

## Vorlage Nr. 14/3776

öffentlich

**Datum:** 30.10.2019  
**Dienststelle:** Fachbereich 84  
**Bearbeitung:** Frau Offermann, Frau Knau, Herr Britz, Frau Credé, Herr Jäger

**Gesundheitsausschuss**      **22.11.2019**      **Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

**Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen**

Kenntnisnahme:

Das Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen wird gemäß Vorlage Nr. 14/3776 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.      ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020.      ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

## Zusammenfassung

Mit Vorlage 14/2991 wurde über den Sachstand zur Umsetzung der Krankenhausplanung zum Jahresende 2018 berichtet. Gleichzeitig wurde darüber berichtet, dass das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) die Aufstellung eines neuen Krankenhausplanes anstrebt und dazu ein Gutachten in Auftrag gegeben hat.

Die Ergebnisse des Gutachtens wurden vom MAGS am 12.09.2019 vorgestellt. Das Gutachten dient als sachliche Grundlage zur Erstellung eines Rahmenplanes zur Krankenhausplanung NRW 2030. Das MAGS kann sich an den Empfehlungen orientieren, ist jedoch nicht verpflichtend daran gebunden.

Eine wesentliche Empfehlung der Gutachter an das MAGS ist die Abkehr von der Planungsgröße Bett.

Die ausführlichen Analysen sollen dem MAGS als Datengrundlage dafür dienen, leistungs- und qualitätsorientierte Merkmale stärker in den Fokus der Krankenhausplanung zu rücken und zukünftig in einer an 5-Jahres-Zyklen orientierten Krankenhausplanung zu etablieren. Die Bedarfsprognose ist auf das Jahr 2032 ausgerichtet.

Die Ergebnisse der Prognose und der vorangegangenen Versorgungsanalyse belegen laut Gutachten in fast allen Bereichen in der Somatik bis 2032 deutliche Überkapazitäten.

Die Ergebnisse der Prognose für die Psychiatrie und Psychosomatik (PP) lassen einen moderaten Rückgang der benötigten Kapazitäten im vollstationären Bereich erwarten, in der teilstationären Versorgung einen deutlichen Mehrbedarf an Kapazitäten bis 2032.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) hingegen wird - nach einem kurzfristigen Rückgang der Fallzahlen aufgrund geburtenschwacher Jahrgänge - ab 2025 ein erneuter Anstieg erwartet. Auch hier wird mit einer wesentlich stärkeren Verschiebung der Belegung hin zu teilstationären Angeboten bis 2032 gerechnet.

Nach den bisherigen Verlautbarungen des MAGS wird mit einem neuen Krankenhausplan die Bedarfsplanung für die Somatik in einem ersten Schritt durchgeführt und erst in einem zweiten Schritt die Planung für den Bereich PP und KJP.

Die erste Sitzung der Unterarbeitsgruppe Psychiatrie fand am 28.10.2019 statt. In dieser Sitzung wurde der Zeitplan für die zweimal monatlich tagenden Unterarbeitsgruppen im 1. Halbjahr 2020 besprochen.

Die Verwaltung wird bis Ende 2019 kritische Punkte aus dem Gutachten für die LVR-Kliniken identifizieren, damit diese ab 2020 interessensgerecht in die Unterarbeitsgruppen mit eingebracht werden können.

Dem Gutachten ist eine hohe Bedeutung zuzumessen, da der Bundesgesundheitsminister es als Blaupause für die Krankenhausplanungen anderer Länder bezeichnete.

Die Verwaltung wird über den weiteren Fortgang sowie die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen des Landesausschusses für Krankenhausplanung berichten.

## **Begründung der Vorlage Nr. 14/3776:**

### Inhaltsübersicht

<b>1. Einleitung</b>	<b>2</b>
<b>2. Gutachten zur Krankenhauslandschaft NRW - Auftrag</b>	<b>3</b>
<b>3. Überblick über wesentliche Inhalte des Gutachtens</b>	<b>3</b>
<b>4. Ausgewählte Kernaussagen aus den Kapitel 2 bis 14 des Gutachtens</b>	<b>5</b>
G-Kapitel 3: Datengrundlage und Datenaufbereitung	6
G-Kapitel 4: Darstellung der aktuellen Versorgungsstruktur	7
G-Kapitel 5: Erfassung der aktuellen Versorgungsstruktur psychiatrischer und psychosomatischer Fächer	8
G-Kapitel 6: Leistungsorientierte Krankenhausplanung	9
G-Kapitel 7: Versorgungsanalyse Somatik	12
G-Kapitel 8: Versorgungsanalyse psychiatrische und psychosomatische Fächer	12
G-Kapitel 9: Spezielle Fragestellungen zur Versorgungsanalyse	14
G-Kapitel 10: Prognose und Bedarfsabschätzung für die somatischen Fächer bis 2032	14
G-Kapitel 11: Prognose und Bedarfsabschätzung für die psychiatrischen und psychosomatischen Fächer bis 2032	15
G-Kapitel 12: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung	17
G-Kapitel 13: Leistungs- bedarfs- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Praxis	19
G-Kapitel 14: Handlungsempfehlungen für eine zukunftsgerichtete Krankenhausplanung	20
<b>5. Ausblick - Weiteres Vorgehen</b>	<b>20</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>22</b>

### **1. Einleitung**

Mit Vorlage Nr. 14/2991 wurde über den aktuellen Sachstand zur Umsetzung der Krankenhausplanung berichtet. Gleichzeitig wurde darüber berichtet, dass das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) die Aufstellung eines neuen Krankenhausplanes anstrebt.

Gemäß § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes (KHG) sind folgende Ziele für die Krankenhausplanung maßgeblich:

- die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser
- eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern und
- die Berücksichtigung sozial tragbarer Pflegesätze

§ 1 des Krankenhausgestaltungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen (§1 KHGG NRW) definiert als Planungsgrundsätze eine gestufte, wohnortnahe Versorgung als weiteres Ziel der Landeskrankenhausplanung.

## **2. Gutachten zur Krankenhauslandschaft NRW - Auftrag**

Zur Aufstellung des neuen Krankenhausplanes hat das MAGS ein Gutachten in Auftrag gegeben. Die Aufträge an die Gutachter\*innen wurden im August 2018 bekannt gegeben. Auftragnehmer des Gutachtens waren die Partnerschaft Deutschland (PD), die zu 100% in den Händen öffentlicher Gesellschafter liegt. Als Auftragnehmer wurden von der PD das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin unter der Leitung von Prof. Dr. med. Reinhard Busse und die Lohfert & Lohfert AG aus Hamburg einbezogen.

Der Auftrag des MAGS an die Gutachter\*innen lautete:

- Die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen für die Krankenhausplanung in NRW
- Die Reduzierung von Überversorgung und den Abbau von Mehrfachvorhaltungen
- Die Fokussierung einer bedarfs- und qualitätsorientierten Versorgungsplanung
- Die Konzentration von Leistungen und Standorten nach Qualitätsaspekten
- Die Prüfung einer regionalen Unterversorgung

Der Arbeitsauftrag umfasste verschiedene Teilbereiche:

- Erfassung der aktuellen Versorgungsstruktur (Somatik)
- Ermittlung von Über- und Unterversorgung (Somatik)
- Prognose für die Krankenhausplanung bis 2030 (Somatik) im Hinblick auf die Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis 2030
- Erstellung der Punkte 1-3 auch für die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik (PP) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)
- Ableitung von Handlungsempfehlungen für die künftige Krankenhausplanung in NRW
- Erstellung des Gutachtens

Zudem im Gutachten geprüft werden,

- ob eine Planung nach Basis-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung sinnvoll ist,
- ob eine Planung einzelner Teilgebiete wieder erfolgen soll
- ob es Alternativen zur Bettenplanung gibt

Des Weiteren sollten im Gutachten Hinweise zu Förderschwerpunkten für die Einzelförderung nach § 21 a KHGG NRW enthalten sein.

## **3. Überblick über wesentliche Inhalte des Gutachtens**

Die Ergebnisse des Gutachtens wurden vom MAGS am 12.09.2019 vorgestellt. Sie sind in einem Kurzgutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen zusammengefasst. Eine ausführliche Darstellung enthält die Langfassung des Gutachtens.

Das Gutachten dient als Diskussionsgrundlage zur Entwicklung eines Krankenhausrahmenplans. Das MAGS kann sich an den Empfehlungen orientieren, ist jedoch nicht verpflichtend daran gebunden. Aufgrund des Datenvolumens wird hier eine Verlinkung zu den Fassungen des Gutachtens genannt.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <https://broshueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041> für die Langfassung des Gutachtens (893 Seiten)  
<https://broshueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen-kurzfassung/3042> für die Kurzfassung des Gutachtens (152 Seiten)

Die Gutachter\*innen kommen zu dem Ergebnis, dass die derzeitige Planungsmethodik in NRW, mit dem Bett als zentrale Planungsgrundlage in Verbindung mit einer aus Sicht der Gutachter\*innen nicht ausreichend detaillierten Rahmenplanung von 16 Fachgebieten für 16 regionale Versorgungsgebiete, eine gezielte Steuerung von Krankenhauskapazitäten verhindert. Der in § 12 KHGG NRW normierte Zweck der Krankenhausplanung, eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige Versorgung sicher zu stellen, könne in Folge dessen nicht präzise erfüllt werden.

Das Gutachten analysiert die aktuelle Versorgungssituation in NRW umfassend. Es dient dem MAGS als sachliche Grundlage zur Erstellung eines Rahmenplanes zur Krankenhausplanung NRW 2030.

Die in den einzelnen Kapiteln vorgenommenen Analysen sollen dem MAGS als Datengrundlage dienen, leistungs-, und qualitätsorientierte Merkmale stärker als bisher in den Fokus der Krankenhausplanung zu rücken und zukünftig in einer an 5-Jahres-Zyklen orientierten Krankenhausplanung zu etablieren. Die Bedarfsprognose ist auf das Jahr 2032 ausgerichtet.

In Abkehr von der Planungsgröße des Bettes wird im Gutachten für die Somatik eine Bedarfsplanung nach 25 Leistungsbereichen (LB) mit insgesamt 70 Leistungsgruppen (LG) für das gesamte stationäre Versorgungsangebot entwickelt. Die Leistungsbereiche orientieren sich an einzelnen Organsystemen, wie Herz, Lunge, Niere und Bewegungsapparat. Die Leistungsgruppen wurden auf Basis des G-DRG-Systems gebildet. Danach wurde jede der ca. 1.250 DRG des Fallpauschalenkataloges 2017 eindeutig einer Leistungsgruppe zugeordnet.

Diese Systematik der Bedarfsplanung betrifft die LVR-Kliniken Bedburg-Hau (VG 3), Bonn (VG 6) und Düsseldorf (VG 1) in den Leistungsbereichen Neurologie und Neurochirurgie und die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen (VG 4) in den Leistungsbereichen Bewegungsapparat und Rheumatologie. Da die Bedarfe sich je nach LG unterschiedlich darstellen, wird darauf später detailliert eingegangen. Eine eindeutige Unterversorgung wird im Gutachten für die LG Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation in der Leistungsphase B festgestellt.

Für das im Krankenhausplan NRW 2015 als *Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin (PPPM)* und *Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie (KJPPP)* benannte Fachgebiet werden die Leistungen nach dem ICD-Katalog *Psychische und Verhaltensstörungen* in 10 Leistungsgruppen unterteilt. Versorgungsrelevante Prozeduren und Merkmale, wie beispielsweise geschützte Unterbringungen oder stationsäquivalente Leistungen können für das Datenjahr 2017 nicht abgebildet werden. Auch andere Daten aus dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) stehen noch nicht umfassend zur Verfügung, da bundesweit für alle psychiatrischen Kliniken die PEPP erst zum 01.01.2018 verpflichtend eingeführt wurde. Daher wird von den Gutachter\*innen für die Bereiche PP und KJP empfohlen, die LG-Systematik nach vollständiger Etablierung des PEPP-Systems auf eine PEPP-Gruppierung umzustellen und gegebenenfalls die vorgeschlagenen LG neu zu definieren.

Die Ergebnisse der Prognose und der vorangegangenen Versorgungsanalyse belegen laut Gutachten in fast allen Bereichen in der Somatik bis 2032 deutliche Überkapazitäten. Die Ergebnisse der Prognose für die PP lassen einen moderaten Rückgang der benötigten Kapazitäten im vollstationären Bereich erwarten. In der teilstationären Versorgung müsse mit einem deutlichen Mehrbedarf an Kapazitäten bis 2032 gerechnet werden.

Für die KJP hingegen wird nach einem kurzfristigen Rückgang der Fallzahlen - aufgrund geburtenschwacher Jahrgänge - ab 2025 ein erneuter Anstieg erwartet. Auch hier wird mit einer wesentlich stärkeren Verschiebung der Belegtage hin zu teilstationären Angeboten bis 2032 gerechnet. Gleichzeitig sehen die Gutachter\*innen in der Versorgung der ländlichen Regionen eine Herausforderung.

Nach Auskunft des MAGS wird mit einem neuen Krankenhausplan in einem ersten Schritt die Bedarfsplanung für die Somatik durchgeführt und erst in einem zweiten Schritt die Planung für den Bereich PP und KJP.

#### **4. Ausgewählte Kernaussagen aus den Kapitel 2 bis 14 des Gutachtens**

Im Folgenden werden die **für die LVR-Kliniken relevanten Kernaussagen** der Gutachten-Kapitel 2 bis 14 – im Folgenden mit *G-Kapitel 2 bis 14* benannt - dargestellt.

- Die Kapitel 1 bis 9 beschäftigen sich mit der Versorgungsanalyse
- Die Kapitel 10 bis 12 beschäftigen sich mit der Bedarfsermittlung
- Die Kapitel 13 und 14 enthalten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung und Implementierung der Empfehlungen in die Krankenhausplanung.

Eine Karte über die für die LVR-Kliniken relevante Aufteilung der Versorgungsgebiete im Rheinland ist als *Anlage* beigefügt.

#### **G-Kapitel 2: Vorbetrachtung zur Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen**

Die Gutachter\*innen räumen NRW als bevölkerungsreichstem Bundesland und Bundesland mit der höchsten Bevölkerungsdichte eine Sonderrolle im Vergleich zu anderen Bundesländern ein.

Die Gutachter\*innen stellen ein Gefälle zwischen der Einwohnerdichte in den städtischen Ballungsgebieten und den ländlichen Regionen fest, insbesondere in der Metropolregion Rhein-Ruhr mit bis zu 5.000 Einwohnern pro Quadratkilometer und den ländlichen geprägten Regionen mit einer sehr geringen Einwohnerdichte mit weniger als 100 Einwohnern pro Quadratkilometer im östlichen Teil NRWs.

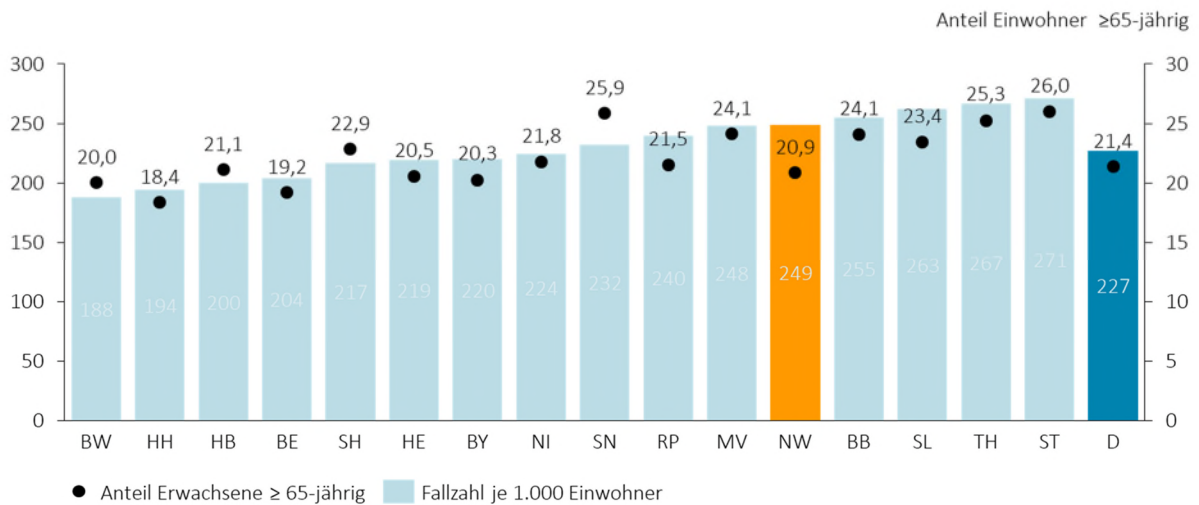
Für die bisherige Krankenhausplanung ist NRW in 16 geographisch definierte Versorgungsgebiete eingeteilt, die wiederum aus bis zu 5 Landkreisen und kreisfreien Städten eines Regierungsbezirkes bestehen.

Betrachtet man Kennzahlen zur Leistungs- und Versorgungsdichte, die Fallzahl je 1.000 Einwohner, die Verweildauer, die Belegtage je 100.000 Einwohner, den effektiven Case-Mix, bleibt im Ergebnis festzuhalten, dass NRW in allen Kategorien deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt und häufig zur Spitze der Bundesländer gehört. Bezogen auf die Bevölkerung werden mehr Fälle mit mehr Belegtagen und einer längeren Verweildauer als im Bundesdurchschnitt stationär versorgt. Der Case-Mix-Index, als Maß für die durchschnittliche Schwere der Krankheitsfälle, liegt jedoch leicht unterhalb des Bundesdurchschnittes.

In der Gesamtbetrachtung dieser Ergebnisse, bleibt festzuhalten, dass es kein Bundesland gibt, in dem mehr Fälle bei vergleichbarer Altersstruktur in Krankenhäusern versorgt werden. Andere Bundesländer weisen unter den gleichen Rahmenvorgaben der Sozialgesetzgebung und bei vergleichbarer oder älterer Bevölkerung deutlich weniger Krankheitsfälle auf.

**Abbildung 1:** Fallzahlen je 1.000 Einwohner\*innen und Anteil der über 65-jährigen im Bundesvergleich 2017

Quelle: Kurzgutachten S. 7, Abb. 2



Diese Erkenntnisse bilden die Grundlage der kritischen Auseinandersetzung mit den Krankenhausstrukturen und mit der stationären Leistungserbringung in NRW.

### G-Kapitel 3: Datengrundlage und Datenaufbereitung

Für die Analysen im Gutachten wurde eine strukturierte Datenbank aus Daten folgender Quellen generiert:

- InEK<sup>2</sup>-Daten
- Informationen aus Feststellungsbescheiden (FSB) und
- externen Daten

Die InEK-Daten umfassten dabei die voll- und teilstationären Leistungsdaten in NRW für die Jahre 2013 bis 2017, welche nach § 21 Absatz 3 Nr. 3 KHEntgG<sup>3</sup> von den Krankenhäusern an das InEK übermittelt wurden.

Die Feststellungsbescheide wurden für das Jahr 2017 digitalisiert und in zwei Datenbanken (DB) überführt. Wobei die erste DB vor allem Standortinformationen und die zweite DB Informationen zu den fachabteilungs- und standortbezogenen Betten/Plätzen bereitstellt.

Zusätzlich wurden externe Daten zu Demographie, Krankenhaushäufigkeit und Geographie herangezogen. Externe Daten wurden zudem verwendet, um fehlerhaften oder fehlenden Einträgen in den InEK-Datensätzen oder den FSB auf den Grund zu gehen oder diese um weitere Informationen (z.B. Notfallversorgung) zu erweitern.

Schließlich wurden die bereinigten und mit Informationen zu den Versorgungsgebieten (VG) angereicherten InEK- und FSB-Daten für das Jahr 2017<sup>4</sup> miteinander verknüpft, um sie in eine – für die zugrundeliegende Fragestellung - auswertbare Form zu bringen.

Für die Psychiatrie und Psychosomatik wird auf folgende Besonderheiten verwiesen:

<sup>2</sup> InEK = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH

<sup>3</sup> Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG); § 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

<sup>4</sup> Da den Gutachter\*innen die FSB vor 2017 nicht vorlagen, konnte das Matching zwischen InEK- und FSB-Daten nur für das Jahr 2017 vorgenommen werden, wodurch Längsschnittanalysen mit Krankenhausbezug nur eingeschränkt möglich sind.

- Schwierigkeiten beim fallbezogenen Kennzahlenvergleich, da die Fälle – auch noch in 2017 - nach unterschiedlichen Abrechnungsarten abgerechnet wurden (PEPP bzw. tagesgleiche Entgelte → unterschiedliche Zählweise der Wiederaufnahmen<sup>5</sup>)
- InEK-Datensatz stellt keine expliziten Entgeltinformationen bereit
- Durch unterschiedliche Fallzählweise und fehlende Entgeltinformationen keine Vergütungsinformationen ableitbar
- Probleme beim Matching auf Standortebeine, da die Information zum Entlass-Standort im InEK-Datensatz für viele Krankenhäuser (KH) fehlte (besonders häufig bei dezentralen Tageskliniken)

Im Gutachten wird darauf hingewiesen, dass sich die fehlenden Merkmale auf die Aussagekraft der Auswertungen auswirken und somit Einschränkungen bezüglich der Interpretation mit sich bringen. Mit der Vereinheitlichung der Abrechnung und der Anpassung des § 21 Abs. 2 KHEntgG sollte künftig eine bessere Datenbasis für Analysen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhauslandschaft zur Verfügung stehen, auf dessen Basis entsprechende Analysen durchzuführen wären.

#### **G-Kapitel 4: Darstellung der aktuellen Versorgungsstruktur**

*Kapitel 4* stellt die Ist-Situation der Versorgungsstruktur in der Somatik dar. Im Vordergrund stehen dabei die derzeitigen Krankenhaus- und Leistungsstrukturen. Die Auswertungen des Gutachtens zeigen in Bezug auf NRW eine große Heterogenität in der stationären Leistungserbringung, wobei vor allem die regionale Auswertung auf Ebene der Versorgungsgebiete einen Einblick in die sehr unterschiedlichen regionalen Krankenhausstrukturen geben kann.

Insgesamt geben die Auswertungen der derzeitigen Versorgungsstruktur zwei entscheidende Hinweise für die weiteren Analysen des Gutachtens:

Erstens zeigen die Ergebnisse, dass weiterführende Analysen auf Fachabteilungsebene keinen entsprechenden Erkenntnisgewinn erwarten lassen, da zwei Drittel aller Fälle (Innere Medizin und Chirurgie) tatsächlich in einer Vielzahl von spezialisierten und sehr unterschiedlichen Fachabteilungen (FAB) versorgt werden, die bei einer weiteren Verfolgung der Fachabteilungssystematik jedoch nicht identifiziert werden könnten.

Deshalb werden die weiterführenden Analysen auf anderen sinnhaften Aggregationsebenen mit dem Ziel durchgeführt, aussagekräftige Auswertungen zur Unter-, Über- und Fehlversorgung zu generieren und darauf aufbauend eine leistungsorientierte Krankenhausplanung zu entwickeln (vgl. Kapitel 6).

Zweitens zeigen die Ergebnisse, dass die Kennzahlen zur Leistungs- und Versorgungsdichte (wie beispielsweise Auslastungen, Verweildauer, Betten je 100.000 EW, etc.) über die Versorgungsgebiete und Fachabteilungen hinweg stark streuen, so dass ein Nebeneinander von (vor allem) Über- und (eher weniger) Unterversorgung bei durchweg guter Erreichbarkeit zu existieren scheint.

Bezogen auf die Erreichbarkeit ist festzustellen, dass sich eine nahezu flächendeckende Versorgung von NRW zeigt. Die nicht abgedeckten Flächen beziehen sich häufig auf kleine, nicht über das normale Straßennetz erreichbare und nahezu unbesiedelte Gebiete.

---

<sup>5</sup> Nach PEPP wurden Wiederaufnahmen innerhalb von 21 Tagen im Betrachtungszeitraum 2013 bis 2017 in einem Fall zusammengefasst, während sie bei den tagesgleichen Entgelten als einzelne Fälle gezählt wurden. Im Ergebnis führt die Fallzusammenfassung nach PEPP somit zu einer Reduktion der Gesamtfallzahl



Für die Darstellung der aktuellen Versorgungsstruktur wurden für diesen Teil der Analyse folgende die Erreichbarkeiten festgelegt:

- 30 Minuten für die Grundversorgung (Innere Medizin, Chirurgie),
- 40 Minuten für die Geburtshilfe (hier Gynäkologie und Geburtshilfe) sowie
- 45 Minuten für alle übrigen Fachabteilungen

In den weiteren Analysen des vorliegenden Gutachtens werden zu spezifischen Fragestellungen auch andere Fahrzeiten definiert.

Zudem wird im Gutachten darauf hingewiesen, dass vorgegebene Fahrzeiten bzw. Erreichbarkeiten von Krankenhausstandorten für viele elektive Leistungsgruppen zur Einschätzung der Versorgungssituation nur eine untergeordnete Rolle spielen. Erreichbarkeitsziele sollten deshalb für jede LG einzeln definiert werden.

## **G-Kapitel 5: Erfassung der aktuellen Versorgungsstruktur psychiatrischer und psychosomatischer Fächer**

*Kapitel 5* stellt die Ist-Situation der Versorgungsstruktur der psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fächer vor. Wie in der Somatik stehen auch hierbei die derzeitigen Krankenhaus- und Leistungsstrukturen im Vordergrund.

Die Auswertung der Versorgungslage in NRW hinsichtlich der Fächer PP und KJP zeigt Unterschiede in den vorhandenen Strukturen, die erste Hinweise für die auf diesen Auswertungen beruhenden Analysen der weiteren Leistungsteile, insbesondere Einschätzungen zu Über- und Unterversorgungen aber auch zum künftig zu erwartenden Bedarf geben.

Wie unter *Kapitel 4* bereits ausgeführt, machen die Ergebnisse deutlich, dass die Kennzahlen zur Leistungs- und Versorgungsdichte (wie beispielsweise Auslastungsraten, Verweildauer, Betten bzw. Plätze je 100.000 Einwohner, etc.) über die Versorgungsgebiete und die Versorgungsform hinweg stark streuen.

Die Analysen zur Verweildauerentwicklung verdeutlichen, dass die derzeitige Parallelität zweier Vergütungssysteme (PEPP-System und Pflegesätze) zu Unterschieden in der Falldokumentation führen. Da die PEPP-Zählung bestimmte Fälle zusammenführt<sup>6</sup>, wird durch sie mit vermehrter Anwendung von 2013 bis 2017 die Fallzahl – im Vergleich zur Vergütung nach Pflegesätzen - reduziert. Diese Fallzählweise führt im Ergebnis zu Verweildauerverlängerungen, welche sich hier entsprechend im vollstationären Bereich der PP, welche 80% der Gesamtfälle in PP und KJP in 2017 ausmachten, wiedergefunden haben. Inwiefern der durchschnittliche Verweildauerzuwachs den Fallzahlrückgang (insbesondere der vollstationären Versorgung) kompensiert oder gar überkompensiert hat und ob folglich die Belegtage konstant geblieben sind, konnte im Gutachten nicht abschließend geklärt werden. Diese Problemstellung wird in den weiteren Leistungsteilen des Gutachtens thematisiert, insbesondere bei den Bedarfsprognosen, um Fehleinschätzungen zu vermeiden.

Ausgehend von den Fallzahlen und deren Entwicklung zeigt sich laut Gutachten ein Trend von stationären zu teilstationären Leistungen, insbesondere in der PP. Es zeigt sich, dass an den Krankenhausstandorten in NRW zunehmend weniger Fälle vollstationär behandelt werden. Für die KJP zeigt sich der Anteil teilstationärer Versorgung mit einem

---

<sup>6</sup> In der PEPP-Systematik wurden Fälle, die innerhalb von 21 Tagen erneut aufgenommen wurden, zusammengeführt und als ein Fall gezählt → Reduktion der Fälle

Fallzahlanteil von knapp 30% deutlich ausgeprägter, als das in der PP mit einem Anteil von circa 13% der Fälle belegt ist.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit der *Stärkung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung* ein Programm aufgelegt, um Patienten im häuslichen Umfeld adäquat und gleichwertig zu versorgen. Auch dies könnte dazu führen, dass sich zukünftig der vollstationäre Bedarf rückläufig entwickelt. Da noch keine auswertbaren Daten hierzu vorliegen, ist eine Analyse zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Bei der Versorgung durch die Universitätskliniken fällt auf, dass nur vier der sechs Universitätskliniken Abteilungen für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung und nur drei der sechs Abteilungen für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung vorhalten.

Die Erreichbarkeiten wurden - nach Abstimmung mit dem Auftraggeber - für diesen Teil der Analyse (PP und KJP) mit 30 Minuten definiert.

Im Einzelnen zeigt das Gutachten in der Darstellung der aktuellen Versorgungsstruktur für die PP und KJP unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit folgende Ergebnisse:

- Für fast alle Gebiete des Bundeslandes NRW ist eine voll- und teilstationäre Behandlung in der PP innerhalb von 30 Minuten erreichbar.
- Patienten, die vor allem in Gebieten an den Bundeslandgrenzen wohnen, benötigen deutlich über 30 Minuten Fahrzeit bis zum nächsten vollstationären Behandlungsangebot der KJP.
- Die im Vergleich zur vollstationären Versorgung mehr als doppelt so hohe Anzahl an Tagesklinik-Standorten führt zu deutlich geringeren Fahrzeiten für Patienten in der teilstationären Versorgung der KJP. Aufgrund der notwendigen wohnortnahen Versorgung sind jedoch niedrigere Fahrzeiten anzustreben, weshalb für bestimmte VG eine detaillierte Bewertung der Versorgungssituation stattfinden muss.

Abschließend ist festzustellen, dass sich über die dargestellten Versorgungsangebote und die angesetzten Erreichbarkeiten eine nahezu flächendeckende Versorgung von NRW zeigt.

## **G-Kapitel 6: Leistungsorientierte Krankenhausplanung**

Wie einführend bereits erwähnt verhindert die derzeitige Krankenhausplanung aus Sicht der Gutachter\*innen eine gezielte Steuerung von Krankenhauskapazitäten und eine präzise Planung nach den im KHGG normierten Parametern der Ortsnähe, Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, qualitativer Hochwertigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Es werden Ansätze einer Betten- und Fachgebietsplanung denen einer Planung von *Leistungsgruppen* (LG) und *Leistungsbereichen* (LB) vergleichend gegenübergestellt. Erreicht werden soll, dass Faktoren wie *Leistungsorientierung*, *Granularität* und *Qualitätsbezug* stärker in den Fokus gerückt werden.

Die Abwägung der Stärken und Schwächen beider Planungsmethoden wird mit *Abbildung 2* aus dem Kurzgutachten dargestellt:

**Abbildung 2:** Übersicht Stärken und Schwächen verschiedener Planungsansätze  
 Quelle: Kurzgutachten S. 20, Abb. 6

	+	-
<b>Betten-/Fachgebietsplanung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrativ einfach zu handhaben</li> <li>• Konsens besteht (historisch gewachsen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe Granularität</li> <li>• Kein Leistungsbezug, ggf. Fehlanreize zur Verweildauer</li> <li>• Eingeschränkte Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit</li> <li>• Bezug allein zur stationären Versorgung</li> <li>• Qualitätsbezug besteht nur in wenigen Fachgebieten<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Planung von Leistungsbereichen und -gruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skalierbare, angemessene Granularität</li> <li>• Klarer Leistungsbezug, keine Kapazitätsvorgaben</li> <li>• Leistungssteuerung durchführbar</li> <li>• Berücksichtigung des ambulanten Potenzials</li> <li>• Skalierbarer Qualitätsbezug</li> <li>• Unternehmerische und medizinische Freiheitsgrade für Leistungserbringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigende Anforderungen an Planer</li> <li>• Steigende Komplexität</li> <li>• Konsensbildung noch durchzuführen</li> </ul>

(1) z.B. Strukturmerkmale für Stroke- oder Intensivstationen

Im weiteren Verlauf wird eine Krankenhausplanung anhand von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen vorgestellt. Die Gutachter\*innen empfehlen, dass diese die bisherige betten- und fachgebietsorientierte Krankenhausplanung ablösen soll.

Die Planung anhand von LB und LG erfolgt durch Definition von 25 LB mit insgesamt 70 LG in der Somatik. Laut Gutachten kann jede der 1.250 DRGs einer LG zugeordnet werden. Es wurde ein *medizinisch-hierarchisches Leistungssystem* zur Abgrenzung der Leistungsgruppen entwickelt, welches sich an internationaler Praxis orientiert. Eine enge Anlehnung erfolgte an das *Züricher Modell*.<sup>7</sup>

Die LG spiegeln in Teilen die Weiterbildungsordnung der Ärzt\*innen wieder und die LB orientieren sich an einzelnen Organsystemen wie Herz, Lunge, Niere, Bewegungsapparat.

Wie bereits einführend erwähnt, ist diese Systematik für die LVR-Klinik für Orthopädie und die Neurologien der LVR-Kliniken relevant. Diese Fachgebiete werden den zukünftigen LB *Bewegungsapparat* mit 6 LG sowie *Neurologie* mit 4 LG und *Neurochirurgie* mit 2 LG zugeordnet.

Nach den umfänglichen Ausführungen zu den Planungen in der Somatik enthält das Gutachten für die PP und KJP nur eine Übersicht von 10 LG - 5 für die PP, 5 für die KJP -, die sich an dem ICD-Katalog anlehnt.

Im Gutachten wird vorgeschlagen, dass weiterhin selektive Kriterien zur Bildung der Leistungsbereiche und Einteilung der Leistungsgruppen herangezogen werden. Über diese selektiven Kriterien wird an dieser Stelle ausführlich berichtet, weil sie sich in hohem Maße auf die Verteilung von Kapazitäten und Ressourcen auswirken werden, wenn das MAGS der Empfehlung der Gutachter\*innen zur Aufstellung des Krankenhausrahmenplans folgt.

<sup>7</sup> Vertiefende Informationen hierzu siehe Kapitel 6.2 im Langgutachten

### Medizinische-hierarchische-Leistungssystematik:

Die Definition von LG erfolgt von Leistungen mit niedrigem Schweregrad hin zu komplexeren medizinischen Leistungen und parallel von konservativer Therapie über interventionelle Therapie bzw. minimal-invasive Eingriffe hin zu komplexeren operativen Eingriffen.

Hierdurch soll die zunehmend medizinische bzw. operationstechnische Komplexität mit

- Strukturmerkmalen, wie medizinische und bauliche Infrastruktur sowie Personal
- Prozesskriterien
- Mindestmengenvorgaben
- Zertifizierungsvorgaben

Berücksichtigung finden.

### Definition eines Leistungsbereiches Grundversorgung:

Dieser Leistungsbereich umfasst alle DRG, die von Krankenhäusern ohne erweiterte Fachabteilungsstruktur erbringbar sein müssen. Der LB wurde in die LG *Internistische Grundversorgung* und *Chirurgische Grundversorgung* unterteilt. Wie unter *Kapitel 4* bereits erwähnt hat die Analyse der bisherigen Versorgungsstruktur ergeben, dass die Fachgebiete *Innere Medizin* und *Chirurgie* gemeinsam 64% der Fälle versorgen und 67% der Betten in NRW vorhalten. Daraus haben die Gutachter\*innen eine starke Durchmischung von Basisversorgung und hochspezifischer Spezialversorgung abgeleitet und darin ein hohes Risiko für Fehlinterpretationen gesehen. Dies bedeutet, dass ca. 2/3 aller vollstationären medizinischen Leistungen in NRW in den Gebieten *Innere Medizin* und *Chirurgie* erbracht werden. Darin sind Leistungen der medizinischen Grundversorgung und Leistungen der Spezialversorgung enthalten. Der LB Grundversorgung dient dazu die Leistungen der Grundversorgung von denen der Spezialversorgung abzugrenzen, um zu realistischen Einschätzungen in der medizinisch-hierarchischen Leistungssystematik zu kommen.

Für beide LG empfehlen die Gutachter\*innen darüber hinaus, die Abschätzung des ambulanten Potentials vorzunehmen, um anschließend die verbleibenden tatsächlich stationär zu behandelnden Fälle in einer geringen Anzahl von Krankenhäusern zu konsolidieren. Durch die Unterteilung in diese beiden Leistungsgruppen sollen Auffälligkeiten in der Versorgungsanalyse und Bedarfsprognose für beide LG separat aufgedeckt werden.

### Definition von Querschnittsbereichen und Sonstigen Bereichen:

Der LB *Querschnitt* umfasst Leistungen, die fachübergreifend erbracht bzw. angeboten werden, Leistungsgruppen sind z. B. Intensivmedizin und Akutgeriatrie. Es handelt sich um Fälle, die nicht nur dem Querschnittsbereich zugeordnet sind, sondern bereits in einer anderen somatischen Leistungsgruppe enthalten sind.

Der LB *Sonstige* umfasst alle unspezifischen Leistungen, z.B. die Integrierte Versorgung.

## **G-Kapitel 7: Versorgungsanalyse Somatik**

Zur Feststellung der Versorgungssituation und des Handlungsbedarfes in einer Region wurden mit Hilfe der in Kapitel 3 genannten Daten (FSB, INEK-Daten, externe Daten) die relevanten Versorger an den an der Versorgung beteiligten Standorten ermittelt.

Für die Einschätzung hinsichtlich einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung wurden mittels der Indikatoren

- „Krankenhaushäufigkeit und Wanderungseffekte je VG“,
- „Erreichbarkeit und Versorgungsdichte“,
- „Fallzahlspektrum und Leistungskonzentration je VG“ sowie
- „Versorgungssituation in der Gesamtbetrachtung“

Kennzahlen gebildet und in einer „Gesamtschau“ den Daten der Versorgungsanalyse gegenübergestellt, um für jede Leistungsgruppe Anzeichen für Versorgungsdefizite darlegen zu können.

In der Somatik sind im Besonderen die Aussagen des Gutachtens zu den Leistungsbereichen *Allgemeine Neurologie* und *Bewegungsapparat und Rheumatologie* für die LVR-Kliniken von Interesse. Im Folgenden werden die Leistungsbereiche „Neurologie“ und „Bewegungsapparat und Rheumatologie“ mit den darunter definierten Leistungsgruppen vorgestellt. Gleichzeitig wurde das für die Versorgungsgebiete der LVR-Kliniken relevante Ergebnis der Versorgungsanalyse angefügt.

Der LB *Neurologie* umfasst die LG:

- *Allgemeine Neurologie* → VG1 moderate Überversorgung, VG3 und VG6 bedarfsgerechte Versorgung
- *Zerebrovaskuläre Störungen m. Stroke* → VG1 moderate Überversorgung, VG3 und VG6 bedarfsgerechte Versorgung
- *Psychiatrische Erkrankungen* → keine Einschätzung möglich
- *Neuro-Frühreha* (NNF, Phase B) → moderate Unterversorgung

Im LB *Bewegungsapparat und Rheumatologie* werden für das VG4 (LVR-Klinik für Orthopädie) folgende LG zusammengefasst:

- *Konservative Orthopädie* → moderate Überversorgung; weitere Analysen mit Blick auf Möglichkeiten ambulanten Versorgung und der Bündelung der stationären Versorgung angeraten
- *Unfallchirurgie Notfall/Trauma* → starke Überversorgung
- *Endoprothetik Knie* → starke Überversorgung
- *Endoprothetik Hüfte* → starke Überversorgung
- *Sonstige elektive Eingriffe Bewegungsapparat* → starke Überversorgung
- *Wirbelsäuleneingriffe* → starke Überversorgung
- *Rheumatologie* → moderate Überversorgung

## **G-Kapitel 8: Versorgungsanalyse psychiatrische und psychosomatische Fächer**

Für die psychiatrischen und psychosomatischen Fächer wurden von den Gutachter\*innen 10 Leistungsgruppen gebildet, 5 für den Bereich PP sowie 5 für die KJP.

Grundlage für diese aggregierte Gruppierung bildeten der ICD-Schlüssel und darin die Gruppen des ICD-Kapitels *Psychische und Verhaltensstörungen*.

Folgende LG wurden für den Bereich PP gebildet:

- *Affektive, Neurotische und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*
- *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen*
- *Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen*
- *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*
- *Übrige Diagnosen*

Für den Bereich der KJP wurden die nachfolgenden Leistungsgruppen gebildet:

- *Affektive Störungen*
- *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*
- *Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen*
- *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*
- *Übrige Diagnosen*

Für die Einschätzung des Versorgungsgeschehens wurden für jede Leistungsgruppe Kennzahlen gebildet und in einer Gesamtschau betrachtet, um Aussagen zu einer potenziellen Über-, Unter- und Fehlversorgung abzuleiten und Handlungsbedarf festzustellen. Eine Differenzierung der LG nach stationärer und teilstationärer Versorgung ist nicht erfolgt. Gleichwohl geben die Gutachter\*innen zu bedenken, dass in den vergangenen Jahren eine Ausweitung der tagesklinischen Versorgung stattgefunden habe und dieser Trend in der Fortschreibung des Versorgungsbedarfes zu beachten sei.

Die Gutachter\*innen stellen fest, dass die Versorgungsanalyse durch uneinheitliche Abrechnung ebenso erschwert worden sei wie durch den Umstand, dass versorgungsrelevante Prozeduren und Merkmale für das Datenjahr 2017 nicht abbildbar gewesen wären, so z.B. die geschützte Unterbringung oder stationsäquivalente Leistungen.

Vorgeschlagen wird die LG-Systematik nach vollständiger Etablierung des PEPP-Systems auf eine PEPP-Gruppierung umzustellen und gegebenenfalls die vorgeschlagenen Leistungsgruppen neu zu definieren.

Das Gutachten konstatiert eine gute psychiatrische/psychosomatische Versorgung für alle Leistungsgruppen in den Ballungsräumen des Landes. Für die teilstationäre Versorgung in den Randgebieten NRW werden Ausbaupotenziale festgestellt.

Mit Blick auf ihre wohnortnahe Organisation wird die psychiatrische/psychosomatische Versorgung im ländlichen Raum als Herausforderung betrachtet, insbesondere im Bereich der KJP und hier vorrangig für die Leistungsgruppe *Affektive Störungen*.

Vorgeschlagen wird eine Prüfung, ob beim Ausbau der teilstationären Versorgung in diesen ländlichen Regionen eine Akut-Notfallversorgung teilweise unter Einbindung ausgewählter Versorger mit somatischen Fachabteilungen bzw. Standorten mit Psychiatrie erfolgen kann.

Für den Bereich der PP wird eine sektorenübergreifende Planung - unter Einbeziehung der nichtstationären Leistungen - als notwendig erachtet. In einem ersten Schritt sollten psychiatrische Institutsambulanzen in die Analyse einbezogen werden.

Im Besonderen wird für die weitere Planung sowohl in der PP als auch in der KJP nahegelegt, optimale Versorgungseinheiten mit stationärem, teilstationärem und ambulantem Angebot aus einer Hand und mit fließendem Wechsel zwischen den Versorgungsformen anzustreben. Mithin soll eine weitere Verschiebung zugunsten teilstationärer Versorgung erreicht werden.

## **G-Kapitel 9: Spezielle Fragestellungen zur Versorgungsanalyse**

Die gestufte Notfallversorgung in NRW untergliedert sich in insgesamt 4 Stufen. Neben einer *Basisversorgung* einer *Erweiterten Notfallversorgung* und einer *Umfassenden Notfallversorgung*, gibt es auch die Stufe *Spezielle Notfallversorgung*, der auch die psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser zugeordnet sind.

Daneben nehmen auch Krankenhäuser an der Speziellen Notfallversorgung teil, die eine Schlaganfallversorgung sicherstellen aber gleichzeitig nicht sämtliche Anforderungen an die Basisversorgung erfüllen. Dies trifft auf die LVR-Kliniken Bedburg-Hau und Bonn sowie auf das LVR-Klinikum Düsseldorf zu.

Die Gutachter\*innen kommen zu dem Ergebnis, dass für große Teile von NRW eine spezielle Einheit zur Versorgung von Schlaganfallpatienten (Stroke Unit) in höchstens 30 Minuten zu erreichen ist. Die Etablierung weiterer kleiner Einheiten an neuen Standorten sei nicht zielführend, da aufgrund der hohen Vorhaltekosten und des Fachkräftemangels, zu befürchten sei, dass dadurch das Risiko von Qualitätseinbußen steige. Stattdessen empfehlen die Gutachter\*innen bestehende Standorte zur Schlaganfallbehandlung auszubauen, die Kapazitäten dort zu konzentrieren und die Fachexpertise zu erhöhen.

Neben der Notfallversorgung haben sich die Gutachter\*innen in *Kapitel 9* auch mit der psychiatrischen Pflichtversorgung auseinandergesetzt. Das Ministerium hat unter allen Krankenhäusern eine Umfrage zur Beteiligung an der gestuften Notfallversorgung durchgeführt. Bedauerlicherweise haben die abgefragten Themen keine Aussagen zur Teilnahme an der Pflichtversorgung umfasst. Vor diesem Hintergrund empfehlen die Gutachter\*innen eine gesonderte Erhebung zur Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Speziellen Notfallversorgung. Die gewonnenen Ergebnisse der Untersuchung könnten einen Ausgangspunkt für eine Änderung der Gesetzeslage zur Pflichtversorgung bilden - gegebenenfalls mit dem Ziel, dass die Pflichtversorgung mit verpflichtenden Vorgaben hinsichtlich Infrastruktur, Facharztversorgung und Facharztverfügbarkeit verknüpft wird.

## **G-Kapitel 10: Prognose und Bedarfsabschätzung für die somatischen Fächer bis 2032**

In *Kapitel 10* des Gutachtens erfolgt eine Prognose über die zukünftige Bedarfsentwicklung in den somatischen Fachgebieten bis zum Jahr 2032. Hinsichtlich der von den Gutachtern angewandten Methodik sei auf die Ausführungen zu *Kapitel 11* verwiesen.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die Ergebnisse zu den Leistungsbereichen *Neurologie* sowie *Bewegungsapparat*.

Bis zum Planungshorizont 2032 haben die Gutachter\*innen für das Bundesland NRW – ausgehend von den derzeit in den Feststellungsbescheiden ausgewiesenen Soll-Betten – für die gesamte Somatik einen Rückgang des Bedarfes im Umfang von rund 18.400 Betten ermittelt (18,4%). Allerdings beruhen davon lediglich 4.800 Betten (4,8%) auf der zukünftigen Entwicklung von Demografie, Ambulantisierung und dem medizinischen Fortschritt. Der weitaus größere Anteil des rückläufigen Bedarfes mit rund 13.600 Betten ist darauf zurückzuführen, dass die Gutachter\*innen in ihre Prognose eine effektivere Auslastung der Kapazitäten sowie eine fortschreitende Prozessoptimierung berücksichtigt haben. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass diese Verbesserungen jedoch

umfangreiche Veränderungen in den Kliniken voraussetzen, die auch mit Investitionen verbunden sind.

Für den Leistungsbereich *Neurologie* wurde bis zum Jahr 2032 - inklusive Berücksichtigung des ambulanten Potenzials - ein moderater Anstieg der Fallzahl im Umfang von 5.100 Fällen (+3%) ermittelt. Gleichzeitig wird ein deutlicher Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer von 7,6 auf 6,5 Tage (-15%) erwartet, wodurch das Leistungsvolumen insgesamt in der Neurologie bis zum Jahr 2032 um 155.000 Belegtage (-12,4%) abnehmen wird. Dies führt für NRW rechnerisch zu einem Rückgang des Bettenbedarfes um 483 Betten (-11,7%). Auch auf der Ebene der einzelnen Regierungsbezirke wird die gleiche Entwicklung von leicht ansteigenden Fallzahlen bei einem gleichzeitigen Rückgang der Belegtage prognostiziert. Für den Regierungsbezirk Düsseldorf, in dem die LVR-Klinik Bedburg-Hau und das LVR-Klinikum Düsseldorf liegen, sollen die Fallzahlen um rund 1.300 Fälle (+3%) ansteigen wohingegen die Leistungsmenge um rund 57.000 Belegtage (-21%) abnehmen soll. Auch für den Regierungsbezirk Köln mit Sitz der LVR-Klinik Bonn sagt die Prognose die gleiche Entwicklung vorher. Zum Jahr 2032 sollen in diesem Regierungsbezirk auf der einen Seite die Fallzahlen um 1.600 Fälle (+10) zunehmen. Auf der anderen Seite soll die Leistungsmenge um rund 20.000 Belegtage (-17%) deutlich abnehmen.

Im Leistungsbereich *Bewegungsapparat* ist im Gutachten bis zum Jahr 2032 ein Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer von 8,1 Tagen auf 7,5 Tagen (-7,1%) ausgewiesen. Die Anzahl der Fälle wird unter Einbezug des ambulanten Potenzials um 15.100 Fälle (-3,9%) zurückgehen. Aus dieser Entwicklung ergibt sich eine Verringerung des Leistungsvolumens um 335.000 Belegtage (-10,8%). Vor dem Hintergrund dieser Prognosen haben die Gutachter\*innen für NRW bis zum Jahr 2032 für den LB *Bewegungsapparat* ein Rückgang des Bettenbedarfes um 154 Betten (-22,1%) errechnet. Heruntergebrochen auf die Ebene der Regierungsbezirke weisen die Ergebnisse gleichfalls auf einen Rückgang des Bedarfes hin. Für den Regierungsbezirk Düsseldorf, in dem die LVR-Klinik für Orthopädie Viersen liegt, wird bis zum Jahr 2032 ein Rückgang der Fallzahlen um 4.000 Fälle (-4%) und ein Rückgang der Leistungsmenge um 104.000 Belegtage (-12%) prognostiziert. Rechnerisch führt dies dazu, dass der Bettenbedarf bis zum Jahr 2032 um 321 Betten abnehmen wird.

### **G-Kapitel 11: Prognose und Bedarfsabschätzung für die psychiatrischen und psychosomatischen Fächer bis 2032**

Das *Kapitel 11* des Gutachtens hat die Erarbeitung einer Prognose bis zum Jahr 2032 über die zukünftige Bedarfsentwicklung in den Fachgebieten PP sowie KJP zum Gegenstand.

Ausgangsbasis für die Berechnungen ist die Anzahl stationärer und teilstationärer Belegtage aus dem Jahr 2017. In Absprache mit dem MAGS wurde die Prognose in 5-Jahres-Intervallen erstellt (2022, 2027 und 2032).

Die von den Gutachter\*innen berechneten Bedarfswerte basieren allein auf quantitativen Einflussfaktoren. So wird die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach *Alter*, *Geschlecht* und *Wohnort* in die Zukunft fortgeschrieben.

Darüber hinaus spielt auch die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauern eine wichtige Rolle. Die Gutachter\*innen sind zum Ergebnis gekommen, dass die Effekte der Ambulantisierung und des medizinischen Fortschrittes bisher noch nicht zu einer Reduzierung von Verweildauern in den einzelnen Leistungsgruppen geführt haben und



schreiben die durchschnittliche Verweildauer daher bis zum Jahr 2032 für die Prognose fort.

Um die zunehmende Verschiebung zwischen den Versorgungsformen in der Psychiatrie mit in die Berechnungen einfließen zu lassen, wurde für jede Leistungsgruppe ein Zielwert in Form einer Tagesklinikquote definiert.

Ferner wurde für die stationäre wie auch für die teilstationäre Versorgung jeweils eine Zielauslastung sowie eine Anzahl von Betriebstagen festgelegt und in der Berechnung berücksichtigt.

### Ergebnisse für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychosomatik

Für das Fachgebiet *Psychiatrie/Psychosomatik* sind die Gutachter\*innen zu dem Schluss gekommen, dass der Gesamtbedarf an Kapazitäten (Betten und Plätze), der sich für NRW zum Planungshorizont 2032 ergibt, mit den derzeitigen Kapazitäten gedeckt werden kann. Deutlich erkennbar sei jedoch eine zunehmende Verschiebung des Bedarfes vom stationären Bereich (Bettenabbau) in den teilstationären Bereich (Aufbau von Tagesklinikplätzen).

Bestandteil des Gutachtens ist unter anderem auch eine Bedarfsprognose auf der Ebene der Versorgungsgebiete (VG). Die Standorte der LVR-Kliniken und der ihnen übertragenen Versorgungsaufträge liegen innerhalb der VG1-7. Daher liegt der Fokus hier bei der Auswertung des Gutachtens auf diesen Versorgungsgebieten.

Die Gutachter\*innen prognostizieren für alle VG – mit Ausnahme des VG7 - einen Anstieg des Anteils der tagesklinischen Plätze an den Gesamtkapazitäten. Die Spannweite liegt hierbei zwischen -0,7% (VG7) und +3,2% (VG6).

Bei der Leistungsentwicklung steigen bis zum Jahr 2032 die Belegtage für das VG5 (+3,7%) sowie für das VG6 (+2,6%) an. Ein deutlicher Rückgang der Leistungen wird für das VG3 (-5,8%) vorhergesagt.

Für NRW insgesamt prognostizieren die Gutachter\*innen rechnerisch eine sehr starke Zunahme des Anteils älterer Patienten\*innen in den Krankenhäusern bis zum Jahr 2032. Am signifikantesten trifft dies auf die Gruppe der über 70-jährigen Patienten\*innen zu. Eine Analyse auf Ebene der Regierungsbezirke zeigt, dass die Zahl dieser Patientengruppe in den Krankenhäusern des Regierungsbezirkes Köln um durchschnittlich 14,5% und in denen des Regierungsbezirkes Düsseldorf um durchschnittlich 22,1% ansteigen wird.

Entsprechend dieser Entwicklung gehen die Gutachter\*innen von einem deutlichen Anstieg der Belegtage in der Leistungsgruppe *Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen* aus, da es sich bei den Krankheitsbildern dieser LG vermehrt um altersabhängige Erkrankungen handelt. Die Spannweite liegt hier zwischen einem Anstieg von +8,2% für das VG2 und +26% für das VG6.

### Ergebnisse für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für NRW prognostizieren die Gutachter\*innen einen deutlichen Anstieg der teilstationären Belegtage (+28%) bei einem gleichzeitig nur moderaten Rückgang der stationären Leistungen (-6,1%).

Entsprechend des vorhergesagten Leistungszuwachses im tagesklinischen Bereich haben die Gutachter\*innen für alle VG eine Erhöhung der tagesklinischen Anteile prognostiziert.

Die größten Zuwächse sind für das VG3 (+9,4%) und das VG5 (+6,2%) berechnet worden.

Mit Ausnahme von VG7 wird für alle Versorgungsgebiete ein deutlicher Anstieg der Belegtage prognostiziert. Die höchsten Leistungszuwächse werden für VG1 (+13%) und VG2 (+12,2%) vorausgesagt.

In dem Gutachten wird allerdings darauf hingewiesen, dass rechnerisch zunächst mit einem Rückgang des Bedarfes in der KJP zu rechnen ist. Dies liegt in den relativ niedrigen Geburtenraten in den Jahren 2009 bis 2013 begründet. Nach 2013 sind die Geburtenraten wieder deutlich angestiegen, sodass ab 2025 ein schnell zunehmender Bedarf prognostiziert wurde, der sich ausschließlich auf den tagesklinischen Bereich erstreckt.

Die Gutachter\*innen weisen darauf hin, dass bei der Interpretation der vorgestellten Ergebnisse für die PP und KJP neben den rein rechnerisch begründeten Bedarfen auch qualitative Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind. Zu nennen sind hier die zunehmende Digitalisierung in der Medizin sowie die gesellschaftlichen und gesetzlichen Änderungen, die sich positiv auf die Behandlung auswirken. Auch die weitere Verringerung von Stigmatisierung wird wahrscheinlich zu einer früheren und erhöhten Inanspruchnahme von Hilfen führen.

## G-Kapitel 12: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung

In Kapitel 12 des Gutachtens werden zunächst 5 ausgewählte *Qualitätsdimensionen* anhand von 6 definierten Kriterien auf ihre Eignung für die Krankenhausplanung<sup>8</sup> überprüft. Nur wenn eine Dimension mindestens teilweise allen 6 Kriterien genügt, wird sie als geeignet für die Krankenhausplanung angesehen. Im Anschluss wird beispielhaft versucht für die geeigneten Dimensionen Qualitäts-Vorgaben bzw. Qualitäts-Indikatoren (QI) zu identifizieren, die den gleichen Kriterien genügen, wie die Dimensionen.

### Qualitätsdimensionen

Die Ergebnisse für die Somatik stellen sich im Gutachten wie folgt dar:

Abbildung 3: Bewertungsergebnisse je Kriterium und Qualitätsdimension  
Quelle: Kurzgutachten S. 86, Tabelle 180

Tabelle 180: Bewertungsergebnisse je Kriterium und Qualitätsdimension

Kriterium → Dimension ↓	Verknüpfung mit LG	Standardi- sierte Erhebung	Kontroll- möglichkeit	Methodisch sichere Messbarkeit	Einfluss- nahme durch KH	Vermeidung Fehlanreize	Geeignet für KH-Planung
Strukturqualität	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Ja
Prozessqualität	!	✓	✓	!	✓	!	Ja (selektiv)
Ergebnisqualität	!	✓	✓	✗	!	!	Nein
Mindestmengen	!	✓	✓	✓	✓	!	Ja (selektiv)
Servicequalität	✗	✓	✓	!	✓	✓	Nein

✗ : Kriterium wird nicht eingehalten    ✓ : Kriterium wird eingehalten    ! : Einhaltung bedingt gewährleistet

<sup>8</sup> Leitgebend für die Beurteilung war die Erfüllung der ersten Stufen der KH-Planung: 1. Zulassung zur Versorgung bzw. Leistungszuteilung, 2. Kontrolle der Umsetzung bzw. Einhaltung, 3. Intervention bei mangelhaften Ergebnissen sowie Auswahl und Stärkung bei sehr guten Ergebnissen. Für eine Definition der Planungsstufen siehe Abschlussbericht des IQTiG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter QI

Danach ist die Dimension der *Strukturqualität* vollumfänglich und die der *Prozessqualität* und *Mindestmengen*<sup>9</sup> immerhin noch selektiv für homogene Leistungsgruppen geeignet. *Servicequalität* wird für den Prozess der Krankenhausplanung als ungeeignet erachtet, da sie nur auf Fachabteilungs- bzw. Krankenhausebene erfasst wird. Auch die *Ergebnisqualität* scheidet vorerst noch aufgrund methodischer Unsicherheiten für die erste Stufe der Krankenhausplanung aus.

Für die Psychiatrie und Psychosomatik wird darauf hingewiesen, dass bisher nur die Dimension Strukturqualität geeignet sei.

#### Qualitätsvorgaben bzw. Qualitätsindikatoren

Aufgrund der medizinisch-hierarchischen Strukturierung der LG gelten Qualitätsvorgaben hierarchisch vorgelagerter LG ebenso für die nachgelagerten LG.

Für die Somatik wurden im Gutachten Vorschläge für die Strukturqualität erarbeitet. Diese betrafen z.B. die Grundversorgung, Erbringung verwandter LG, Fachärztliche Vorgaben, Intensiv- und Notfallversorgung. Prozess-QI könnten darüber hinaus z.B. Tumorboards und/oder Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen aufnehmen. Für Mindestmengen-QI wären geeignete Schwellenwerte zu identifizieren.

Für die Psychiatrie und Psychosomatik sei die Definition von Vorgaben nur bedingt möglich, da Strukturindikatoren oft LG-übergreifend relevant seien (z.B. Vorhalten einer geschützten Station). Hinzu komme der geringere Grad der Leistungsdifferenzierung im Vergleich zur Somatik. Es wurden 2 Unterscheidungsmerkmale mit je 3 Ausprägungen für die psychiatrischen Krankenhäuser in NRW festgestellt:

1. Das Behandlungs-Setting: Es werden entweder nur *teilstationäre*, nur *vollstationäre* oder *teil- und vollstationäre* Angebote in den Krankenhäusern (KH) bereitgehalten
2. Das Leistungsspektrum<sup>10</sup>: Es werden entweder nur Leistungen der *KJP*, nur solche der *PP* oder *KJP und PP* in den KH angeboten

Die Gutachter\*innen kommen zu dem Schluss, dass Qualitätsvorgaben für die PP und KJP derzeit auf Krankenhausebene und nicht auf LG-Ebene definiert werden sollten. Strukturvorgaben könnten z.B. Fachärztliche Vorgaben (Facharztqualifikation und Erreichbarkeit), Interdisziplinarität (z.B. Erreichbarkeit eines Facharztes bei somatischen Komorbiditäten) und Infrastruktur (z.B. besondere Ausstattung/Anforderung in der Gerontopsychiatrie bzgl. Mobilität und Kognition) berücksichtigen.

Die im Gutachten beispielhaft angewendete Methodik zur Entwicklung eines qualitätsorientierten Planungsansatzes auf LG-Ebene soll den Fachgremien als Orientierung und Grundlage dienen, um für einen Entwurf zur Rahmenplanung der Krankenhausplanung geeignete Qualitätsdimensionen und -indikatoren festzulegen sowie in einem zweiten Schritt Ausprägungen je QI und LG für den finalen Rahmenplan gemäß § 13 KHGG NRW zu entwickeln.

---

<sup>9</sup> Bei Verwendung von QI oder Q-Vorgaben zu Mindestmengen ist auf Vermeidung von Fehlanreizen zu achten und dementsprechend ggf. zusätzliche Indikatoren/Vorgaben zu definieren.

<sup>10</sup> Ausnahme: Wenige spezialisierte Suchtkliniken bzw. auf Affektive Störungen spezialisierte Krankenhäuser

## **G-Kapitel 13: Leistungs- bedarfs- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Praxis**

*Kapitel 13* dient der Zusammenführung aller bisherigen Analysen und Ansätze zur Entwicklung einer praktischen Anleitung für die leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung in NRW. Zu diesem Zweck wird ein neuer Planungsprozess vorgeschlagen, der an den bestehenden Prozess zur Verhandlung regionaler Planungskonzepte gem. § 14 KHGG NRW angelehnt ist und dieselben Parteien beteiligt. Angelehnt bedeutet in diesem Sinne, neue Elemente kommen hinzu, bestehende Elemente werden konkretisiert und/oder ergänzt.

Der neue Planungsprozess orientiert sich an folgenden 6 Schritten:

- Schaffung von Transparenz durch das MAGS (= Ergebnisse der Versorgungsanalyse, der Bedarfsprognose und des abgeleiteten Handlungsbedarfs werden veröffentlicht),
- Erklärung der Versorgungsabsichten und Lieferung der Selbstangaben zu den Qualitätsvorgaben durch die Krankenhausträger nach Aufforderung durch die Bezirksregierung (BR),
- Konsensfindung zur Leistungserbringung durch die Krankenhausträger und Verbände der Krankenkassen,
- Prüfung der Verhandlungsergebnisse durch die BR (Bedarfsdeckung und Einhaltung der Qualitätsvorgaben werden geprüft; Entscheidungsgrundlage wird erarbeitet),
- Entscheidung über Versorgungsangebote durch das MAGS und die Mitglieder des Landesausschusses gemäß § 15 Abs. 1 KHGG NRW, sowie abschließend
- Erstellung und Versand der Feststellungsbescheide durch die BR.

Zur Sicherstellung eines zügigen Planungsprozesses werden Fristen für die Prüfung der Verhandlungsergebnisse durch die BR, für die Entscheidungsfindung des MAGS sowie für die Feststellung zur Aufnahme/Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan vorgeschlagen, die bisher nicht gesetzlich vorgeschrieben oder behördlich festgestellt sind.

Darüber hinaus wurde die Einführung von ordentlichen Planungszyklen diskutiert, die durch das MAGS vorgegeben werden sollten und deren Länge sich vor allem nach der Komplexität der jeweiligen LG, der Notwendigkeit der regelmäßigen Überprüfung von Versorgungsrisiken sowie der Planungs- und Investitionssicherheit der KH richten. Das Recht der Krankenhausträger und das Recht der Verbände der Krankenkassen zur Aufforderung zur Verhandlung regionaler Planungskonzepte gem. § 14 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW soll weiterhin bestehen bleiben.

Außerdem wurde im Detail auf die Vermeidung von Versorgungsrisiken im Rahmen des regulären Planungsprozesses eingegangen. Zur Vermeidung von Unterversorgung, bedingt durch eine unzureichende Anzahl an erklärten Versorgungsabsichten oder zu wenigen zur Versorgung qualifizierten KH, könne vor allem durch die Forderung nach Qualität entgegengewirkt werden.

Dem Risiko einer (weiterbestehenden) Überversorgung aufgrund von einer zu großen Anzahl an qualifizierten KH in einer Region könne durch eine gezielte Abstimmung der Krankenhausträger vorab und/oder während der Verhandlungen der regionalen Planungskonzepte begegnet werden. In diesem Zuge könnten unter anderem Transparenz über die Vergabe von Investitionsmitteln gemäß § 21 a KHGG NRW geschaffen werden und/oder Benchmarks zu verfügbaren Ergebnisqualitätsindikatoren der betreffenden LG durchgeführt und vorgestellt werden.

## **G-Kapitel 14: Handlungsempfehlungen für eine zukunftsgerichtete Krankenhausplanung**

Wie einführend erwähnt, beinhaltet der Auftrag an die Gutachter\*innen auch, Hinweise zu Förderschwerpunkten für die Einzelförderung nach § 21 a KHGG NRW zu geben.

Die Gutachter\*innen empfehlen die Verknüpfung von Leistungsgruppen und Investitionsfinanzierung. Vorgeschlagen wird eine sachgerechte Verteilung der Investitionsmittel durch eine Umstellung der Bemessungsgrundlage sowie eine zielgerichtete Steuerung der Investitionsmittel über Einzelförderung. Als Umsetzungsschritte werden vorgeschlagen:

- Knüpfung der pauschalen Investitionsförderung an die Leistungsgruppe
- eine sachgerechte Verteilung der Mittel durch Umstellung der Förderung auf Investitionspauschalen auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen (IBR) des InEK
- die Erhöhung der Investitionsmittel und die Erhöhung der zielgerichteten Einzelförderung für die zielgerichtete Unterstützung struktureller Anpassungen der Versorgungslandschaft

Mit Blick auf das in vielen Leistungsgruppen identifizierte Ambulantisierungspotential wird dem MAGS empfohlen, sich auf Bundesebene für eine sektorenübergreifende Versorgung bzw. die Überwindung von Sektorengrenzen einzusetzen.

In der Leistungsgruppe PP sowie KJP seien im besonderen Maße das Entlassmanagement, die Folgebehandlung und damit die Schnittstellen zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten für den Behandlungserfolg maßgeblich.

Gleichzeitig mangle es in der Leistungsgruppe PP an der Koordination und Kooperation zwischen den Sektoren. Die Förderung von innovativen Versorgungsformen, z. B. durch Selektivverträge nach § 140 a SGB V und Modellvorhaben nach § 64 b SGB V sollten daher verstärkt werden.

Weiterhin plädieren die Gutachter\*innen für eine flächendeckende Einführung und Etablierung der stationsäquivalenten Behandlung nach 115 d SGB V als künftig reguläre Behandlungsoption. Dadurch werde die Option der Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld gestärkt und damit die Flexibilität der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht.

In der Umsetzung sollten die Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen und der damit verbundene erwartete Rückgang der (voll- und teil-) stationären Krankenhausfälle in Subgruppen im Rahmen der Prognose für die Leistungsgruppe der PP und KJP künftig Betrachtung finden, sobald aussagekräftige Daten vorliegen.

Eine Zusammenfassung aller wesentlichen Handlungsempfehlungen des Gutachtens kann Tabelle 34 aus dem Kurzgutachten entnommen werden (Kapitel 14 S. 114 bis 117).

### **5. Ausblick - Weiteres Vorgehen**

Das Gutachten wurde am 12.09.2019 durch das MAGS dem Landesausschuss für Krankenhausplanung und im Anschluss daran der Öffentlichkeit bekannt gegeben.

Am 20.09.2019 fand die erste Sitzung der durch das MAGS im Rahmen des Landesausschusses einberufenen AG-Krankenhausplanung statt. Diese Arbeitsgruppe unterteilt sich in zwei weitere Unterarbeitsgruppen Somatik und Psychiatrie.

Die erste Sitzung der Unterarbeitsgruppe Psychiatrie fand am 28.10.2019 statt. In dieser Sitzung wurde der Zeitplan für die AG-Krankenhausplanung und die Unterarbeitsgruppen besprochen. Die Sitzungen haben mit der AG-Krankenhausplanung am 12.11.2019 begonnen.

Aufgrund des Umfangs des Gutachtens mit in der Langfassung 893 Seiten konnten die Ergebnisse der Gutachter\*innen nicht in der Tiefe durchdrungen werden. Die Verwaltung wird bis Ende 2019 kritische Punkte aus dem Gutachten für die LVR-Kliniken identifizieren, damit diese ab 2020 interessensgerecht in die Unterarbeitsgruppen mit eingebracht werden können.

Für die Bedarfsplanung der LVR-Kliniken in den Leistungsgruppen der PP sowie der KJP besteht aufgrund des Datenmaterials wie auch aufgrund der Verlautbarung des MAGS, in einem ersten Schritt die Somatik und erst in einem zweiten Schritt die Leistungsgruppen PP und KJP zu planen, eine Planungsunsicherheit.

Dem Gutachten ist eine hohe Bedeutung zuzumessen, da auch die Bundesebene besonderes Interesse an der Umsetzung des Gutachtens hat, um es als Blaupause für die Krankenhausplanungen anderer Länder zu nutzen.

Die Verwaltung wird über den weiteren Fortgang sowie die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen des Landesausschusses für Krankenhausplanung berichten.

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

## **Abkürzungsverzeichnis**

BR	Bezirksregierung
DB	Datenbank
DRG	Diagnosis Related Groups
FAB	Fachabteilung
FSB	Feststellungsbescheid
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
IBR	Investitionsbewertungsrelationen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
KH	Krankenhaus/Krankenhäuser
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LB	Leistungsbereiche
LG	Leistungsgruppen
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
NRW	Nordrhein-Westfalen
PD	Partnerschaft Deutschland
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PP	Psychiatrie und Psychosomatik
QI	Qualitätsindikatoren
VG	Versorgungsgebiet

# Versorgungsgebiete gemäß Krankenhausplan NRW

