des Krankenhausplans zugelassen und ein Versorgungsauftrag auch erteilt werden, wenn ansonsten die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist. Gleiches gilt, wenn der wirtschaftliche Betrieb eines bedarfsnotwendigen Krankenhausstandortes oder einer bedarfsnotwendigen Krankenhausabteilung durch die Anwendung der neuen Krankenhausplanung gefährdet wäre.

3.7 Zentren

- Die krankenhauplanerische Ausweisung von Zentren richtet sich nach Kapitel 10 des Krankenhausplans NRW 2022.
- Aufgrund der Besonderheiten, die sich bei der Planung von Zentren ergeben, erfolgen die Ausweisungen außerhalb des in dieser Handreichung beschriebenen Verfahrens.

- In den Formblättern werden die Krankenhäuser deswegen lediglich um Mitteilung gebeten, ob sie eine Ausweisung anstreben (bzw. im Fall einer bereits bestehenden Ausweisung das Zentrum fortführen wollen). Weitere Angaben sind an dieser Stelle nicht erforderlich.

4 Konkretisierung einzelner Vorgaben

4.1 Konkretisierung verwandter Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

- Wenn bei einer Leistungsgruppe als Mindest- bzw. Auswahlkriterium nicht eine Leistungsgruppe, sondern ein Leistungsbereich vorgegeben wird, bedarf es nicht der Erbringung aller Leistungsgruppen dieses Leistungsbereichs. Die Erbringung einer Leistungsgruppe des genannten Leistungsbereichs reicht aus. Denn gemäß Kapitel 5.1.2 Krankenhausplan NRW 2022 folgt aus der Zuweisung einer Leistungsgruppe im Feststellungsbescheid die Zuweisung auch des Leistungsbereiches, zu dem diese Leistungsgruppe gehört.

4.2 Konkretisierung Besonderer Angebote bei Erbringung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

- Regelungen zu besonderen Angeboten finden sich in Kapitel 5.2 des Krankenhausplans NRW 2022.
- Die Erbringung der besonderen Angebote muss dadurch gekennzeichnet sein, dass die Versorgung der Patienten durch eine angemessene Vorhaltung von auf dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet qualifizierten Ärzten verlässlich gewährleistet wird und dass auch die übrigen personellen, apparativen und strukturellen Voraussetzungen für ein verlässliches, ganzjähriges Angebot erfüllt sind.
- Als besondere Angebote sind in den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen im Krankenhausplan NRW 2022 vorgesehen: Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Infektiologie, Schmerztherapie, Schwerbrandverletzte, Polytraumaversorgung.
- Konkretisierungen zum besonderen Angebot „Infektiologie“ ergeben sich aus Kapitel 5.3 des Krankenhausplans:
 - Das Land hat ein Zentrum für Patienten mit hochkontagiös erkrankte Patienten in den Krankenhausplan aufgenommen und führt diese Planung weiter.
 - Für die Ausweisung von infektiologischen Kapazitäten ist im Übrigen inhaltlich auf die Vorgaben des Infektionsschutzplans Nordrhein-Westfalen und hier besonders auf das Stufenkonzept zur klinischen Versorgung von Patienten mit Infektionskrankheiten in Nordrhein-Westfalen abzustellen. Eine geeignete Zuweisung kann im Einzelfall nur in Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgen. Insoweit sind die unteren Gesundheitsbehörden und das Landeszentrum Gesundheit (LZG) NRW mit seinem Kompetenzzentrum Infektionsschutz als Beteiligte zu nennen.

- Die Ausweisung der Versorgungskapazitäten erfolgt als „davon-Kapazitäten“ auf Basis der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“.
- Der Anforderung eines besonderen Angebotes „Infektiologie“ kann – soweit nicht infektiologische Kapazitäten wie oben ausgeführt ohnehin explizit krankenhauplanerisch zugewiesen sind – auch durch die Vorhaltung von Ärzten und Pflegefachpersonen mit besonderer infektiologischer Kompetenz entsprochen werden (im ärztlichen Bereich z. B. auf Basis einer Zusatz-Weiterbildung oder künftig des vom Deutschen Ärztetag in die Muster-Weiterbildungsordnung aufgenommenen Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie).
- Das besondere Angebot „Schmerztherapie“ wird von Krankenhäusern vorgehalten, die die Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen nach den OPS-Codes „8-918“ und/oder „8-91c“ gemäß des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfüllen. Für die Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“ sieht der Krankenhausplan außerdem als Mindestvoraussetzung bei den sonstigen Struktur- und Prozesskriterien auf Landesebene die „konservative Schmerztherapie“ voraus. Dies ist als Verweis auf die entsprechenden schmerztherapeutischen Anforderungen zu verstehen, die bereits der Krankenhausplan NRW 2015 für den Versorgungsauftrag „Wirbelsäulen Chirurgie“ formuliert hat.
- Die besonderen Angebote „Strahlentherapie“ und „Nuklearmedizin“ werden durch mindestens zwei Ärzte mit der entsprechenden Facharztqualifikation gewährleistet. Auch die weitere personelle, apparative und strukturelle Ausstattung muss so ausgerichtet sein, dass ein verlässliches, ganzjähriges Angebot gewährleistet ist.
- Die besonderen Angebote „Schwerbrandverletzte“ und „Polytraumaversorgung“ sind gegeben, wenn die Ausweisung als Zentrum gemäß Kapitel 10 des Krankenhausplans NRW 2022 vorliegt oder das verlässliche, ganzjährige Angebot auf andere Weise im Einklang mit den geltenden fachlichen Standards auf Basis von Leitlinien und Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften gewährleistet ist.

4.3 Konkretisierung des Begriffs „Standort“ bei Erbringung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

- Der Standortbegriff orientiert sich an der Begriffsbestimmung in der Vereinbarung des GKV Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz.
- Das MAGS behält sich vor, von dieser Standortdefinition in wenigen Einzelfällen abzuweichen, wenn dies aus dem Blickwinkel der Krankenhausplanung sinnvoll ist.
- Insbesondere soll ein Ausschluss relevanter Versorger von der Versorgung verhindert werden, wenn eine starre Anwendung z. B. der 2000-Meter-Grenze entsprechend der oben genannten Vereinbarung im Widerspruch zu der in der Versorgungsrealität bestehenden und bewährten Zugehörigkeit zum gleichen Standort stehen würde.

- Dies wird durch das Ministerium individuell geprüft und festgelegt. Es besteht kein Anspruch auf eine entsprechende Festlegung.

4.4 Konkretisierung des Begriffs „Kooperation“ bei Erbringung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

- Erläuterungen zum Verständnis der Begriffe „am Standort“ und „in Kooperation“ finden sich in Kapitel 5.4.4 des Krankenhausplans.
- Ein antragstellendes Krankenhaus kann mit mehreren Leistungserbringern kooperieren und umgekehrt.
- Die jeweils für die Leistungsgruppe genannten Kriterien sind – soweit in den Tabellen nicht anders angegeben – an dem Krankenhausstandort zu erfüllen, der den Versorgungsauftrag für die jeweilige Leistungsgruppe erhalten soll. Bei einer Reihe von Kriterien ist explizit angegeben, dass die Erfüllung „in Kooperation“ ausreicht. Für die beiden Anforderungen „am Standort“ bzw. „in Kooperation“ wird folgendes Verständnis zugrunde gelegt:
 - Leistungserbringung am Standort:
 - Die personellen und apparativen Mindestvoraussetzungen werden am Standort vorgehalten. Dies kann durch beschäftigtes Personal und eigene Gerätschaften oder durch eine im geforderten Umfang am Standort verfügbare personelle/apparative Dienstleistung im Sinne eines verbindlichen, auf Dauer angelegten Versorgungsvertrages erfolgen.
 - Diese Dienstleistung kann zum Beispiel durch eine am Standort befindliche Praxis, ein MVZ oder telemedizinische Strukturen gewährleistet werden (unter anderem in einer nicht abschließenden Aufzählung radiologischer, strahlentherapeutischer, nephrologischer, hämato-onkologischer oder physiotherapeutischer Einrichtungen).
 - Leistungserbringung in Kooperation:
 - Die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Sinne des § 1 KHG wird in diesen Fällen im Wege einer Kooperationsbeziehung mit einem geeigneten Kooperationspartner sichergestellt.
 - Dabei muss gewährleistet sein, dass dieselben Qualitätsstandards entsprechend der bei der jeweiligen Leistungsgruppe hinterlegten Mindestvoraussetzungen, wie bei der Vorhaltung des Qualitätskriteriums im eigenen Krankenhaus eingehalten werden. Kooperationen in der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung müssen vertraglich fixiert und auf Dauer angelegt sein. Sie müssen inhaltliche und organisatorische Regelungen im Hinblick auf das jeweilige Qualitätskriterium beinhalten (Angaben zu Kooperationspartnern und deren Eignung, Angaben zum Kooperations-/Leistungsstandort und -inhalt, Angaben zur zeitlichen Verfügbarkeit des jeweiligen Qualitätskriteriums sowie Angaben zur Kooperationsdauer).

- Der krankenhauserplanerische Nachweis der Erfüllung eines Qualitätskriteriums in „Kooperation“ erfolgt durch Vorlage eines schriftlichen Kooperationsvertrages bei der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde. Kooperationspartner können zum Beispiel Praxen, MVZ oder Krankenhäuser sein. Diese Einrichtungen müssen sich nicht auf dem Gelände des Krankenhausstandortes befinden. Zur Kooperation können telemedizinische Strukturen genutzt werden (z. B. die Teleradiologie).
- Wenn die Versorgung im Rahmen von Kooperationen für die betreffenden Patienten einen Ortswechsel erfordern, sind Lösungen im unmittelbaren regionalen Umfeld im Vergleich zu Kooperationen über weite Distanzen grundsätzlich zu bevorzugen. Dies kann im Rahmen von Auswahlentscheidungen relevant sein.

4.4.1 Nachweis einer Kooperation

- Im Formblatt 1 ist durch Ankreuzen des jeweiligen Feldes kenntlich zu machen, ob eine Voraussetzung in Kooperation erfüllt werden soll.
- In diesem Fall ist eine Selbsterklärung nicht ausreichend. Ein Nachweis in Form eines von allen Kooperationspartnern unterzeichneten Kooperationsvertrages oder einer anderen, rechtsverbindlichen Erklärung ist in der Plattform hochzuladen.
- Aus dem Nachweis müssen sich insbesondere ergeben:
 - Angaben zu Kooperationspartnern.
 - Angaben zur fachspezifischen Eignung des Kooperationspartners
 - Angaben zum Kooperations-/Leistungsort, Verortung/Entfernung zum Kooperationspartners. Räumlich naheliegende Kooperationspartner sollen bevorzugt werden. Abweichungen sind zu begründen (Sofern lediglich konsiliarische Leistungen erbracht werden sollen, die auch telefonisch oder per Videotelefonie erbracht werden können, kommt es auf die Entfernung nicht an).
 - Angaben zum Kooperationsinhalt.
 - Angaben zu personellen und apparativen Ressourcen: Bei bestehendem Versorgungsauftrag des Kooperationspartners genügt der Nachweis über den Feststellungsbescheid. (In der ersten Planungsrunde ist bis zur endgültigen Bescheidung auch der Antrag des Kooperationspartners auf den jeweiligen Versorgungsauftrag ausreichend).
 - Angaben zur Erfüllung der zeitlichen Verfügbarkeit gemäß des jeweiligen Qualitätskriteriums.
 - Angaben zur Kooperationsdauer.
 - Angaben zu Kündigungsvereinbarungen.
- Mehrere Kooperationen mit demselben Kooperationspartner können in einem Vertragswerk zusammengefasst werden.

4.4.2 Kooperation als Erbringung verwandter Leistungsgruppen

- Konkretisierung der Erreichbarkeit: Folgende Erreichbarkeitsvorgaben sind bei der Erbringung von Leistungsgruppen in Kooperation nachzuweisen:
 - Erbringung der Leistungsgruppen „Allgemeine Innere“ und „Allgemeine Chirurgie“ in Kooperation: Der Kooperationspartner mit diesen Leistungsgruppen muss innerhalb von in der Regel nicht mehr als 20 Pkw-Fahrzeitminuten erreichbar sein. Eine Überschreitung ist nur zulässig, sofern nachgewiesen wird, dass es keinen näheren Versorger mit diesen Leistungsgruppen gibt.
 - Erbringung der Leistungsgruppen „Geburten“ und „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ in Kooperation: Der Kooperationspartner mit diesen Leistungsgruppen muss innerhalb von in der Regel max. 40 Pkw-Fahrzeitminuten erreichbar sein. Der nächstgelegene Versorger, der diese Leistungsgruppe erbringt, sollte als Kooperationspartner gewählt werden. Abweichungen sind zu begründen.
 - Bei allen weiteren Leistungsgruppen gilt:
 - 1. Prüfschritt: Welche Planungsebene hat die in Kooperation zu erbringende LG (z.B. RB – im Folgenden an diesem Beispiel weiter ausgeführt)?
 - 2. Prüfschritt: In welchem Regierungsbezirk befindet sich der kooperierende Standort?
 - 3. Prüfschritt: In welchem Regierungsbezirk befindet sich der beantragende Standort?
 - Ergebnis: Befinden sich die vorgenannten Standorte in dem gleichen Regierungsbezirk sind die Erreichbarkeitsvorgaben erfüllt. Sollte ein nähergelegenes Krankenhaus in einer örtlich benachbarten Planungsebene vorhanden sein, das die verwandte Leistungsgruppe erbringt, sollte diesem Krankenhaus als Kooperationspartner der Vorzug gegeben werden. Abweichungen sind zu begründen.

4.4.3 Kooperation zur Vorhaltung von Geräten

- Für die Vorhaltung von Geräten im Rahmen von Kooperationen kann sowohl auf ambulante als auch stationäre Kooperationspartner zurückgegriffen werden. Jedoch muss die zeitliche Verfügbarkeit, wie in den Qualitätskriterien festgelegt, nachgewiesen werden.

- Konkretisierung der Erreichbarkeit:
 - Das jeweilige Gerät muss von einem Kooperationspartner min. auf der Planungsebene der jeweiligen Leistungsgruppe, in dem sich der Standort des antragstellenden Krankenhauses örtlich befindet, vorgehalten werden. Hat ein potentieller Kooperationspartner seinen Standort in einer örtlich benachbarten Planungsebene mit einer kürzeren Erreichbarkeit, sollte eine solche Kooperation bevorzugt werden. Abweichungen sind zu begründen.

4.4.4 Kooperation bei sonstigen Struktur- und Prozesskriterien

- Sofern keine weiteren Vorgaben in den Qualitätskriterien festgelegt sind, kann die Erfüllung spezifischer Prozess- bzw. Strukturkriterien in Kooperation sowohl durch ambulante als auch stationär tätige Leistungserbringer erfolgen. Auch können für die Erbringung der jeweiligen Leistung telemedizinische Strukturen genutzt werden, sofern keine anderweitigen Regelungen entgegenstehen. Ein antragstellendes Krankenhaus kann mit mehreren Leistungserbringern kooperieren und umgekehrt.

4.4.5 Besondere Regelungen

- Im Einzelfall können Ausnahmen von den vorgenannten Vorgaben gemacht werden und ein Versorgungsauftrag dann auch erteilt werden, wenn ansonsten die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist. Dies gilt auch, wenn der wirtschaftliche Betrieb eines bedarfsnotwendigen Krankenhausstandortes oder einer bedarfsnotwendigen Krankenhausabteilung gefährdet wäre.
- Neben den genannten berufsfachschulischen, hochschulischen und im Rahmen einer Weiterbildung erworbenen Qualifikationen können weitere Berufsbezeichnungen, die auf mittlerweile außer Kraft getretenen Curricula basieren, anerkannt werden. Hierzu stellen - mit Blick auf die ärztlichen Qualifikationen - die Ärztekammern aus NRW einen entsprechenden Abgleich zur Verfügung.

4.5 **Hinweis zu den Vorgaben für die Personalausstattung im pflegerischen und ärztlichen Bereich**

4.5.1 Pflege

- Mit Blick auf die Pflege nimmt der Krankenhausplan Bezug auf die personellen Vorgaben gemäß den derzeit geltenden Fassungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung des Bundes (PpUGV) und der Richtlinie des G-BA über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (PPP-RL).

- Eigene Landesregelungen für diese Bereiche wären neben den bestehenden bundesweiten Regelungen nicht zweckmäßig und auch rechtlich angreifbar. Das Land wird stattdessen auch weiterhin auf Bundesebene auf eine geeignete Fortentwicklung dieser Regelungen hinwirken und den Plan je nach der weiteren Entwicklung in diesem Bereich rechtzeitig fortschreiben.
- Über Abweichungen der Krankenhäuser von den Vorgaben der PpUGV und der PPP-RL wird das Land auf den dafür gesetzlich vorgesehenen Wegen informiert. Eine gesonderte Information der Planungsbehörde über solche Abweichungen ist deswegen nicht erforderlich. Krankenhausplanerisch werden Maßnahmen in denjenigen Fällen zu prüfen sein, in denen Abweichungen nicht nur vorübergehend auftreten und ein Ausmaß haben, das die ordnungsgemäße Erfüllung des Versorgungsauftrages in Frage stellt.

4.5.2 Ärztliches Personal

- Wie in Kapitel 5.4.5 des Krankenhausplans ausgeführt, ist die Erfüllung der Anforderungen an die ärztliche Personalausstattung im regionalen Planungsverfahren für jede Leistungsgruppe gesondert zu prüfen.
- Anforderungen, die sich auf gleiche Qualifikationen beziehen, wirken also bei Erteilung eines Versorgungsauftrages für zwei oder mehrere Leistungsgruppen nicht additiv. Beispielsweise werden für die Leistungsgruppen 14.1 bis 14.4 („Endoprothetik Hüfte“, „Endoprothetik Knie“, „Revision Hüftendoprothese“, „Revision Knieendoprothese“) jeweils die Beschäftigung von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie im Umfang von 3 Vollzeitäquivalenten gefordert. Für ein Krankenhaus, das den Versorgungsauftrag für alle vier Leistungsgruppen erhält, leitet sich daraus nicht die Forderung nach 12 Vollzeitäquivalenten ab. Aus der Tatsache, dass die Erfüllung der Anforderungen für jede Leistungsgruppe gesondert erfolgt, ergibt sich vielmehr, dass die Beschäftigung im Umfang von drei Vollzeitäquivalenten ausreichen kann.
- Dies kann allerdings nur insoweit gelten, wie die betreffenden Ärzte auch tatsächlich zur Beteiligung an der Rufbereitschaft für die genannten Leistungsgruppen zur Verfügung stehen und in der Lage sind. Nur solche Ärzte dürfen von den Krankenhäusern bei ihren Angaben zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen angegeben werden. Auch dies soll anhand eines Beispiels verdeutlicht werden: Für die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ ist auf der Ebene der Qualitätsanforderung „Komplex“ die Beschäftigung von Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ im Umfang von 2 Vollzeitäquivalenten gefordert. Es wäre nicht statthaft, wenn das Krankenhaus die Erfüllung dieser Voraussetzung durch Angabe eines Arztes erreichen wollte, der zwar über die entsprechende Zusatzweiterbildung verfügt, aber gar nicht an der Patientenversorgung auf der Intensivstation teilnimmt, sondern z.B. in der Geschäftsführung oder im Controlling des Krankenhauses tätig ist.

- Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die ärztlichen Verfügbarkeitsvorgaben des Krankenhausplans nicht mit einer leistungsvolumenbezogenen Personalbemessung gleichgesetzt werden dürfen. Es liegt unabhängig von den Vorgaben des Krankenhausplans zur fachärztlichen Verfügbarkeit auch weiterhin in der Verantwortung der einzelnen Krankenhausträger und Krankenhäuser, für eine dem jeweiligen Leistungsspektrum und -umfang entsprechende Verfügbarkeit von hinreichend qualifizierten (Fach-)Ärzten Sorge zu tragen.
- Die Tatsache, dass dieser Gesichtspunkt im Rahmen der Erarbeitung der regionalen Planungskonzepte keiner gesonderten Prüfung unterliegt, entbindet Krankenhausträger und Krankenhäuser nicht davon, dieser haftungsrechtlich und krankenhausaufsichtsrechtlich bestehenden Verpflichtung nachzukommen und dies bei berechtigten Zweifeln im Einzelfall gegenüber der Behörde auch nachvollziehbar darzulegen.
- Jedenfalls ist in diesem Zusammenhang für jede Krankenhausabteilung im Sinne von § 31 Abs. 2 und 3 KHGG ein eigener 24-stündiger ärztlicher Präsenzdienst mindestens in Form eines im Krankenhaus anwesenden Bereitschaftsdienstes zu gewährleisten, soweit nicht aufgrund der Zuordnung zum gleichen Gebiet nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung ein gemeinsamer Dienst vertretbar ist oder die Behörde im Einzelfall, z.B. zur Abwendung einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung oder aufgrund anderer Besonderheiten einer abweichenden Regelung zustimmt. Die abweichenden Anforderungen für Belegabteilungen sind in Kapitel 4.5 des Krankenhausplans erläutert.

4.6 Konkretisierung sonstiger Struktur- und Prozesskriterien

Ambulante Palliativversorgung

- AAPV und/oder SAPV gemäß § 87 Absatz 1 b und § 132 d SGB V

Chest Pain Unit

- Die Erfüllung dieser Voraussetzung kann durch die Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung erbracht werden oder durch den Nachweis, dass die strukturellen Voraussetzungen auf diesem Niveau gegeben sind.

Diabetologische Kompetenz (mind. in Kooperation, ambulant und/oder stationär)

- In der Einrichtung sind je mindestens zwei pflegerische und ärztliche Mitarbeitende mit jeweils einer speziellen diabetologischen Qualifikation tätig. Für den ärztlichen Bereich sind dies:
 - Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
ODER
 - Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und –Diabetologie
ODER
 - Facharzt/Fachärztin mit der Zusatz-Weiterbildung Diabetologie.
- Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, ist eine Kooperation mit einer anderen Klinik nachzuweisen, die die o.g. Voraussetzung erfüllt oder mit einer Praxis/einem MVZ mit speziellem diabetologischen Versorgungsauftrag.

EMAH-Zentrum

- Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung.

Ergotherapie, ergotherapeutische Kompetenz

- In der Einrichtung sind mindestens zwei Mitarbeitende mit einer der nachfolgenden Qualifikationen tätig:
 - Ergotherapeutin/Ergotherapeut
ODER
 - Abschluss eines ergotherapeutischen (Modell) Studiums (mindestens Bachelor).

Ernährungsberatung/ Möglichkeit der Ernährungstherapie

- In der Einrichtung sind mindestens zwei Mitarbeitende mit einer der nachfolgenden Qualifikationen tätig:
 - Diätassistentin/Diätassistent
ODER
 - Ökotrophologin/Ökotrophologe
ODER
 - Abschluss eines ernährungswissenschaftlichen Studiums (mindestens Bachelor)
ODER
 - ärztliche Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin.

Interdisziplinäre Fall-/ bzw. Tumorkonferenzen

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

Interventionelle Radiologie und/oder Angiologie

- mindestens zwei Mitarbeitende mit einer der nachfolgenden Qualifikationen:
 - Facharzt/Fachärztin für Radiologie mit nachweisbarer interventioneller Expertise (zumindest einjährige regelmäßige Tätigkeit)ODER
 - Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie mit interventioneller Erfahrung.
- eine 24-Stunden-Bereitschaft (Auswahlkriterium bei den Leistungsgruppen „Lebereingriffe“ und „Pankreaseingriffe“) setzt die Beteiligung von drei Mitarbeitern voraus.

Konzept für eine adäquate somatische Behandlung der psychiatrischen Patienten (auch im Notfall) muss vorliegen

- Das geforderte Konzept für eine adäquate somatische Behandlung der Patienten (auch im Notfall) bezieht sich nicht nur auf die psychiatrischen, sondern gleichermaßen auf die psychosomatischen Patienten.

Logopädie = sprachheiltherapeutische Berufe

- In der Einrichtung sind mindestens zwei Mitarbeitende mit jeweils einer der nachfolgenden Qualifikationen tätig:
 - Logopädin/LogopädeODER
 - Abschluss eines logopädischen (Modell) Studiums (mindestens Bachelor).

Psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation

- Es besteht eine Kooperation, die im Regeldienst die Möglichkeit zur konsiliarischen Hinzuziehung eines Kooperationspartners mit einer der folgenden Qualifikationen bei allen Patienten mit entsprechendem Bedarf gewährleistet:
 - Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
ODER
 - Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
ODER
 - psychologische Psychotherapeutin/ psychologischer Psychotherapeut
ODER
 - Fachärztin/Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.

Psychoonkologische Expertise in Kooperation oder mindestens in Kooperation

- Durch in der Klinik beschäftigte Mitarbeiter oder durch eine Kooperation ist gewährleistet, dass im Regeldienst die Möglichkeit zur Hinzuziehung eines Mitarbeitenden mit einer der folgenden Qualifikationen bei allen Patienten mit entsprechendem Bedarf möglich ist:
 - Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
ODER
 - Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
ODER
 - psychologische Psychotherapeutin/ psychologischer Psychotherapeut
ODER
 - Fachärztin/Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie
ODER
 - Mitarbeiter/in mit einer psychoonkologischen Qualifikation nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft.

Schnellschnittbefähigung zu OP-Zeiten

- Schnellverfahren der feingeweblichen Diagnostik, das in weniger als 30 Minuten zu einer Begutachtung führt.

Sozialdienst

- In der Einrichtung sind mindestens zwei Mitarbeitende, die im Sozialdienst tätig sind, mit jeweils einer der nachfolgenden Qualifikationen tätig:
 - Abschluss eines Studiums aus dem Themenkreis der sozialen Arbeit oder der Sozialpädagogik (mindestens Bachelor)
ODER
 - Pflegefachkräfte
ODER
 - weitere Professionen (zum Beispiel Verwaltungsangestellte, Medizinische Fachangestellte).

Sozialpädiatrisches Zentrum

- Die Einrichtung ist als Sozialpädiatrisches Zentrum gemäß § 119 SGB V ermächtigt.

Zertifizierte Genesungsbegleiter/in

- Über die EX-IN Ausbildung zertifizierte Genesungsbegleiter.

5 Weitere Verfahrensgrundsätze

5.1 Landesweit einheitliche Erarbeitung regionaler Planungskonzepte

- Gemäß § 37 Absatz 1 KHGG NRW kann zu erstmaligen Verhandlungen über regionale Planungskonzepte auf Grundlage von Rahmenvorgaben, die eine Plansystematik nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen umsetzen, nur die zuständige Behörde auffordern.
- Diese Aufforderung ergeht landesweit einheitlich an alle Krankenhausträger und Krankenhäuser am 17. Oktober. Über den zeitlichen Ablauf informiert das Ministerium auch durch eine Pressemitteilung, damit auch Krankenhausträgern, die bisher noch keine Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen betreiben, die Gelegenheit erhalten, sich ggf. an den Verhandlungen über regionale Planungskonzepte zu beteiligen.
- Eine Aufforderung zur Verhandlung regionaler Planungskonzepte durch Krankenhausträger oder Verbände der Krankenkassen ist gemäß dem Gesetzestext erst nach der erstmaligen Erarbeitung regionaler Planungskonzepte auf Basis der Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2022 möglich.

5.2 Stichwort: „Wegfall der Mindestvoraussetzungen“

- Umstände, die der Erfüllung der Qualitätskriterien nicht nur kurzzeitig (in der Regel bei apparativen Voraussetzungen: mehr als eine Woche; in der Regel bei den weiteren Voraussetzungen: mehr als 3 Monate) entgegenstehen, sind der Bezirksregierung unverzüglich anzuzeigen. Die Bezirksregierung setzt nach Prüfung des Einzelfalls eine Frist zur Wiederherstellung eines den Qualitätsanforderungen entsprechenden Zustands. Die Bezirksregierung berichtet dem MAGS, sofern sie bei ihrer Prüfung zu dem Ergebnis kommt, dass die Erfüllung des Versorgungsauftrages gefährdet ist. Die Verbände der Krankenkassen erhalten das Prüfergebnis zur Kenntnis. Bei dauerhaften oder längerem Wegfall einer Mindestvoraussetzung ist der Versorgungsauftrag grundsätzlich ganz oder teilweise zu entziehen und ein neues Planungsverfahren zu initiieren.

Herausgeber

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Umschlaggestaltung Stella Chitzos

Druck Hausdruck

Titelfoto © Illustration Karte: Stella Chitzos,
© Fotos von iStock: dragana991, Motortion,
monkeybusinessimages, gorodenkoff,
FamVeld, sturti

© MAGS, September 2022

Diese Publikation kann bestellt oder
heruntergeladen werden:
www.mags.nrw/broschuerenservice



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw