Der Minister

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

Datum: 24. September.2021
Seite 1 von 1

An den Präsidenten
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Herrn André Kuper MdL

Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

VORLAGE
17/5764

A01

Aktenzeichen
bei Antwort bitte angeben

Mira Koglin
Telefon 0211 855-3063
Telefax 0211 855-
Mira.Koglin@mags.nrw.de

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 29.09.2021

Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für das Land Nordrhein-Westfalen

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales beabsichtigt, einen neuen Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen aufzustellen. Gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) sind bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans mit den unmittelbar Beteiligten im Landesauschuss für Krankenhausplanung einvernehmliche Regelungen anzustreben. Dieses Einvernehmen wurde im Landesausschuss am 15.09.2021 hergestellt.

Gemäß § 13 Abs. 3 KHGG NRW ist der zuständige Landtagsausschuss bei der Neuaufstellung der Rahmenvorgaben zu hören. Daher bin ich Ihnen dankbar, wenn Sie den Entwurf der Rahmenvorgaben an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales weiterleiten. Papierexemplare werden wir Ihnen kurzfristig gesondert zustellen.

Mit freundlichen Grüßen

(Karl-Josef Laumann)

Dienstgebäude und Lieferanschrift:
Fürstenwall 25,
40219 Düsseldorf
Telefon 0211 855-5
Telefax 0211 855-3683
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linie 709
Haltestelle: Stadttor
Rheinbahn Linien 708, 732
Haltestelle: Polizeipräsidium

Anlage

Entwurf der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans NRW 2021

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2021.

Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen!

www.mags.nrw

Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Ministers **10**

A Allgemeiner Teil **11**

1 Einleitung **11**

2 Rechtlicher Rahmen **15**

2.1 Bundesrecht 15

2.2 Landesrecht 17

2.3 Krankenhausplanung in der Rechtsprechung 19

3 Versorgungsanalyse und Versorgungsziele **21**

3.1 Versorgungsanalyse 21

3.1.1 Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ 21

3.1.2 Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie 22

3.2 Versorgungsziele 23

3.2.1 Anforderungen an eine patientenorientierte Krankenhausversorgung 23

3.2.2 Menschen mit Behinderungen 24

3.2.3 Menschen mit Demenz 24

3.2.4 Sterbende Patientinnen und Patienten 25

3.2.5 Kinder im Krankenhaus 25

3.2.6 Stärkung der Krankenhausversorgung in der Fläche und in den Ballungsräumen 26

3.2.7 Qualität nachvollziehbar machen 26

3.2.8 Wirtschaftlichkeit stärken 27

3.2.9 Trägervielfalt erhalten 27

3.2.10 Sektorenübergreifende Versorgung gestalten 28

3.2.11 Digitalisierung voranbringen: Das virtuelle Krankenhaus 29

3.2.12 Weitere Anforderungen an die Krankenhausversorgung 31

4 Planungsgrundsätze **32**

4.1 Regionale Planungsebenen 32

4.1.1 Definition und Bedeutung der regionalen Planungsebenen 32

4.1.2 Prinzipien für die Zuordnung der Leistungsgruppen zu den regionalen Planungsebenen 33

4.2 Wohnortnahe Versorgung 34

4.3 Bundeslandübergreifende Versorgung ... 36
4.4 Fachkliniken ... 37
4.5 Belegärztliche Leistungen ... 39
4.6 Teilstationäre Angebote ... 42
4.7 Notfallversorgung ... 44
Stationäre Notfallversorgung ... 45
Ambulante Notfallversorgung ... 46
Rettungsdienstliche Notfallversorgung ... 46
Bundesweite Entwicklung ... 47
4.8 Spezialversorgung ... 48
4.9 Erreichbarkeit ... 49
Regionale Planungsverfahren ... 51
Ablauf der regionalen Planungsverfahren ... 51
Kriterien für die Entscheidungen in den reg. Planungsverfahren ... 52
4.11 Ausbildungsstätten ... 54
B Besonderer Teil ... 57
5 Planungssystematik ... 57
5.1 Systematik, der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen ... 57
Leistungsbereiche ... 57
Leistungsgruppen ... 57
Regelungen im Bereich der Inneren Medizin und der Chirurgie ... 59
Regelungen für die weiteren Leistungsbereiche ... 61
Weitere Regelungen für alle Leistungsbereiche ... 61
5.2 Besondere Angebote ... 62
5.3 Infektiologie ... 63
5.4 Qualitätsanforderungen ... 64
(Haftungs-)rechtliche Standards ... 65
Qualitätsorientierte Behandlungsstrukturen ... 65
Mindest- und Auswahlkriterien ... 66
Erfüllung von Anforderungen am Standort oder in Kooperation ... 67
Kategorien ... 68
5.5 Besondere Regelungen ... 72

6 Bedarfsermittlung und –prognose Somatik ... 73

6.1 Methodik ... 73

6.1.1 Definition „Bedarf“ und Formulierung relevanter Kennzahlen ... 73

6.1.2 Definition „Bedarfsermittlung“ und „Bedarfsprognose“ ... 77

6.1.3 Erläuterung der Dynamik relevanter Einflussfaktoren auf die Bedarfsentwicklung ... 78

6.1.4 Berücksichtigung der Einflussfaktoren auf Fallebene ... 83

6.2 Daten ... 83

6.2.1 Datengrundlage ... 84

6.2.2 Aggregation auf geographischer und medizinischer Ebene ... 85

6.2.3 Erweiterung der Datengrundlage um Bevölkerungsprognose ... 87

6.2.4 Weitere Eingangsdatensätze für Ambulantisierungsfaktor ... 88

6.3 Bedarfsermittlung ... 88

6.3.1 Ausgangssituation ... 89

6.3.2 Ziel ... 89

6.3.3 Algorithmisches Vorgehen ... 90

6.3.4 Hinweise ... 99

6.4 Bedarfsprognose ... 99

6.4.1 Ausgangssituation ... 99

6.4.2 Ziel ... 100

6.4.3 Algorithmisches Vorgehen ... 101

6.4.4 Abschließende Aggregation zur Bedarfsermittlung in einem Prognosejahr ... 118

6.5 Schwankungsbreite ... 118

7 Somatische Leistungsbereiche und -gruppen ... 122

7.1 Leistungsbereich „Allgemeine Innere Medizin“ ... 122

7.1.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ ... 122

7.2 Leistungsbereich „Endokrinologie und Diabetologie“ ... 125

7.2.1 Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ ... 125

7.3 Leistungsbereich „Gastroenterologie“ ... 127

7.3.1 Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“ ... 127

7.4 Leistungsbereich „Nephrologie“ ... 129

7.4.1 Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ ... 129

7.5 Leistungsbereich „Pneumologie“ ... 131

7.5.1 Leistungsgruppe „Komplexe Pneumologie“ 131
7.6 Leistungsbereich „Rheumatologie“ 133
7.6.1 Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ 133
7.7 Leistungsbereich „Hämatologie und Onkologie“ 135
7.7.1 Leistungsgruppe „Stammzelltransplantation“ 135
7.7.2 Leistungsgruppe „Leukämie und Lymphome“ 137
7.8 Leistungsbereich „Kardiologie“ 139
7.8.1 Leistungsgruppe „EPU / Ablation“ 139
7.8.2 Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ 141
7.8.3 Leistungsgruppe „Kardiale Devices“ 143
7.8.4 Leistungsgruppe „Minimalinvasive Herzklappenintervention“ 147
7.9 Leistungsbereich „Allgemeine Chirurgie“ 149
7.9.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ 149
7.10 Leistungsbereich „Kinder- und Jugendchirurgie“ 152
7.10.1 Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“ 152
7.11 Leistungsbereich „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“ 154
7.11.1 Leistungsgruppe „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“ 154
7.12 Leistungsbereich „Gefäßchirurgie“ 156
7.12.1 Leistungsgruppe „Bauchaortenaneurysma“ 156
7.12.2 Leistungsgruppe „Carotis operativ/ interventionell“ 158
7.12.3 Leistungsgruppe „Komplexe periphere arterielle Gefäße“ 162
7.13 Leistungsbereich „Herzchirurgie“ 165
7.13.1 Leistungsgruppe „Herzchirurgie“ 165
7.13.2 Leistungsgruppe „Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche“ 168
7.14 Leistungsbereich „Orthopädie und Unfallchirurgie“ 170
7.14.1 Leistungsgruppe „Endoprothetik Hüfte“ 170
7.14.2 Leistungsgruppe „Endoprothetik Knie“ 173
7.14.3 Leistungsgruppe „Revision Hüftendoprothese“ 175
7.14.4 Leistungsgruppe „Revision Knieendoprothese“ 177
7.14.5 Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“ 179
7.15 Leistungsbereich „Thoraxchirurgie“ 181
7.15.1 Leistungsgruppe „Thoraxchirurgie“ 181
7.16 Leistungsbereich „Viszeralchirurgie“ 183
7.16.1 Leistungsgruppe „Bariatrische Chirurgie“ 183

7.16.2 Leistungsgruppe „Lebereingriffe“ 186
7.16.3 Leistungsgruppe „Ösophaguseingriffe“ 188
7.16.4 Leistungsgruppe „Pankreaseingriffe“ 190
7.16.5 Leistungsgruppe „Tiefe Rektumeingriffe“ 192
7.17 Leistungsbereich „Augenheilkunde“ 194
7.17.1 Leistungsgruppe „Augenheilkunde“ 194
7.18 Leistungsbereich „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ 196
7.18.1 Leistungsgruppe „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ 196
7.19 Leistungsbereich „MKG“ 198
7.19.1 Leistungsgruppe „MKG“ 198
7.20 Leistungsbereich „Urologie“ 200
7.20.1 Leistungsgruppe „Urologie“ 200
7.21 Leistungsbereich „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ 202
7.21.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“ 203
7.21.2 Leistungsgruppe „Ovarial-CA“ 205
7.21.3 Leistungsgruppe „Senologie“ 207
7.21.4 Leistungsgruppe „Geburten“ 210
7.22 Leistungsbereich „Neonatologie“ 215
7.22.1 Leistungsgruppe „Perinataler Schwerpunkt“ 215
7.22.2 Leistungsgruppe „Perinatalzentrum Level 1“ 218
7.22.3 Leistungsgruppe „Perinatalzentrum Level 2“ 220
7.23 Leistungsbereich „Kinder- und Jugendmedizin“ 222
7.23.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ 222
7.23.2 Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und –Onkologie – Stammzellentransplantation“ 225
7.23.3 Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und –Onkologie – Leukämie und Lymphome“ 227
7.24 Leistungsbereich „HNO“ 230
7.24.1 Leistungsgruppe „HNO“ 230
7.24.2 Leistungsgruppe Cochleaimplantate 232
7.25 Leistungsbereich „Neurochirurgie“ 235
7.25.1 Leistungsgruppe „Neurochirurgie“ 235
7.25.2 Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“ 237
7.26 Leistungsbereich „Neurologie“ 239
7.26.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“ 239

7.26.2 Leistungsgruppe „Stroke Unit“ 241
7.26.3 Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ 245
7.27 Leistungsbereich „Geriatrie“ 248
7.27.1 Leistungsgruppe „Geriatrie“ 248
7.28 Leistungsbereich „Intensivmedizin“ 251
7.28.1 Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ 251
7.29 Leistungsbereich „Palliativmedizin“ 253
7.29.1 Leistungsgruppe „Palliativmedizin“ 254
7.30 Leistungsbereich „Transplantation solider Organe“ 257
7.30.1 Leistungsgruppe „Darmtransplantation“ 257
7.30.2 Leistungsgruppe „Herztransplantation“ 259
7.30.3 Leistungsgruppe „Lebertransplantation“ 261
7.30.4 Leistungsgruppe „Lungentransplantation“ 263
7.30.5 Leistungsgruppe „Nierentransplantation“ 265
7.30.6 Leistungsgruppe „Pankreastransplantation“ 267
8 Bedarfsermittlung und –prognose Psychiatrie und Psychosomatik 269
8.1 Methodisches Vorgehen 269
8.2 Schwankungsbreite 272
8.3 Integratives Versorgungskonzept 273
9 Psychiatrische u. psychosomatische Leistungsbereiche und –gruppen . 275
9.1 Leistungsbereich „Psychiatrie und Psychotherapie ..... und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ 275
9.1.1 Leistungsgruppe „Psychiatrie und Psychotherapie ..... und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – vollstationär“ . 276
9.1.2 Leistungsgruppe „Psychiatrie und Psychotherapie ..... und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – teilstationär“ .. 278
9.2 Leistungsbereich „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ .. 280
9.2.1 Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie ..... und –psychotherapie vollstationär“ 281
9.2.2 Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie ..... und -psychotherapie teilstationär“ 283
10 Zentren 285
10.1 Landeseigene Zentren 285
10.2 Zentren nach den Zentrums-Regelungen ..... des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) 285

10.3 Besondere Aufgaben von Zentren 287
10.4 Übersicht Zentren 288
10.4.1 a) Zentrum für HBO (Hyperbare Sauerstofftherapie) 288
10.4.2 b) Zentrum für hochkontagiös erkrankte Patienten 292
10.4.3 c) Zentrum für Schwerbrandverletzte 294
10.4.4 d) Zentrum für Seltene Erkrankungen 296
10.4.5 e) Onkologische Zentren 302
10.4.6 f) Traumazentrum 309
10.4.7 g) Rheumatologisches Zentrum und Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie 313
10.4.8 h) Herzzentrum 319
10.4.9 i) Schlaganfallzentrum/ Neurovaskuläres Zentrum 324
10.4.10 j) Lungenzentrum 329
10.4.11 k) Nephrologisches Zentrum 337
10.4.12 l) Kinderonkologisches Zentrum 340
10.4.13 m) Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) – Anhang zu den Vorgaben Herzzentren und Lungenzentren 343

C Abkürzungsverzeichnis 346

D Anhang 349

Vorwort des Ministers

[wird nach Beendigung des Landtagsverfahrens eingefügt]

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.

A Allgemeiner Teil

1 Einleitung

Krankenhäuser sind Daseinsvorsorge. Die Bürgerinnen und Bürger erwarten zu Recht eine hochwertige Krankenhausversorgung im gesamten Land mit einer guten Erreichbarkeit.

Dabei steht die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen schon seit einiger Zeit vor großen Herausforderungen: Dem demografischen Wandel, der Fachkräfteentwicklung, der Digitalisierung und der Sicherstellung der Notfallversorgung, um nur einige zu nennen. Zugleich befinden sich viele Krankenhäuser in einer wirtschaftlich schwierigen Lage.

Die fortbestehende Pandemie hat, ebenso wie die Unwetterkatastrophe am 14./ 15. Juli 2021, auch das Potential der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft gezeigt.

Diese Ausnahmesituationen haben einmal mehr verdeutlicht, dass die Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung und ausreichender Reservekapazitäten eine zentrale Rolle spielen.

Nun kommt es darauf an, die Krankenhauslandschaft durch eine gute Koordination und transparente Aufgabenverteilung zu stärken und damit zur Resilienz angesichts vielfältiger neuer Herausforderung beizutragen.

Dazu hat das Land im September 2019 zunächst ein Gutachten „Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen“ veröffentlicht, das als Grundlage für den neuen Krankenhausplan dient. Zentrale Aussage dieses Gutachtens ist, dass es in Nordrhein-Westfalen – mit wenigen Ausnahmen – zwar eine nahezu flächendeckende Versorgung mit stationären Angeboten gibt, die sich aber zu wenig an den tatsächlichen Bedarfen und der Behandlungsqualität orientiert. Es wurden für einzelne Regionen und Fachdisziplinen Anzeichen einer bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung identifiziert. Außerdem zeigte sich deutlich, dass die Plangröße „Bett“, die noch im letzten Krankenhausplan NRW 2015 zu Grunde gelegt wurde, das Versorgungsgeschehen nicht zuverlässig abbildet.

In diesem Zusammenhang hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales das Ziel der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen festgelegt: Eine positive Entwicklung der Krankenhauslandschaft zum Wohle der Patientinnen und Patienten durch Verbesserung von Steuerung, Transparenz und Qualität.

Die neuen Rahmenvorgaben sollen sicherstellen, dass alle Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen in gleicher Weise Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung erhalten - von den Metropolregionen bis zum ländlichen Raum. Krankenhäuser mit internistischem und chirurgischem Versorgungsangebot werden in Nordrhein-Westfalen mit dem neuen Krankenhausplan für mindestens 90 % der Bevölkerung innerhalb von 20 Minuten erreichbar sein. Zur Kompetenz- und Qualitätssteigerung werden bei den anspruchsvollen medizinischen Leistungen Schwerpunkte im Rahmen einer abgestimmten Versorgung gesetzt.

Um diese Ziele zu erreichen, sehen die neuen Rahmenvorgaben einige grundlegende Änderungen vor: In erster Linie wird sich die Krankenhausplanung nicht mehr allein an der Bettenzahl orientieren. Zur Ermittlung des stationären Bedarfs wird künftig die jährliche Fallzahl je medizinscher Leistung herangezogen. Eine weitere wesentliche Neuerung ist die Einführung einer neuen Planungssystematik, in der fortan, statt wie bislang 22 Fachabteilungen, nun 32 Leistungsbereiche mit 64 untergeordneten Leistungsgruppen ausgewiesen werden, die detailliert medizinische Fachgebiete und spezifische medizinische Leistungen abbilden. Jeder dieser Leistungsgruppen werden darüber hinaus konkrete Qualitätsvorgaben zugeordnet, die einheitlich hochwertige Versorgungsstandards für die Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen sichern.

Die Digitalisierung und die Vernetzung von Krankenhäusern stellt weiterhin einen wichtigen Baustein in der künftigen Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen dar. Sie werden es ermöglichen, die Versorgungsqualität insbesondere im ländlichen Raum zu verbessern. Denn eine bessere Vernetzung erleichtert den Zugang zu höchster Fachexpertise, unabhängig vom Wohnort.

Zur Erarbeitung dieser neuen Rahmenvorgaben hat der Landesausschuss für Krankenhausplanung (§ 15 KHGG NRW) unter Vorsitz des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Arbeitsgruppen aus u.a. Vertretern der Krankenhausgesellschaft, der Krankenkassen und der Ärztekammern in Nordrhein-

Westfalen gebildet. Die Arbeitsgruppen haben die grundlegende Gestaltung der zukünftigen Versorgung des Landes Nordrhein-Westfalen diskutiert sowie Empfehlungen für die detaillierte Definition und Ausgestaltung der Leistungsbereiche und -gruppen einschließlich der Kopplung an Qualitätskriterien erarbeitet. Dabei haben sie die Ergebnisse einer vom MAGS durchgeführten Befragung medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Verbände berücksichtigt.

Die Beteiligten haben in mehr als 50 Sitzungen getagt. Trotz der organisatorischen und tatsächlichen Herausforderungen durch die Covid-19-Pandemie wurde die Arbeit am neuen Krankenhausplan mit großem Engagement aller Beteiligten fortgesetzt und abgeschlossen.

In einer Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 20. August 2021 konnte Einvernehmen über die Grundzüge des neuen Krankenhausplans hergestellt werden. Auf dieser Grundlage hat das Ministerium den Krankenhausplan finalisiert. Mit den Ergebnissen hat sich der Landesausschuss für Krankenhausplanung in zwei weiteren Sitzungen am 10. und 15. September 2021 befasst. In der Sitzung am 15. September haben die unmittelbar Beteiligten abschließend ihr Einvernehmen zu den Regelungen der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans 2021 für Nordrhein-Westfalen erklärt.

Die rechtliche Grundlage für die Einführung der neuen Rahmenvorgaben wurde mit der Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW), in Kraft getreten am 18. März 2021, geschaffen.

Bereits seit Beginn der Legislaturperiode hat das Land Nordrhein-Westfalen enorme Anstrengungen für eine Verbesserung der Krankenhauslandschaft über verschiedene finanzielle Förderungen unternommen. Die Investitionsförderung durch die Bundesländer blieb in den vergangenen Jahrzehnten deutlich hinter den tatsächlichen Bedarfen zurück. Deswegen hat die Landesregierung seit der Regierungsübernahme im Jahr 2017 erhebliche Verbesserungen der Förderung der Krankenhäuser vorgenommen. Sie ist damit ihrer im Koalitionsvertrag vereinbarten Verpflichtung zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser mit dem Ziel nachgekommen, nachhaltig eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Insgesamt summieren sich die in dieser Wahlperiode (Nachtragshaushalt 2017 sowie die 5 Haushaltsjahre 2018 bis 2022) durch das Land

Nordrhein-Westfalen auf den Weg gebrachten bzw. noch vorgesehenen Investitionsmittel auf eine Summe von über 5 Mrd. Euro. Dazu kommen in diesen Jahren für den Krankenhausstrukturfonds und den Krankenhauszukunftsfonds noch über 1 Mrd. Euro an zusätzlichen Bundesinvestitionsmitteln.

Mit dem neuen Krankenhausplan wird nun ein sinnvoller Rahmen für die weitere Entwicklung der Krankenhauslandschaft gesetzt.

Eine neue, gestaltende Krankenhausplanung ist ein sehr wichtiger Baustein, um die Krankenhäuser in eine gute Zukunft zu führen. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung sind eine sinnvolle Aufgabenteilung und mehr Kooperation, gerade bei komplexen Leistungen, erforderlich. Dies trägt vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen zur einer effizienteren Allokation der personellen Ressourcen bei.

Mit der vorliegenden Krankenhausplanung wird ein Planungssystem eingeführt, das bundesweit einmalig ist. Der Einstieg in die neue Krankenhausplanung wurde daher bewusst als ein lernendes System konzipiert. Einerseits macht dies aus Landesperspektive ein behutsames Monitoring der Effekte der neuen Planung sowie ein bedarfsabhängiges Nachjustieren des Instrumentariums möglich. Andererseits wird damit den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, sich schrittweise an das neue Planungssystem anzupassen.

2 Rechtlicher Rahmen

2.1 Bundesrecht

a) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

Der Bundesgesetzgeber hat im Bereich des Krankenhausplanungsrechts im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung keine Regelungskompetenz für sich in Anspruch genommen. Das Bundesrecht weist den Ländern die Zuständigkeit der Krankenhausplanung sowie der Finanzierung der Infrastruktur der Krankenhäuser (Investitionsförderung) zu und bestimmt lediglich grundsätzliche Zielvorgaben. Hierbei sind im Wesentlichen das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblich.

Sinn und Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 KHG). Zur Erreichung dieses Ziels werden die Länder in § 6 KHG aufgefordert, Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen und dabei die Folgekosten zu berücksichtigen.

Die Landesbehörden sollen bei der Ausführung der Regelungen des KHG eng mit den an der Krankenhausversorgung im Land Beteiligten zusammenarbeiten. Dies sind in erster Linie die Verbände der Krankenhausträger sowie die Träger der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Die konkrete Umsetzung bleibt dabei dem Landesrecht vorbehalten (§ 7 KHG).

Mit der Einführung von § 6 Abs. 1a KHG zum 01.01.2016 über das Krankenhausstrukturgesetz sind die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dem Grunde nach Bestandteil der Krankenhauspläne der Länder geworden. Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Zudem können weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden (§ 6 KHG).

Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes ist Grundvoraussetzung für einen Anspruch auf (Investitions-)Förderung durch die Länder (§§ 8-9 KHG). Darüber hinaus sind in den Plan aufgenommene Krankenhäuser (Plankrankenhäuser) berechtigt, Krankenhausbehandlungen für die Gesetzlichen Krankenkassen zu erbringen (§ 108 SGB V; vgl. auch § 109 SGB V Vertragskrankenhäuser). Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen sowie der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird (§ 8 KHG).

b) Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben sind zunehmend auch für die Krankenhausplanung relevant. Diese werden in der Regel über Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorgegeben. Von expliziter Bedeutung für die Krankenhausplanung ist dabei die bereits genannte Einführung von Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) gemäß § 136c Absatz 1 SGB V. Das Land Nordrhein-Westfalen hat sich gemeinsam mit dem Landesauschuss für Krankenhausplanung gem. § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG i.V.m. § 13 Abs. 2 KHGG NRW dazu entschieden, die derzeit festgelegten Qualitätskriterien nicht in die Planung mit einzubeziehen. Nach Entwicklung weiterer PlanQI erfolgt eine erneute Prüfung der Aufnahme der Vorgaben in den Krankenhausplan.

Neben den PlanQI existiert eine Vielzahl von Richtlinien und Beschlüssen des G-BA, welche für die Krankenhausplanung Relevanz entfalten können. Eine Reihe von Regelungen und Richtlinien des G-BA sind in ihrer zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung des Krankenhausplans aktuellen Fassung Teil der Qualitätskriterien des Krankenhausplans. Bei Neuerungen wird eine entsprechende Fortschreibung des Krankenhausplans geprüft. Dies gilt insbesondere für die Mindestmengenregelung (Mm-R), die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), die Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (PPP-RL) und die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (Zentrums-

Regelungen). Darüber hinaus werden die Erreichbarkeitsvorgaben für eine notwendige Grundversorgung aus den Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) weitgehend übernommen. Einzig mit Bezug auf die grundversorgenden Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie gehen die Erreichbarkeitsvorgaben darüber hinaus, indem angestrebt wird, dass für 90 % der Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen ein dieses Leistungsangebot vorhaltendes Krankenhaus binnen maximal 20 PKW-Fahrzeitminuten erreichbar sein soll.

c) Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)

Um eine Unterbesetzung des Pflegepersonals in pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus zu verhindern, verweist auch der Krankenhausplan bei den Anforderungen an das Pflegepersonal deklaratorisch auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Die PpUGV legt für pflegesensitive Bereiche Untergrenzen als maximale Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft fest und differenziert dabei zwischen Tag- und Nachtschicht.

2.2 Landesrecht

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW), in Kraft getreten am 18.03.2021, wurde die gesetzliche Grundlage geschaffen, eine Krankenhausplanung künftig nicht mehr allein anhand der Bettenzahl vorzunehmen, sondern die Versorgungskapazität anhand anderer quantitativer und qualitativer Parameter zu bestimmen (§ 12 Abs. 3 KHGG NRW). Daneben wurden die neue Planungssystematik nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen eingeführt und gemäß § 12 Abs. 3 Sätze 4 und 5 KHGG NRW die Leistungsgruppen legal definiert.

Die §§ 12 bis 16 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) enthielten bereits vor der Novellierung sowohl materiell-rechtliche als auch formale Vorgaben für die Krankenhausplanung.

Gemäß § 12 Absatz 1 Satz 1 KHGG NRW stellt das zuständige Ministerium einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf, überprüft ihn regelmäßig und schreibt ihn fort. Der

Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG aus. Er berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Länder, die Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Absatz 2 Satz 1 KHG und besteht aus den Rahmenvorgaben und den regionalen Planungskonzepten (§ 12 Absatz 2 KHGG NRW).

a) Rahmenvorgaben

Unter Rahmenvorgaben versteht der Landesgesetzgeber gemäß § 13 Absatz 1 KHGG NRW die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die „notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität“. Die Rahmenvorgaben enthalten die konkrete Planungssystematik nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen und den jeweiligen Qualitätsvorgaben sowie weitere Planungsvorgaben (bspw. Vorgaben für Fachklinken, weitere Angebote). Die Rahmenvorgaben sind zunächst lediglich verwaltungsinterne Anweisungen ohne Bindungswirkung nach außen.

§ 15 KHGG NRW bestimmt die näheren formalrechtliche Anforderungen an den Planungsprozess. Nach § 15 Absatz 3 KHGG NRW erarbeitet der zuständige Landesausschuss unter Vorsitz des zuständigen Ministeriums insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben notwendig sind. Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben sind ungeachtet des Letztentscheidungsrechts des Landes mit den unmittelbar Beteiligten nach § 15 Absatz 1 KHGG NRW einvernehmliche Regelungen anzustreben. Gemäß § 13 Abs. 3 KHGG NRW ist zudem der zuständige Landtagsausschuss bei Fortschreibung und Neuaufstellung der Rahmenvorgaben anzuhören.

b) Regionale Planungskonzepte

In den regionalen Planungskonzepten nach § 14 KHGG NRW werden die Rahmenvorgaben auf den verschiedenen Planungsebenen je Regierungsbezirk durch Abstimmung zwischen den Krankenhäusern und Kostenträgern umgesetzt. Über die regionalen Planungskonzepte erhalten die Krankenhausträger und Krankenkassenvertreter die Möglichkeit, die Versorgungssituation vor Ort abzustimmen und zu planen sowie bei Bedarf Vorschläge für die Fortschreibung des

Krankenhausplanes zu unterbreiten. (§§ 12 Absatz 2 Satz 2 und 14 Absatz 5 KHGG NRW).

Das regionale Planungskonzept als qualifiziertes Beteiligungsverfahren bietet den Krankenhäusern und Krankenkassenvertretern unter Einbeziehung der Bezirksregierungen einen Spielraum, die Rahmenvorgaben den regionalen Versorgungsbedürfnissen entsprechend umzusetzen.

c) Feststellungsbescheid

Die Erteilung des Versorgungsauftrages je Leistungsgruppe erfolgt über den Feststellungbescheid als Verwaltungsakt gem. § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG iVm. § 16 Absatz 1 KHGG NRW und beendet damit das regionale Planungsverfahren.

§ 16 Absatz 1 KHGG NRW bestimmt die Anforderungen an die nähere Ausgestaltung des Bescheides. Erst durch den Erlass des Feststellungsbescheides erlangen die Rahmenvorgaben bindende Außenwirkung für die Krankenhäuser.

2.3 Krankenhausplanung in der Rechtsprechung

Die Rechtsprechung insbesondere des Bundesverwaltungsgerichtes (BVerwG) aber auch des Bundesverfassungsgerichtes sowie der Verwaltungsgerichte der Länder stellen allgemeine Anforderungen an den Inhalt von Krankenhausplänen. Entsprechend der Grundsatzentscheidung des BVerwG vom 25.07.1985 müssen Krankenhauspläne auf der ersten Stufe die Ziele der Krankenhausplanung festlegen (Krankenhauszielplanung), räumlich, fachlich und nach Versorgungsstufen gegliedert den bestehenden und den erwarteten Bedarf an Krankenhausversorgung beschreiben (Bedarfsanalyse), dem eine Aufstellung der zur Bedarfsdeckung geeigneten Krankenhäuser gegenüberstellen (Krankenhausanalyse) und auf der zweiten Stufe festlegen, mit welchen dieser Krankenhäuser der Bedarf gedeckt (Versorgungsentscheidung) werden soll (BVerwG, Urteil vom 25. Juli 1985 – 3 C 25/84 –, juris, Rn. 49 ff.).

Sofern bei der Versorgungsentscheidung die Anzahl der nach den Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit geeigneten Krankenhäusern den in der Bedarfsanalyse ermittelten Bedarf übersteigt, kommt der zuständigen Landesbehörde bei der Entscheidung, welches von mehreren Krankenhäusern den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird, ein

Auswahlermessen zu (Vgl. BVerfG, 2. Kammer des Ersten Senats, Beschluss vom 4. März 2004 - 1 BvR 88/00, OVG Münster Beschl. v. 6.12.2011 – 13 A 1402/11).

Zur Bestenauswahl gehört die Gewichtung von ermessensrelevanten Umständen. Sie ist nur dann gerichtlich zu beanstanden, wenn sie willkürlich oder fern allen vertretbaren Rechtsempfindens liegt (u.a. OVG Münster Beschl. v. 25. 1. 2011 – 13 B 1712/10).

3 Versorgungsanalyse und Versorgungsziele

3.1 Versorgungsanalyse

Die Krankenhauslandschaft steht vor vielfältigen Herausforderungen. Dies macht eine sorgfältige Analyse der Krankenhausversorgung als Ausgangspunkt für die Neufassung des Krankenhausplans erforderlich. Das Land hat deswegen ein umfangreiches Gutachten in Auftrag gegeben.

3.1.1 Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“

Das Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ wurde im August 2019 von Partnerschaft Deutschland – Berater der öffentlichen Hand GmbH in Zusammenarbeit mit der Lohfert & Lohfert AG und dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin vorgelegt.

Das Gutachten beinhaltet eine umfassende Beschreibung der stationären Versorgungsstruktur und eine differenzierte Versorgungsanalyse sowohl für die somatische als auch für die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung. Es ist auf der Homepage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales veröffentlicht.

In der Gesamtschau konstatiert das Gutachten in den 16 Versorgungsgebieten (VG) eine nahezu flächendeckende Versorgung. Das gilt insbesondere mit Blick auf die Somatik. Die Analyse kommt auch zu dem Ergebnis, dass es in den Ballungszentren des Landes in der Tendenz eine medizinische Überversorgung und in den ländlichen Teilen des Landes teilweise eine Unterversorgung gibt.

Im Bundesvergleich werden bezogen auf die Bevölkerungszahl in NRW stationär mehr Fälle mit mehr Belegtagen und einer längeren Verweildauer versorgt. Es gibt kein anderes Bundesland, in dem bei vergleichbarer Altersstruktur mehr Fälle im Krankenhaus versorgt werden. Dabei sind die Fallzahlen in NRW von 2013 bis 2017 um 5,4 Prozent gestiegen. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Verweildauer der somatischen Fälle von 2013 bis 2017 um 5,6 Prozent zurückgegangen.

Alleine die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie versorgen gemeinsam circa 64 Prozent aller stationären Fälle in Nordrhein-Westfalen.

In der Somatik ist der Bedarf an stationären Leistungen in nahezu allen medizinischen und geografischen Ebenen gedeckt. Dabei gibt es zum Teil deutliche Anzeichen von Überversorgung – quer durch die meisten Leistungsbereiche und vor allem in den Ballungszentren.

In einigen wenigen Leistungsgruppen und Versorgungsgebieten gibt es Anzeichen für eine Unterversorgung, zum Beispiel in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation und der Palliativmedizin.

Diese Gesichtspunkte und die weiteren Ergebnisse der Versorgungsanalyse, die im Gutachten im Einzelnen ausgeführt wurden, sind bei der Neuausrichtung der Krankenhausplanung in NRW berücksichtigt worden.

3.1.2 Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie

Zugleich müssen jedoch auch diejenigen Entwicklungen berücksichtigt werden, die seit dem Jahr 2019 eingetreten sind. Dazu gehört insbesondere die COVID-19-Pandemie. Die Pandemie hat einmal mehr gezeigt, wie wichtig eine möglichst flächendeckende Krankenhausversorgung ist und dass ausreichende Reservekapazitäten eine große Bedeutung für die Krisenfestigkeit der Krankenhauslandschaft, aber auch für das Gesundheitssystem insgesamt haben.

In der Pandemie ist die Bedeutung von Fachabteilungen und Fachkliniken für Lungenheilkunde besonders hervorgetreten. Schließlich hat die Pandemie auch die besondere Bedeutung der Intensivmedizin unterstrichen. Hier hat sich die Relevanz einer flächendeckenden Vorhaltung und ausreichender Reserven ebenso gezeigt wie die Notwendigkeit einer hochwertigen Versorgung auf dem für die jeweilige Erkrankungssituation erforderlichen Komplexitätsniveau.

Auch diese Aspekte sind bei der Neuaufstellung des Krankenhausplans angemessen zu berücksichtigen.

3.2 Versorgungsziele

Krankenhausversorgung ist Teil der Daseinsvorsorge. Übergeordnetes Ziel des vorliegenden Krankenhausplans ist deswegen eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Krankenhauslandschaft für die Menschen in Nordrhein-Westfalen.

Der Grundsatz, dass das System für die Menschen da sein muss und nicht die Menschen für das System, war bei der Konzeptionierung dieses Plans leitend und wird es auch bei seiner Umsetzung sein.

3.2.1 Anforderungen an eine patientenorientierte Krankenhausversorgung

Der vorliegende Plan definiert für die einzelnen Leistungsgruppen in der Krankenhausversorgung spezifische Mindestanforderungen. Grundlage einer patientenorientierten Krankenhausversorgung sind jenseits dieser speziellen, in der Regel medizinisch-fachlich begründeten Kriterien jedoch allgemeine Anforderungen an ein humanes Krankenhauswesen, die von allen Krankenhäusern unabhängig von ihrem Versorgungsspektrum, ihrer Größe und ihrer Trägerschaft zu verwirklichen sind.

Diese Anforderungen hat das Land Nordrhein-Westfalen im Krankenhausgestaltungsgesetz ausdrücklich gesetzlich normiert. So sind Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses der Würde der Patientinnen und Patienten sowie ihren Bedürfnissen nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung anzupassen und angemessen zu gestalten. Dabei tragen die Krankenhäuser insbesondere auch weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen Unterschieden sowie den verschiedenen Bedürfnissen von Männern und Frauen Rechnung (§ 3 Abs. 1 KHGG NRW).

Kultur- und sprachbedingte Barrieren können die gesundheitliche Versorgung im Krankenhaus beeinträchtigen. Damit Missverständnisse im Klinikalltag verringert, Fehldiagnosen und Mehrfachuntersuchungen vermieden, Gesundheitsleistungen optimiert, Kosten gesenkt und die Behandlungszufriedenheit der Patientinnen und Patienten verbessert werden kann, ist eine interkulturelle Öffnung und Kultursensibilität der Krankenhäuser anzustreben. Die Ansätze hierfür sind vielfältig und reichen von

Fragen der Kommunikation und Information über Fragen der betrieblichen Organisation und Personalentwicklung bis hin zu Aspekten der Versorgung und Diagnostik.

3.2.2 Menschen mit Behinderungen

Von zentraler Bedeutung ist auch die Vorgabe, dass die Krankenhäuser die besonderen Belange behinderter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens berücksichtigen und entsprechende Behandlungskonzepte entwickeln (§ 3 Abs. 2 KHGG NRW).

Mit Blick auf Menschen mit Behinderungen kommt es in besonderer Weise auf sicherheitsstiftende und bedürfnisgerechte Rahmenbedingungen an. In den Krankenhäusern sind dazu u.a. noch bestehende Barrieren so weit als möglich abzubauen, fachliche Konzepte und fachliche Kompetenzen zu stärken, zielgruppengerechte Formen der Kommunikation zu fördern sowie Hilfen zur Unterstützung bei Belastungen anzupassen bzw. weiterzuentwickeln. Impulse, die sich aus einer ganzen Reihe vorbildlicher Projekte dazu ergeben, sollten aufgegriffen und mit Blick auf die konkrete Situation der einzelnen Krankenhäuser adaptiert werden. Die inzwischen verbesserten Möglichkeiten für Menschen mit Behinderungen, während des Krankenhausaufenthaltes eine Assistenz in Anspruch zu nehmen, sind in den Krankenhäusern aufzugreifen und zu unterstützen.

3.2.3 Menschen mit Demenz

Mit Blick auf Menschen mit Demenz sind in Nordrhein-Westfalen in den vergangenen Jahren mit Unterstützung des Landes vielfältige Aktivitäten zur Realisierung einer demenzsensiblen Krankenhausversorgung entfaltet worden. Dazu gehören die landesweite Projektreihe „Blickwechsel Demenz“ des Paritätischen NRW das in diesem Zusammenhang entstandene Netzwerk „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“, aber auch weitere Projekte wie das Hospitationsprogramm „Der alte Mensch im OP“ entwickelt vom St. Franziskus-Hospital in Münster. Alle Krankenhäuser sind aufgerufen, diese Impulse aufzugreifen und ihre Aktivitäten zu verstetigen.

Mit den vorgenannten Aspekten hat sich auch die Landesgesundheitskonferenz von Nordrhein-Westfalen in den vergangenen Jahren wiederholt befasst. Zuletzt hat die Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2019 eine Entschließung zur Versorgung von älteren Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen verabschiedet

und dazu Handlungsempfehlungen im Sinne der Selbstverpflichtung der Akteure ausgesprochen.

3.2.4 Sterbende Patientinnen und Patienten

Das Krankenhausgestaltungsgesetz gibt außerdem vor, dass in den Krankenhäusern die Würde sterbender Patientinnen und Patienten besonders zu beachten und über den Tod hinaus zu wahren ist. Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können. Mit Blick auf diese Zielsetzungen ist die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland von zentraler Bedeutung, der Nordrhein-Westfalen neben vielen weiteren öffentlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren beigetreten ist. Nähere Ausführungen dazu finden sich im Kapitel zur Leistungsgruppe „Palliativmedizin“.

3.2.5 Kinder im Krankenhaus

Der nordrhein-westfälische Gesetzgeber hat schließlich auch die Berücksichtigung der Bedürfnisse kranker Kinder besonders betont (§ 4 KHGG NRW). Krankenhäuser haben im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen und unterstützen in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

Die Covid-19-Pandemie hat auch und besonders für Kinder und Jugendliche besondere Belastungen mit sich gebracht. Die langfristigen Folgen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen können noch nicht abschließend eingeschätzt werden. Der vorliegende Plan bekräftigt vor diesem Hintergrund über die rein mathematischen Modellrechnungen hinaus die vom Land in den vergangenen Jahren festgestellten zusätzlichen Bedarfe in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und schafft Raum für einen weiteren deutlichen Ausbau von wohnortnahen, tagesklinischen Versorgungsangeboten. Das Land wird die Entwicklung in diesem Bereich auch weiterhin sorgfältig beobachten, um erforderliche Anpassungen rechtzeitig vornehmen zu können.

Beim Erkennen von Kindeswohlgefährdungen, Misshandlungen und sexualisierter Gewalt an Kindern leisten die Akteure im Gesundheitswesen und insbesondere auch die Krankenhäuser einen bedeutenden Beitrag. Kinderschutzambulanzen und multiprofessionelle Kinderschutzgruppen sorgen für eine fachgerechte medizinische Bearbeitung von Verdachtsfällen und eine professionelle Betreuung betroffener Kinder

und Jugendlicher. Sie sind damit zugleich wichtige Partnerinnen von interdisziplinären lokalen Kooperationen und Netzwerken im Kinderschutz.

3.2.6 Stärkung der Krankenhausversorgung in der Fläche und in den Ballungsräumen

Im Interesse der Menschen in allen Regionen Nordrhein-Westfalens soll der neue Krankenhausplan, ausgehend von der Versorgungsanalyse, die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen stärken und angesichts der aktuellen und möglicher künftiger Herausforderungen resilient machen.

Dazu gilt es, zwei grundsätzliche Ziele miteinander in Einklang zu bringen: Die Sicherung und Stärkung der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung auf der einen Seite und die Verbesserung von Koordination, Abstimmung und Aufgabenteilung in der Spezialversorgung, besonders in den Ballungsräumen, auf der anderen Seite.

So wird erreicht, dass die Menschen in Nordrhein-Westfalen auch künftig wohnortnah ein Krankenhaus erreichen können, zugleich aber auch die Gewissheit haben, dass die Krankenhäuser für diejenigen Untersuchungen und Behandlungen, die sie durchführen, über die ausreichende Expertise und Erfahrung verfügen.

Die neue Planungssystematik über Leistungsbereiche und Leistungsgruppen mit definierten qualitativen Mindestanforderungen und dem Übergang von einer Bettenplanung zu einer leistungsorientierten Planung schafft die Voraussetzungen zur Erreichung dieser Ziele.

3.2.7 Qualität nachvollziehbar machen

Auf dieser Basis kann der Krankenhausplan den im Krankenhausgestaltungsgesetz NRW definierten Zielen einer ortsnahen, bedarfsgerechten, leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung besser gerecht werden, als dies mit den bisher zur Verfügung stehenden Planungsinstrumenten der Fall war.

Für eine leistungsfähige und qualitativ hochwertige Versorgung kommt es in besonderer Weise auf die strukturelle Sicherstellung qualitativer Anforderungen an. Um wirksam und praktikabel zu sein, müssen Qualitätsanforderungen möglichst eindeutig beschrieben und zugleich ohne unangemessenen bürokratischen Aufwand nachprüfbar sein. Mit diesem Ziel gibt der vorliegende Plan für jede Leistungsgruppe definierte

Mindestanforderungen vor und benennt zugleich Kriterien, die im Fall einer Auswahlentscheidung die Identifikation der leistungsfähigeren Standorte ermöglichen.

3.2.8 Wirtschaftlichkeit stärken

Die bundes- und landesgesetzlich normierten Ziele sehen eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und sozial tragbare Pflegesätze vor.

Der zugewiesene Versorgungsauftrag sollte daher einen Umfang (Fallzahl) haben, der eine wirtschaftliche Tragfähigkeit der Leistungserbringung für das jeweilige bedarfsnotwendige Krankenhaus erwarten lässt.

Dabei ist der wirtschaftliche Betrieb eines bedarfsnotwendigen Krankenhausstandortes oder einer bedarfsnotwendigen Krankenhausabteilung zu berücksichtigen.

Die Zielsetzung der Krankenhausplanung liegt in einer wohnortnahen, qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung.

Zugleich sollen unnötige und unproduktive Mehrfachstrukturen vermieden werden, die nicht nur für die Versorgungsqualität, sondern auch für den erforderlichen Personaleinsatz und die Wirtschaftlichkeit problematisch sein können.

Der vorliegende Krankenhausplan stellt die notwendigen Planungsinstrumente zur Verwirklichung dieser Ziele bereit und lässt zugleich genügend Spielraum, um bei der Umsetzung in den regionalen Planungskonzepten den Einklang zwischen wohnortnaher Versorgung, sinnvoller Aufgabenteilung und wirtschaftlicher Sicherung bedarfsnotwendiger Standorte herzustellen.

3.2.9 Trägervielfalt erhalten

Auf diese Weise stärkt der vorliegende Krankenhausplan auch die Trägervielfalt in der Krankenhausversorgung. Die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen ist stärker als in anderen Bundesländern von freigemeinnützigen Krankenhäusern geprägt. Daneben gewährleisten Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher und privater Trägerschaft die Versorgung.

Ohne eine gestaltende Krankenhausplanung gerät diese vielfältige Krankenhauslandschaft zunehmend unter Druck. Der vorliegende Krankenhausplan

verfolgt das Ziel, in den Planungsregionen zu einer sinnvollen, auch trägerübergreifenden Koordination und Aufgabenteilung zu kommen und damit die Trägervielfalt in Nordrhein-Westfalen im Interesse der Bürgerinnen und Bürger zu stärken.

3.2.10 Sektorenübergreifende Versorgung gestalten

Die historisch gewachsene, bundesrechtlich vorgegebene sektorale Gliederung des Gesundheits- und Pflegewesens in Deutschland stellt für die Patientinnen und Patienten und alle an der Versorgung Beteiligten eine große Herausforderung dar.

In den vergangenen Jahren sind auf Bundes- und Landesebene immer wieder Initiativen für eine bessere sektorenübergreifende Versorgung ergriffen worden, ohne dass sich bisher ein stimmiger Gesamtansatz entwickelt hat. Weitergehende Reformansätze auf Bundesebene, die zuletzt in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung erarbeitet wurden, sind – auch als Folge der Inanspruchnahme aller Beteiligten durch die COVID-Pandemie – überwiegend nicht realisiert worden. Insoweit bleibt die weitere Entwicklung auf Bundesebene in der neuen Legislaturperiode abzuwarten. Nordrhein-Westfalen wird sich im Bund weiterhin für substantielle Fortschritte bei der sektorenübergreifenden Versorgung einsetzen.

Unter den aktuellen bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen ist eine übergreifende, gemeinsame Planung von stationärer und ambulanter Versorgung nicht möglich. Unabhängig davon bleibt eine möglichst gute sektorenübergreifende Kooperation zwischen stationärem und ambulantem Bereich ein wichtiges Versorgungsziel für alle Krankenhäuser.

Der Gesetzgeber hat dazu nicht nur Vorgaben gemacht, z.B. mit Blick auf das Entlassmanagement, sondern im Laufe der Jahre auch immer wieder Optionen für die Patientenversorgung über die Schnittstellen der Sektoren hinweg eröffnet. Auch wenn auf diese Weise eine durchgängige Überbrückung der Sektorengrenzen noch nicht gelungen ist, gilt es, die bestehenden Möglichkeiten im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen. Initiativen in diese Richtung sind in Nordrhein-Westfalen auch immer wieder vom Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V auf den Weg gebracht worden, u.a. mit Blick auf die Zusammenarbeit in der geriatrischen Versorgung.

Bei der Umsetzung des vorliegenden Krankenhausplans in den regionalen Planungsverfahren sind die Schnitt- bzw. Nahtstellen zur ambulanten und pflegerischen

Versorgung mit zu berücksichtigen. Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und (künftig) Pflegekammern sowie die weiteren unmittelbar oder mittelbar Beteiligten sind aufgerufen, dazu bei der regionalen Umsetzung aktiv beizutragen.

Gerade im ländlichen Raum, aber auch in bestimmten städtischen Planungsregionen mit Einschränkungen bei der ambulanten ärztlichen und / oder stationären Versorgung können künftig sektorenübergreifende Versorgungsangebote eine wichtige Rolle spielen. Dort, wo solche Lösungen sinnvoll sind, sollten die Akteure auf beiden Seiten auch unter den aktuell noch unzureichenden bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen Schritte in diese Richtung gehen.

Für weitere Fortschritte in der sektorenübergreifenden Versorgung spielt schließlich auch die patientenorientierte Digitalisierung im Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle.

3.2.11 Digitalisierung voranbringen: Das virtuelle Krankenhaus

Zu den übergeordneten Zielen, die Nordrhein-Westfalen für seine Krankenhauslandschaft in ihrer Gesamtheit verfolgt, gehört die patientenorientierte Nutzung der Digitalisierung mit einem besonders hohen Stellenwert. Dabei gilt für die Digitalisierung vielleicht noch stärker als für andere Aspekte der Versorgung, dass eine ganzheitliche, sektorenübergreifende Perspektive erforderlich ist. Mit diesem Blickwinkel sind in Nordrhein-Westfalen eine Vielzahl von Initiativen und Projekten auf den Weg gebracht worden, die an anderer Stelle ausführlich dargestellt sind, z.B. im Rahmen der regelmäßig fortgeschriebenen Digitalstrategie NRW (www.digitalstrategie.nrw).

Von zentraler Bedeutung für die digitale Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen ist das Virtuelle Krankenhaus:

Das Virtuelle Krankenhaus NRW ist eine Initiative der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, mit der mittels digitaler Versorgungsstrukturen – über Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – landesweit spezialisierte medizinische Expertise für die Menschen in Nordrhein-Westfalen verfügbar gemacht wird. Im Rahmen der Initiative der Landesregierung Nordrhein-Westfalen soll das Virtuelle Krankenhaus hochspezialisierte Medizin landesweit auf Universitätsniveau verfügbar machen. Eine digitale Plattform soll dabei den Austausch zwischen Kliniken der Grund- und Regelversorgung ermöglichen.

Ziel ist es, mittels digitaler Versorgungsstrukturen – über Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte – die medizinische Expertise eines Maximalversorgers Bürgerinnen und Bürgern landesweit zur Verfügung zu stellen.

Das Virtuelle Krankenhaus wurde im Oktober 2019 gegründet und konnte bereits seit Ende März 2020, im Rahmen einer Vorstufe zur Versorgung der an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten, nahezu 3.000 telemedizinische Konsile durch die Universitätskliniken Aachen und Münster anbieten. Mit den Startindikationen Intensivmedizin und Infektiologie hat das Virtuelle Krankenhaus seine Feuertaufe in der Pandemie bereits bestanden. Es soll um weitere Indikationen erweitert und sukzessive als fester Bestandteil im landesweiten Klinikalltag integriert werden.

Durch den Einsatz von Telekonsilen und elektronischen Visiten kann eine an den jeweiligen Patientinnen und Patienten angepasste, qualitativ hochwertige, wohnortunabhängige Versorgung bei komplexen und zeitkritischen Erkrankungen erreicht werden. Gesundheitsgefährdende Patientenverlegungen können vermieden und die Patientinnen und Patienten vor Ort mit der Expertise eines Maximalversorgers behandelt werden. Die telemedizinischen Konsile ermöglichen zudem einen noch engeren Austausch zwischen den Experten.

Gleichzeitig kann medizinisches und pflegerisches Personal entlastet werden, so dass es mehr Zeit am Patienten zur Verfügung hat. Insbesondere auch in ländlichen Regionen kann die Versorgung verbessert werden, indem eine engmaschigere, schnellere und flexiblere Behandlung ermöglicht wird.

Das Feedback aus der Vorstufe ist sehr positiv: Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte melden zurück, dass ihnen die Telekonsile mit den Kollegen der Universitätskliniken Aachen und Münster ein hohes Maß an Behandlungssicherheit gegeben haben.

Die Corona-Pandemie hat den Bedarf, aber auch die großen Chancen der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung in kurzer Zeit deutlich zu Tage treten lassen. Das Infektionsrisiko für Patientinnen und Patienten und medizinisches Personal hat den Nutzen digitaler Alternativen zu bisherigen Routinen nachdrücklich aufgezeigt.

Um Bürgerinnen und Bürger in der Rolle des Patienten, der Patientin oder der medizinischen Fachkraft zu schützen und zu unterstützen, werden digitale Maßnahmen gefördert und ausgebaut. So sind bereits über 90 Prozent der Krankenhäuser und

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen. Die TI bildet gewissermaßen das Grundgerüst des interoperablen Datenaustausches zwischen den Krankenhäusern.

Das Virtuelle Krankenhaus ist daher eine sinnvolle Erweiterung bereits bestehender Versorgungsstrukturen und soll eine Basis für den Ausbau einer nachhaltigen und digitalen Patientenversorgung schaffen.

Im Herbst 2020 wurde die Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH (VKh.NRW gGmbH) als gemeinnützige Trägergesellschaft am Standort Hagen gegründet. Das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium fördert den Aufbau der VKh.NRW gGmbH und den Pilotbetrieb des virtuellen Krankenhauses bis Mitte 2023 mit rund 11,5 Mio. Euro.

Das Virtuelle Krankenhaus soll Teil des Systems der Regelversorgung werden und schließlich wie andere Leistungen des Gesundheitssystems von den Krankenkassen finanziert werden. Um den Prozess der Erweiterung digitaler Lösungen im Gesundheitswesen voranzutreiben, muss die Vergütung telemedizinischer Leistungen und medizinischer Expertise sichergestellt sein. Aktuell spielen in diesem Zusammenhang die Ausweisungen von „Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk“ (IDV-Zentren) eine Rolle (vgl. Kapitel 10.4.13).

3.2.12 Weitere Anforderungen an die Krankenhausversorgung

Über die in diesem Kapitel dargestellten Anforderungen und Ziele hinaus gelten für die Krankenhäuser weitere Vorgaben und Maßstäbe, die sich aus anderen Bundes- oder Landesregelungen ergeben. Exemplarisch genannt seien die Verpflichtungen in Bezug auf das Meldewesen und die Kooperationen mit dem Landeskrebsregister, die für die onkologische Versorgung von besonderer Bedeutung sind.

Schließlich ist zu betonen, dass sowohl bei der Basisversorgung als auch bei hochspezialisierter und teils sehr komplexer Versorgung die Verbesserung der Pharmakotherapie ein elementarer Baustein der Qualitätsverbesserung für die Patientinnen und Patienten ist. Hierzu haben Krankenhäuser zum einen die (bundes-)gesetzlichen Vorgaben zur Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten zu beachten. Darüber hinaus tragen innovative Konzepte wie Apothekerinnen und Apotheker auf Station oder die klinische Pharmazie zur Verbesserung der Versorgung und zur Steigerung der Patientensicherheit bei.

4 Planungsgrundsätze

4.1 Regionale Planungsebenen

4.1.1 Definition und Bedeutung der regionalen Planungsebenen

Gemäß § 12 Abs. 2 KHGG NRW besteht der Krankenhausplan aus den Rahmenvorgaben und den regionalen Planungskonzepten.

Das Gesetz lässt den geographischen Zuschnitt der Regionen für die regionalen Planungskonzepte offen.

Das Land hat in der Vergangenheit in den Rahmenvorgaben 16 Versorgungsgebiete definiert. Die Versorgungsgebiete bildeten die Basis für die regionale Kapazitätsverteilung und sollten ein Krankenhausangebot vorhalten, das eine umfassende stationäre Versorgung ermöglicht. Allerdings musste in Versorgungsgebieten mit weniger als 1 Million Einwohnern kein vollständiges Angebotsspektrum vorgehalten werden, wenn in angrenzenden Versorgungsgebieten eine Versorgung sichergestellt war.

Zugleich hat das Land es den Beteiligten anheimgestellt, für die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte die Region gemeinsam festzulegen. Dabei sollten Regionen funktional, insbesondere nach medizinischen, geographischen und demographischen Kriterien auch versorgungsgebietsübergreifend definiert werden.

Mit dem nun vorliegenden, neuen Krankenhausplan erfolgt eine differenzierte Planung in 32 Leistungsbereichen und 64 Leistungsgruppen. Die Bestimmung der jeweils angemessenen regionalen Planungsebene muss deswegen ebenfalls differenzierter vorgenommen werden.

Deswegen wird für jede Leistungsgruppe eine regionale Planungsebene bestimmt. Die Planungsebenen geben an, welche regionale Ebene primär in den Blick zu nehmen ist, wenn bei der Aufstellung der regionalen Planungskonzepte die Versorgung mit den in der jeweiligen Leistungsgruppe beschriebenen Leistungen strukturiert wird.

Dabei ist für jede Leistungsgruppe auf der jeweils angegebenen Planungsebene mindestens ein Angebot vorzusehen. Dies ist ausdrücklich eine Mindestvorgabe und

keine Regelgröße. Über die konkrete Zahl der zu vergebenden Versorgungsaufträge wird bei der Aufstellung der regionalen Planungskonzepte anhand derjenigen Kriterien entschieden, die im Kapitel zu den regionalen Planungsverfahren aufgeführt sind.

Die Festlegung der Planungsebenen dient einer sinnvollen Strukturierung bei der Erarbeitung regionaler Planungskonzepte. 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 mit zu bedenken. Im Einzelfall sind Abweichungen von den vorgesehenen Planungsebenen aufgrund demografischer und geografischer Gesichtspunkte und zur ausreichenden Berücksichtigung gewachsener Strukturen möglich.

4.1.2 Prinzipien für die Zuordnung der Leistungsgruppen zu den regionalen Planungsebenen

Die wohnortnahe Versorgung (siehe Kapitel „Wohnortnahe Versorgung“) ist flächendeckend zu gewährleisten. Deswegen werden die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ in Verbindung mit der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ sowie die Leistungsgruppe „Geriatrie“ auf der Ebene des Kreises bzw. der kreisfreien Stadt geplant

Für eine größere Zahl von weiteren Leistungsgruppen erfolgt die Planung weiterhin auf Ebene der 16 auch bisher zugrunde gelegten Versorgungsgebiete, weil daraus für diese Leistungsgruppen eine angemessene Balance zwischen notwendiger Strukturierung / Aufgabenteilung auf der einen Seite und Flächendeckung bzw. angemessener Erreichbarkeit auf der anderen Seite resultiert.

Auch die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant. Gleichwohl ist am Prinzip der Gemeindenähe festzuhalten, sodass für die Planung in diesem Versorgungsbereich die jeweils festzulegenden Pflichtversorgungsgebiete eine besondere Bedeutung haben.

Für überregionale Versorgungsleistungen werden übergeordnete Planungsebenen herangezogen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um planbare (elektive) Behandlungen, für die eine besondere Spezialisierung der Krankenhäuser auf einzelne Leistungen unter Gesichtspunkten der Versorgungsqualität und Patientensicherheit angezeigt ist. Die Planung erfolgt hierzu auf Ebene der fünf Regierungsbezirke bzw. für besonders komplexe Leistungen der Spitzenversorgung auf Ebene der beiden Landesteile Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Die Zuordnung der einzelnen Leistungsgruppen zu den regionalen Planungsebenen ergibt sich aus den Tabellen der Qualitätskriterien in den Kapiteln zu den Leistungsbereichen und Leistungsgruppen.

4.2 Wohnortnahe Versorgung

Die Sicherstellung der patienten- und bedarfsgerechten, gestuften wohnortnahen stationären Versorgung der nordrhein-westfälischen Bevölkerung ist ein zentrales Ziel der Krankenhausplanung (§ 1 KHGG NRW).

Während für die Versorgung mit (hoch-)spezialisierten Leistungen größere Entfernungen akzeptiert werden können, ist insbesondere die stationäre Versorgung von häufigen Krankheitsbildern auf den Gebieten ‚Innere Medizin' und ‚Chirurgie', die keiner hochspezialisierten Diagnostik und Therapie bedürfen, wohnortnah zu gewährleisten. Diese Leistungen sind Teil der Leistungsgruppen (LG) „Allgemeine Innere Medizin" und „Allgemeine Chirurgie".

Die Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit den LG „Allgemeine Innere Medizin" und „Allgemeine Chirurgie" ist daher innerhalb von 20 Pkw-Fahrzeitminuten für 90 % aller Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen zu gewährleisten. Dem Gedanken der Wohnortnähe folgend, werden die beiden o.g. Leistungsgruppen auf der kleinsten Planungsebene (Kreis bzw. kreisfreie Stadt) beplant.

Für die wohnortnahe Versorgung spielt auch die Notfallversorgung eine besondere Rolle. Alle Krankenhäuser sind im Rahmen ihrer Aufgabenstellung gemäß § 2 KHGG NRW verpflichtet, an der Notfallversorgung teilzunehmen, um eine flächendeckende stationäre Notfallversorgung zu sichern. Für die Strukturierung der Notfallversorgung spielen inzwischen die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften

System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern eine wichtige Rolle. Dem Grunde nach sind jedoch auch nach diesen Regelungen alle Krankenhäuser zur allgemeinen Hilfeleistung im Notfall verpflichtet (vgl. § 3 Abs. 2 Satz 3 der Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstufen in Krankenhäusern).

Zur wohnortnahen Versorgung mit dem Leistungsspektrum der LG „Allgemeine Innere Medizin“ und der LG „Allgemeine Chirurgie“ gehört auch ein angemessenes intensivmedizinisches Versorgungsangebot. Die intensivmedizinische Versorgung wird über die LG „Intensivmedizin“ geplant, für die qualitative Mindestanforderungen festgelegt worden sind. Die Vorhaltung dieser Leistungsgruppe unter Einhaltung der Mindestanforderungen am Standort der LG „Allgemeine Innere Medizin“ und der LG „Allgemeine Chirurgie“ ist obligat. Hingegen ist die gemeinsame Vorhaltung der LG „Allgemeine Innere Medizin“ und der LG „Allgemeine Chirurgie“ am selben Standort zwar wünschenswert, aber nicht obligat. Es ist jedoch mindestens eine Kooperation mit einem Krankenhaus nachzuweisen, das über die jeweils andere LG verfügt.

Die wohnortnahe Versorgung mit den vorgenannten drei Leistungsgruppen bildet die Basis, auf der das Leistungsspektrum der weiteren Leistungsgruppen aufbaut. Die LG „Allgemeine Chirurgie“, LG „Allgemeine Innere Medizin“ oder LG „Intensivmedizin“ sind bei vielen weiteren Leistungsgruppen als Mindestvoraussetzung am Standort anzubieten. Die Mehrzahl der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen hat bisher und auch künftig einen Versorgungsauftrag, der über die vorgenannten drei Leistungsgruppen hinausgeht, also weitere Leistungsgruppen umfasst.

Eine besondere Bedeutung für die flächendeckende Versorgung haben die Geburtshilfe und die Kinder- und Jugendmedizin. Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Krankenhäusern, die über ein Versorgungsangebot mit der Leistungsgruppe „Geburten“ und / oder „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ verfügen, nimmt der Krankenhausplan Bezug auf die diesbezüglichen Maßstäbe der Sicherstellungszuschläge-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die ein Erreichbarkeitskriterium von 40 Fahrtzeitminuten vorsehen.

4.3 Bundeslandübergreifende Versorgung

Die Sicherstellung der flächendeckenden stationären Versorgung ist gemäß § 6 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Aufgabe der einzelnen Bundesländer.

Die Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung im jeweils eigenen Land ist aufgrund der erforderlichen Planungstiefe sinnvoll. So kann eine landesspezifische Planung mit der jeweils angemessenen Detailtreue verwirklicht werden.

Auf der anderen Seite wäre eine strikt landesbezogene Krankenhausplanung ohne Beachtung der Versorgungszusammenhänge in den Grenzregionen nicht sachgerecht.

§ 6 Abs. 2 KHG regelt deswegen, dass die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen ist, soweit ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung hat.

Landesrechtlich wird diese Vorschrift durch § 12 Abs. 2 Satz 2 KHGG NRW aufgegriffen. Danach berücksichtigt der Krankenhausplan die Versorgungsangebote benachbarter Länder.

Gemäß § 12 Abs. 5 Satz 2 KHGG 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. In Verbindung mit den vorgenannten bundes- und landesgesetzlichen Regelungen zur Berücksichtigung der Versorgungsangebote anderer Bundesländer hat dies auch für länderüberschreitende Kooperationen zu gelten.

Darüber hinaus sind in den Grenzregionen Nordrhein-Westfalens zu Belgien und den Niederlanden auch grenzüberschreitende Kooperationen von Bedeutung.

Der neue Krankenhausplan behält deswegen den diesbezüglichen Planungsgrundsatz aus den vorangehenden Krankenausplänen bei. Danach sind in den Grenzregionen länder- und grenzüberschreitende Kooperationen zu fördern.

Die konkrete Verwirklichung dieser Vorgaben und Planungsziele erfolgt in den regionalen Planungskonzepten nach § 14 KHGG NRW.

4.4 Fachkliniken

Fachkliniken sind Plankrankenhäuser, die sich auf Leistungsbereiche/-gruppen spezialisiert haben. Es werden entsprechend ihrer Spezialisierung zugehörige Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert. Diese spezialisierte Versorgung muss sich im Vergleich zur Versorgung durch ein Allgemeinkrankenhaus durch eine besondere Leistungsfähigkeit aufgrund der fachspezifischen Versorgung mit vergleichsweise hoher Fallzahl sowie fachspezifisch hochwertigeren Ressourcen auszeichnen. Fachkliniken decken schwerpunktmäßig ein spezielles medizinisches Gebiet unter entsprechend kompetenter Leitung ab (*BGH*, NJW 1988, NJW Jahr 1988 Seite 2954 = GRUR 1988, GRUR Jahr 1988 Seite 841). Die Fachkompetenz ermöglicht die hochdifferenzierte Behandlung schwerer und schwerster Krankheitsbilder, die in das Leistungsspektrum der jeweilige Leistungsgruppe fallen.

Fachkliniken sind in Nordrhein-Westfalen seit Jahrzehnten in gewissen Regionen Teil der Versorgungsstruktur.

Ihre Versorgungsleistung deckt in der Regel nur wenige Leistungsgruppen ab. Die Mindestvoraussetzungen je Leistungsgruppe sind bezüglich der Geräte, Fachärzte und sonstigen Struktur- und Prozesskriterien zu erfüllen. Der Leistungsgruppenbezug wird allerdings gesondert aus Sicht der Patientenversorgung betrachtet. In der Regel sind nicht alle Mindestvoraussetzungen aller in Beziehung stehenden Leistungsgruppen zu erfüllen, sondern nur die medizinisch notwendigen Voraussetzungen, die im regionalen Rahmen sinnvoll sind. Anstelle einer ergänzenden oder verwandten Leistungsgruppe am Standort, kann beispielsweise eine nachgewiesene Kooperation mit einer solchen Leistungsgruppe ausreichend sein. In Form der Einzelfallentscheidungen werden diese Abwägungen durch die Planungsbehörden getroffen.

Fachkliniken müssen grundsätzlich keine Grundversorgung in Form des Dreiklanges aus den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“, „Allgemeine Chirurgie“ und „Intensivmedizin“ anbieten. Die beiden Leistungsgruppen „Allgemeine Chirurgie“ und „Allgemeine Innere Medizin“ müssen bei Fachkliniken - wenn sie als Mindestanforderung zu erbringen sind - mindestens in Kooperation vorhanden sein. Die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ ist nicht bei allen potenziellen fachklinisch zu erbringenden Leistungsgruppen am Standort sicherzustellen.

Einigen Fachkliniken müssen über die ihnen zugewiesenen Inhalte der jeweils spezifischen LG 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 LG „Allgemeine Innere Medizin“ und/oder „Allgemeine Chirurgie“ bestimmten Bedarf zuzuweisen.

So erhalten beispielsweise Krankenhäuser, denen die LG „Geriatrie“ zugeordnet wird, über die in dieser LG vorgesehene Fallzahl hinaus einen Fallzahlanteil aus dem errechneten Bedarf für die LG „Allgemeine Innere Medizin“, um das Leistungsspektrum jenseits der über den OPS-Komplexcode abgerechneten Fälle abzubilden.

Dazu ist diesen Krankenhäusern auch die LG „Allgemeine Innere Medizin“ zuzuordnen. Im Fall geriatrischer Fachkliniken / „Stand-alone-Geriatrien“ wird dafür die Erfüllung der über die Anforderungen der LG „Geriatrie“ hinausgehenden Mindestanforderungen nicht gefordert. Gemäß § 16 Abs. 1 Satz 6 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.

Eine gute Kooperation der Fachklinik mit einem oder mehreren benachbarten Allgemeinkrankenhäusern ist unabdingbar.

Grundsätzlich sollte die spezialisierte Versorgung primär in Allgemeinkrankenhäusern mit breitem Leistungsspektrum angeboten werden. Allgemeinkrankenhäuser sind aufgrund der interdisziplinären Ausstattung in der Lage, auch komplementär auftretende Krankheitsbilder zu versorgen.

Kommt es im regionalen Planungsverfahren zu einer Auswahlentscheidung zwischen einer Fachklinik und einem Allgemeinkrankenhaus, ist zu beachten, dass nur dann die Fachklinik den Versorgungsauftrag erhalten kann, 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.

Beim Vergleich der Versorgungsformen sind mögliche Verlegungen der Patientinnen und Patienten in ein anderes Krankenhaus aufgrund fehlender Diagnostik- und Therapiemaßnahmen besonders zu berücksichtigen.

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 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.

4.5 Belegärztliche Leistungen

Die belegärztliche Leistungserbringung ermöglicht eine durchgehende Behandlung durch den eigens ausgesuchten Facharzt. Dabei ist das Versorgungsspektrum im Vergleich zum entsprechenden Angebot einer Hauptabteilung in der Regel eingeschränkt. Bei regional verbindlichen Absprachen können solche Versorgungsformen zur Sicherstellung einer sonst nicht gewährleisteten flächendeckenden Versorgung unter Umständen sinnvoll sein. So können diese gerade in einem Flächenland als wichtiges Element der wohnortnahen Versorgung fungieren.

Beispielsweise kann in Fachgebieten mit geringerer Leistungsmenge sowie bei überschaubaren medizinischen Risiken für die Patientinnen und Patienten eine wohnortnahe stationäre Patientenversorgung durch belegärztliche Leistungen sichergestellt werden. Das Belegarztsystem ist insofern ein Beispiel für die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und verkörpert somit die gelebte transsektorale Versorgung.

Das Belegarztsystem hat seine gesetzliche Grundlage in den §§ 115 und 121 SGB V sowie in den §§ 1 und 31 KHGG NRW. Dazu legt der Bundesmantelvertrag der Ärzte weitere Bestimmungen fest. Belegärzte sind im Sinne des § 121 SGB V nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patientinnen und Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln.

Belegärzte können mit mehreren Krankenhäusern Belegarztverträge abschließen (BMV-Ä § 39 Abs. 4). Die Leistungen werden getrennt abgerechnet. Ihre Vergütung erhalten die Belegärzte aus dem Budget der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. von den selbst zahlenden Patientinnen und Patienten oder als Belegarzt mit Honorarvertrag gemäß § 121 Abs. 5 SGB V aus dem Krankenhausbudget. Das Krankenhaus liquidiert seine Kosten gegenüber den jeweiligen Krankenversicherungsträgern, Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern bzw. ihren privaten Krankenversicherungen.

Auf Abteilungsebene wird zwischen Hauptabteilungen sowie belegärztlich geführten Abteilungen unterschieden. Während Hauptabteilungen in der Regel unter der Leitung eines angestellten Facharztes (Chefarzt) geführt werden, wird in Belegabteilungen die ärztliche Leistung in der Regel durch einen selbstständigen Vertragsarzt (Belegarzt) erbracht (vgl. insoweit § 31 Abs. 3 KHGG NRW). Die Belegabteilung ist eine Abteilung des Krankenhauses und bietet somit eine Krankenhausbehandlung an.

Die Belegabteilung soll im Krankenhausplan ausgewiesen werden. Neben fachspezifischen Belegabteilungen sind auch interdisziplinäre Belegabteilungen möglich, um bedarfsgerechte Kapazitäten der verschiedenen Leistungsbereiche am Standort auszuweisen. Belegabteilungen werden im Feststellungsbescheid als solche kenntlich gemacht. Die Umwandlung einer Belegabteilung in eine Hauptabteilung oder umgekehrt ist im Rahmen eines regionalen Planungsverfahrens möglich.

Die belegärztliche Versorgung kann bei Erfüllung der Mindestvoraussetzungen einer zur belegärztlichen Leistung geeigneten Leistungsgruppe angeboten werden. Es dürfen keine Einbußen in Qualität der Leistungserbringung bestehen. Zur berechtigten Leistungserbringung ist die Belegarztzulassung/-anerkennung sowie ein auf Dauer angelegter Belegarztvertrag mit dem Krankenhausträger den zuständigen Bezirksregierungen vorzulegen.

Nach § 31 Abs. 3 KHGG NRW hat der Krankenhausträger für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten. Diese Regelung findet auch für Belegabteilungen Anwendung. Ein leistungsfähiges Belegarztsystem setzt voraus, dass eine qualifizierte fachärztliche Rufbereitschaft für die in der Belegabteilung behandelten Patientinnen und Patienten zu jeder Zeit sichergestellt ist.

Deshalb sind die für die jeweilige Leistungsgruppe angegebenen fachärztlichen Mindestvoraussetzungen zu erfüllen, allerdings nicht durch im Krankenhaus angestellte Fachärztinnen / 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 ärztliche Präsenz über 24 Stunden täglich sicherzustellen. Diese kann auch durch den ärztlichen Dienst des Krankenhauses erfolgen, insbesondere in der Notfallversorgung. Es ist sichergestellt, dass für die Versorgung krankenhausbehandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten des Krankenhauses in der Belegabteilung ausreichend Kapazitäten (Betten) zur Verfügung stehen.

Einige Belegabteilungen (v.a. größere und solche in speziellen Versorgungsbereichen wie z.B. der Geburtshilfe) stellen jenseits der Notfallversorgung für die in der Belegabteilung behandelten Patientinnen und Patienten (Mindestvoraussetzung) auch eine Notfall(mit-)versorgung für die weiteren im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten sicher und ggf. auch für Patientinnen und Patienten, die das Krankenhaus von außen als Notfall aufsuchen. Solche Belegabteilungen haben eine größere Leistungsfähigkeit, insbesondere wenn auch diese Notfallversorgung an allen Tagen rund um die Uhr gewährleistet wird. 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.

Es bleibt notwendig, jederzeit über Belegbetten verfügen zu können. Dies drückt sich nicht zuletzt auch in den Vorgaben aus, die die Belegärztinnen und – ärzte gegenüber den KVen und auch aus haftungsrechtlichen Gründen zu erfüllen haben. Die belegärztliche Versorgung ist insbesondere bei Leistungsgruppen zielführend, in denen Leistungen vor allem elektiv erfolgen und ein niedriges komplexes Patientengut mit entsprechend geringer Verweildauer und relativ wenigen Schnittstellen zu anderen

Leistungsgruppen gegeben sind. Insofern sind die entsprechenden Hinweise zu Belegärzten in den Mindestvoraussetzungen einzelner Leistungsgruppen nicht abschließend, d.h. eine gegebenenfalls belegärztliche Versorgung ist auch in weiteren Leistungsgruppen möglich.

Die Belegärztin bzw. der Belegarzt soll in der Planungsebene der entsprechenden Leistungsgruppe niedergelassen sein, um die Erreichbarkeit sicherzustellen.

Die Neueinrichtung, Schließung oder Änderung von belegärztlichen Strukturen folgt den allgemeinen Verfahrensregeln der Krankenhausplanung nach §§ 14 und 16 KHGG NRW. Sind im Durchschnitt weniger als zwei Belegbetten ausgelastet, ist die Bedarfsnotwendigkeit der belegärztlichen Leistung zu überprüfen. Es sind besondere Gründe nachzuweisen, wenn aus Sicht der Leistungserbringer der belegärztliche Versorgungsauftrag aufgenommen bzw. fortbestehen soll.

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.

4.6 Teilstationäre Angebote

Vor der vollstationären Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten sind die Krankenhäuser nach § 39 Abs. 1 SGB V verpflichtet zu prüfen, ob die Behandlung nicht teilstationär, vor- und nachstationär oder ambulant erbracht werden kann.

Eine teilstationäre Behandlung kann auch im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung zielführend und erforderlich sein. Sie ist in der Regel dann indiziert, wenn eine vollstationäre Behandlung nicht (mehr) erforderlich ist, eine ambulante Behandlung aus medizinischer Perspektive hinsichtlich der Qualität und Sicherheit der Leistungserbringung jedoch (noch) nicht als ausreichend erachtet wird.

Die teilstationäre Versorgung stellt in ausgewählten Fachgebieten ein Bindeglied zwischen der vollstationären und ambulanten Behandlung dar. Ein wesentlicher Vorteil liegt dabei in der Stärkung der sektoralen Vernetzung. Auch für die Zukunft sind weitere Leistungsverlagerungen aus dem vollstationären in den teilstationären Bereich grundsätzlich zu erwarten. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Leistungsgruppen Leistungsausweitungen im teilstationären Bereich sowohl fallzahlsenkende, als auch

verweildauerreduzierende Effekte hinsichtlich der akutstationären Versorgung entfalten werden.

Tageskliniken tragen dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach möglichst wohnortnaher Behandlung Rechnung. Wenn die Wege zum Behandlungsort für die Patientinnen und Patienten erheblich verkürzt sind, können sie so einen Teil des Tages im vertrauten heimischen Umfeld verbringen. Der Ausbau von Tageskliniken zu einer flächendeckenden Vorhaltung wird weiterverfolgt – auch weil hierdurch ein weniger aufwändiges, dem reduzierten Behandlungsbedarf angepasstes Angebot und zugleich wirtschaftliches Behandlungsangebot bereitgestellt wird.

Die teilstationäre Behandlung umfasst eine regelmäßige Aufenthaltsdauer von weniger als 24 Stunden und wird in stationären Einrichtungen oder in Tages- bzw. Nachtkliniken angeboten.

Die Patientinnen und Patienten erhalten dort – in der Regel während der Tageszeit – unter klinischen Bedingungen ihre notwendigen medizinischen Leistungen, verbringen die restliche Zeit jedoch außerhalb des Krankenhauses. Während der Behandlung sind grundsätzlich Leistungen wie Unterbringung und Verpflegung sowie Pflege der Patientinnen und Patienten nicht ganztätig erforderlich. Die Behandlung besteht nicht nur aus einer Leistung, sondern aus einem komplexen Angebot, das typischerweise strukturiert über den Tag verteilt erbracht wird. Es bestehen Behandlungskonzepte mit entsprechender Tages- bzw. Wochenstruktur mit Gruppen und Einzeltherapien. Der Patient muss in das Krankenhaus aufgenommen werden.

Die teilstationäre Leistungserbringung erfordert weitgehend Krankenhausbedingungen, somit sind die Qualitätskriterien der zugehörigen Leistungsgruppe(n) zu erfüllen.

Auch in den Tageskliniken muss während der üblichen Behandlungszeiten die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten kontinuierlich sichergestellt sein. Mindestens zwei qualifizierte Fachärztinnen oder – ärzte stehen zur Verfügung. Bei der teilstationären Leistungserbringung in einem Krankenhaus hat eine Bereitschaft zur umfassenden Information und Kooperation zu bestehen, um auch in Notfallsituationen eine vollumfassende Versorgung zu sichern. Es ist gewährleistet, dass für die teilstationäre Versorgung ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen. Die vermutete Auslastung des teilstationären Angebots ist anzugeben. Sind im Durchschnitt

weniger als zwei teilstationäre Plätze ausgelastet, ist die Bedarfsnotwendigkeit der teilstationären Leistung zu überprüfen.

In der somatischen Versorgung wird die teilstationäre Versorgung nicht explizit beplant. Es ist den Versorgern überlassen, wie die Leistungserbringung entsprechend dem Versorgungsauftrag voll- und teilstationär erbracht wird. Diese Flexibilität hat sich bewährt und wird somit weitergeführt. Das Patientenwohl hat hierbei stets an oberster Stelle zu stehen.

In den Leistungsbereichen „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“ sind die Leistungsgruppen nach voll- und teilstationär getrennt gegliedert. Dies betont den hohen Stellenwert der wohnortnahen, teilstationären Versorgung in diesem Bereich.

4.7 Notfallversorgung

Die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung ist aus krankenhausplanerischer Sicht zu fördern und ist bei der Festlegung von Standorten, Leistungsgruppen und Kapazitäten der Krankenhäuser zu beachten. Gerade mit Blick auf die differenzierte Planung besonders notfallrelevanter Bereiche wie z.B. der Schlaganfall- und der Herzinfarktversorgung ist eine gute Abstimmung mit dem Rettungsdienst, nach Möglichkeit bereits im Rahmen der regionalen Planungsverfahren, zu realisieren.

Notfallpatientinnen und -patienten sind Personen, die sich infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten. Die Notfallversorgung erfordert ein enges Zusammenspiel der Krankenhäuser, der Rettungsdienste und des ambulanten ärztlichen Notdienstes sowie weiteren Akteuren. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der flächendeckenden Einführung von Portalpraxen zu, auf die sich das Land mit den zuständigen Institutionen im Jahr 2019 verständigt hat.

4.7.1 Stationäre Notfallversorgung

Die Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung bestimmt sich im entgeltlichen Sinne über die Regelung des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Abs. 4 SGB V. Der G-BA-Beschluss beschreibt umfangreich die Anforderungen an die Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung. Die Teilnahme eines Krankenhauses am gestuften System von Notfallstrukturen erfolgt grundsätzlich bei der Zuteilung in eine Versorgungsstufe.

Die Analysen zur Notfallversorgung im Gutachten „Krankenhauslandschaft NRW“ zeigen für fast alle Regionen eine hohe Dichte an Versorgern. Insbesondere finden sich oft sehr kleine bis mittelgroße Standorte in direkter Nachbarschaft zu großen Versorgern. Insgesamt folgt aus der hohen Versorgerdichte eine über fast alle Regionen gute bis sehr gute Erreichbarkeit. Teilweise werden die vorgegebenen Erreichbarkeitsziele durch eine Vielzahl an Standorten sichergestellt. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit lag 2018 die grundsätzliche voraussichtliche Erreichbarkeit der Krankenhäuser, die nach jetzigem Stand die Anforderungen der stationären Versorgung der Notfallstufen erfüllen und damit mindestens eine Basisnotfallversorgung bieten, in Nordrhein-Westfalen im Durchschnitt bei 8,5 Minuten. Dabei benötigen 0,1 % der nordrhein-westfälischen Bevölkerung im Durchschnitt mehr als 30 Minuten Fahrzeit. Damit lag Nordrhein-Westfalen 2018 direkt hinter den drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg an vorderster Stelle der Flächenländer.

Unabhängig von der Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an dem gestuften System im entgeltlichen Rahmen sind Krankenhäuser grundsätzlich entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach den durch Bescheid gemäß § 16 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan zur Versorgung von Notfällen verpflichtet (§ 2 Abs. 1 KHGG NRW). Die o.a. Regelungen des G-BA haben insoweit entgeltlichen Charakter mit Blick auf Zu- und Abschläge, definieren aber nicht den Versorgungsauftrag. Sofern die definitive Versorgung des Notfallpatienten nicht zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses gehört, hat das Krankenhaus eine weitere Stabilisierung der Transportfähigkeit vorzunehmen, um den sicheren Weitertransport in das nächste geeignete Krankenhaus zu ermöglichen.

4.7.2 Ambulante Notfallversorgung

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Notfallversorgung liegt in Nordrhein-Westfalen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ärztekammern. Daneben suchen Patientinnen und Patienten in erheblichem Umfang auch die Krankenhäuser zur ambulanten Notfallversorgung auf. Im Interesse einer besseren Verzahnung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung haben das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenhausgesellschaft, die beiden Ärztekammern, die gesetzlichen Krankenkassen und die beiden Apothekerkammern in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2019 eine gemeinsame Erklärung zur flächendeckenden Einführung von Portalpraxen verabschiedet. Wesentliche Elemente der Portalpraxen sind ein gemeinsamer Empfang von Notdienstpraxis und Krankenhausnotaufnahme („Ein-Tresen-Modell“) und ein strukturiertes Ersteinschätzungssystem. Dadurch kann ein schnellerer Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung erreicht und zugleich die stark steigende Inanspruchnahme in Klinikambulanzen und Notaufnahmen verringert werden.

4.7.3 Rettungsdienstliche Notfallversorgung

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Notfallversorgung ist die rettungsdienstliche Versorgung am Notfallort. In Nordrhein-Westfalen sind die Kreise und kreisfreien Städte als Träger des Rettungsdienstes dazu verpflichtet, die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit rettungsdienstlichen Leistungen sicherzustellen. Das RettG NRW gibt keine gesetzlichen Mindestfristen vor, innerhalb derer der Notfallort ab Alarmierung erreicht werden muss. Per Erlassweg hat das MAGS jedoch die planerischen Hilfsfristen und dessen Erreichungsgrad festgelegt. So haben sich in der Praxis die Empfehlungen zu den Hilfsfristen von bis zu 8 Minuten in Einsatzkernbereichen und bis zu 12 Minuten in Einsatzaußenbereichen bewährt und sollten beibehalten werden. Der Erreichungsgrad sollte in mindestens 90% der auswertbaren hilfsfristrelevanten Notfallanfahrten in einem festgelegten Zeitraum (i.d.R. ein Jahr) eingehalten werden. Die durchschnittlichen Einsatzzeiten sind in Nordrhein-Westfalen im Ländervergleich eher kurz. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies durch die gute Verkehrsinfrastruktur und die vergleichsweise dichte Besiedlung des Landes begünstigt wird. Das RettG NRW unterscheidet zwischen der Notfallrettung, dem (qualifizierten) Krankentransport sowie der Versorgung einer größeren Anzahl Verletzter

oder Kranker bei außergewöhnlichen Schadensereignissen. Die Notfallrettung hat die Aufgabe, bei Notfallpatienten lebensrettende Maßnahmen am Notfallort durchzuführen, deren Transportfähigkeit herzustellen und sie unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden mit Notarzt- oder Rettungswagen oder mit Luftrettungsmitteln in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern. Hierzu zählt auch die Beförderung von erstversorgten Notfallpatienten zu Diagnose- und geeigneten Behandlungseinrichtungen. Der Krankentransport hat die Aufgabe, Kranken oder Verletzten oder sonstigen hilfsbedürftigen Personen fachgerechte Hilfe zu leisten und sie unter Betreuung durch qualifiziertes Personal zu befördern. Eine enge Zusammenarbeit der Rettungsdienste und der Krankenhäuser sowie der weiteren Akteure ist somit – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der gesetzlichen Ausgangslage – geboten.

Das im Krankenhausgutachten NRW geforderte Monitoringsystem über die notfall- und intensivmedizinischen Kapazitäten wird durch das gemeinsame Projekt IG NRW vom Ministerium des Innern und dem MAGS stetig ausgebaut. Die Leitstellen der Rettungsdienste erkennen dadurch zeitnah die Zuweisungsfähigkeit der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser.

4.7.4 Bundesweite Entwicklung

Zu einer umfassenden Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene ist es in der im September 2021 zu Ende gegangenen Legislaturperiode des Bundestages nicht gekommen. Es bleibt abzuwarten, ob und in welcher Form die zuletzt auf Basis eines Referentenentwurfs diskutierten Reformansätze in der neuen Legislaturperiode auf Bundesebene weiterverfolgt werden. Nordrhein-Westfalen wird seinen Einfluss im Interesse einer hochwertigen Notfallversorgung, die den Ländern eine Gestaltung unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten ermöglicht, weiterhin geltend machen.

4.8 Spezialversorgung

Seit dem Jahr 2018 liegt die Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V vor.[1] Demnach erhalten Krankenhäuser, die anhand bestimmter Strukturmerkmale einer Notfallstufe zugeordnet werden, entsprechend gestaffelte Zuschläge. Krankenhäuser ohne Zuordnung in eine Notfallstufe haben dagegen Abschläge pro vollstationärem Behandlungsfall zu zahlen.

Die Notfallstufe wird zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern in der Budgetverhandlung vereinbart. Gemäß der G-BA-Regelung teilt sich die Notfallversorgung in drei Stufen – Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung und umfassende Notfallversorgung – auf. Je höher die Stufe ist, umso höher sind die Anforderungen an die Krankenhäuser.

Gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 3 der G-BA-Regelung kann die Landeskrankenhausplanungsbehörde in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser als Spezialversorger ausweisen. Spezialversorger sind Krankenhäuser, die keiner G-BA Notfallstufe zugeordnet sind, aber für die Notfallversorgung zwingend erforderlich sind.

Die nach Feststellung ausgewiesenen Krankenhäuser haben weder Anspruch auf einen Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung noch sind Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung in Abzug zu bringen.

Die Landesplanungsbehörde hat folgende Kriterien zur Ausweisung als Spezialversorger festgelegt:

1) Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Erreichbarkeit regional unverzichtbar sind.

Dieses Kriterium ist dann tragend, wenn die internistische oder chirurgische Notfallversorgung innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten nicht gewährleistet ist.

[1] Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4, in Kraft getreten am 19. Mai 2018; zuletzt geändert am 20. November 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 24.12.2020 B2), in Kraft getreten am 1. November 2020 (https://www.g-ba.de/richtlinien/103/).

2) Krankenhäuser, die die Pflichtversorgung für uneinsichtige Tuberkulose-Patientinnen sichern.

Die Versorgung behandlungsunwilliger Tuberkulose-Patientinnen bedarf eines besonders hohen Fachwissens und entsprechender Isolationsmöglichkeiten.

3) Krankenhäuser mit herausragender Fachexpertise in der Pneumologie.

Die große Bedeutung pneumologischer Fachkliniken und entsprechend spezialisierter Abteilungen für die Versorgung der Bevölkerung ist in der Corona-Pandemie deutlich geworden. Die Fachexpertise muss über die Versorgung von Lungenerkrankungen, wie z. B. Lungenentzündungen, Asthma, die in zahlreichen Krankenhäusern vorgenommen wird, hinausgehen.

4) Krankenhäuser, die von der Landeskrankenhausplanungsbehörde als Zentrum ausgewiesen sind.

Diese Krankenhäuser haben einen besonderen von der Landeskrankenhausplanungsbehörde zugewiesenen Versorgungsauftrag.

5) Krankenhäuser mit einem besonders leistungsfähigen, speziellen Versorgungsangebot, die aufgrund ihrer Schwerpunktsetzung eine besonders hohe Fachexpertise, die auch in der überregionalen Notfallversorgung von Bedeutung ist, bieten. Zum aktuellen Zeitpunkt werden Anträge von Krankenhäusern befürwortet, die eine besondere Expertise in der Versorgung von Menschen mit schweren bzw. mehrfachen Behinderungen oder Epilepsie nachweisen. Weitere spezielle Versorgungsangebote können im Landesausschuss für Krankenhausplanung festgelegt werden.

4.9 Erreichbarkeit

<u>1. Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit den Versorgungsangeboten (Leistungsgruppen) „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“</u>

Die wohnortnahe Erreichbarkeit von Krankenhäuser mit (mindestens) einem grundlegenden internistischen und chirurgischen Versorgungsauftrag ist ein zentrales Anliegen der Krankenhausplanung.

Dieses Ziel wird im neuen Krankenhausplan auf zwei Ebenen operationalisiert:

a) Erreichbarkeit von Krankenhäusern innerhalb von 20 PKW-Minuten für mindestens 90% der Einwohner

In jedem Landesteil soll ein Krankenhaus, das mindestens über ein Versorgungsangebot mit den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ verfügt, für mindestens 90% der Einwohner des Landesteils innerhalb von 20 PKW-Fahrzeitminuten erreichbar sein.

b) Abwendung einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung nach den Maßstäben der G-BA-Sicherstellungszuschläge-Regelungen

Ergänzend zum unter a) genannten Planungsziel legt die Krankenhausplanung zur Abwendung einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Krankenhäusern, die mindestens über ein Versorgungsangebot mit den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ verfügen, die Maßstäbe zugrunde, die sich unter Anwendung von 30-PKW-Fahrzeitminuten aus § 3 der Sicherstellungszuschläge-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Fassung vom 24.11.2016, zuletzt geändert am 1. Oktober 2020, BAnz AT 08.12.2020 B3) ergeben.

2. Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit den Versorgungsangeboten (Leistungsgruppen) „Geburten“ und „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“

Auch der Erreichbarkeit von Geburtskliniken und Kinderkliniken kommt in der Krankenhausplanung ein besonderer Stellenwert zu. Zur Abwendung einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Krankenhäusern, die über ein Versorgungsangebot mit der Leistungsgruppe „Geburtsklinik“ und / oder „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ verfügen, gelten deswegen die unter 1 b) genannten Maßstäbe bei Anwendung von 40 PKW-Fahrzeitminuten entsprechend.

3. Erreichbarkeit der weiteren Leistungsangebote

Für alle weiteren Leistungsgruppen wird das Ziel einer angemessen erreichbaren Krankenhausversorgung durch die Festlegung der Planungsebene verwirklicht.

Jeder Leistungsgruppe wird eine der folgenden Planungsebenen zugeordnet: Kreis, Versorgungsgebiet, Regierungsbezirk, Landesteil oder Land.

Planungsziel ist die Vorhaltung mindestens eines Versorgungsangebotes auf der jeweils zugeordneten Planungsebene.

4.10 Regionale Planungsverfahren

Nachdem der neue Krankenhausplan in Kraft getreten ist, werden landesweit die regionalen Planungsverfahren nach § 14 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) zur Verteilung der Versorgungsaufträge der Krankenhäuser durch die Bezirksregierungen initiiert. Regionale Planungsverfahren sind Verwaltungsverfahren zur „praktischen Umsetzung“ des Krankenhausplans.

4.10.1 Ablauf der regionalen Planungsverfahren

Die Krankenhäuser und Landesverbände der Krankenkassen verhandeln über die regionalen Planungskonzepte. Nach der Verhandlungsphase sind die Ergebnisse der zuständigen Bezirksregierung vorzulegen.

Bei der Umsetzung des neuen Krankenhauplans soll in den Regionen das Versorgungsgeschehen als Ganzes in den Blick genommen werden. Dies ermöglicht eine sinnvolle, ganzheitliche Weiterentwicklung der Versorgung und neue Wege bei der Koordination und Aufgabenteilung zwischen den Krankenhäusern. Dieser Ansatz wird für alle Beteiligten aber auch eine Herausforderung darstellen.

Um die regionalen Planungsverfahren zu beschleunigen und transparenter zu gestalten, werden die entsprechenden Verwaltungsverfahren digitalisiert und nach einheitlichen Kriterien strukturiert. Im Sinne von Transparenz und Beteiligung ist mit der letzten Novelle des Krankenhausgestaltungsgesetzes auch eine frühzeitigere Information der

unmittelbar Beteiligten nach § 15 Abs. 1 KHGG vorgegeben worden. Die Kreise und kreisfreien Städte als untere Gesundheitsbehörden werden ebenfalls frühzeitig informiert.

Die Leitung des weiteren Verfahrens nach Abschluss der Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern liegt gemäß § 14 KHGG NRW bei der zuständigen Bezirksregierung. Die Bezirksregierung kann in Abstimmung mit dem Ministerium dabei auch eine externe Moderation in die regionalen Gespräche einbeziehen. Dabei kann sich das Ministerium auch gegen eine Hinzuziehung der Moderatoren entscheiden und diese selbst durchzuführen.

Als nächstes prüft die zuständige Bezirksregierung und berichtet dem, Gesundheitsministerium, welches dann das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich prüft. Danach hört das Ministerium die unmittelbar und mittelbar Beteiligten des Landesausschusses für Krankenhausplanung sowie die betroffenen Krankenhäuser an. Zu den mittelbar Beteiligten zählen z.B. die einzelnen kreisfreien Städte und Kreise, die Kassenärztlichen Vereinigungen und verschiedene Gewerkschaften.

Nach der Anhörung entscheidet das Ministerium abschließend. Dabei erfolgen die Festlegungen für die Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium.

Soll ein Versorgungsauftrag vergeben werden, erlässt die zuständige Bezirksregierung im Anschluss einen Bescheid über die Feststellung des Versorgungsauftrages. Damit gilt das Krankenhaus als Plankrankenhaus. Es erwirbt im Rahmen seines Versorgungsauftrags das Recht, Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln und Behandlungskosten mit den Krankenkassen abzurechnen. Zudem erwirbt es einen Rechtsanspruch auf Investitionskostenförderung des Landes.

4.10.2 Kriterien für die Entscheidungen in den regionalen Planungsverfahren

Damit ein Krankenhaus das gewünschte Versorgungsangebot zugeteilt bekommt, muss das Krankenhaus die vorgegebenen Qualitätsanforderungen für die gewünschte Leistungsgruppe erfüllen (siehe Kapitel „Qualitätsanforderungen“). Die Erfüllung der Mindestanforderungen ist jedoch lediglich bei den neben den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ vorgesehenen weiteren

allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin und der Chirurgie bereits ausreichend für die Erteilung des Versorgungsauftrages (nähere Erläuterungen im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und –prognose und in den Kapiteln zu diesen Leistungsgruppen).

Mit Blick auf alle weiteren Leistungsgruppen ist es in den regionalen Planungsverfahren notwendig, die Zahl der Standorte, die einen Versorgungsauftrag erhalten können, festzulegen. (Diese Notwendigkeit besteht nur dann nicht, wenn ohnehin lediglich ein Standort die Qualitätskriterien erfüllt und die Versorgung übernehmen möchte.) Dazu bestehen vor der Durchführung regionaler Planungsverfahren keine quantitativen behördlichen Vorgaben.

Eine Begrenzung der Zahl der Standorte wird bei spezifischen Leistungsgruppen mit hoher medizinischer Komplexität eine größere Rolle spielen als bei Leistungsgruppen mit geringerer Komplexität.

Aufgreifkriterien für entsprechende Beratungen und Entscheidungen in den regionalen Planungsverfahren sind:

- 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 von mehr Leistungserbringern resultieren.
- Ziel ist dabei stets, eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung mit allen Beteiligten gemeinsam in den regionalen Planungskonzepten sicherzustellen.
- Berücksichtigung der Frage der Erreichbarkeit - Wohnortnähe - in Abhängigkeit vom Spezialisierungsgrad der Leistungsgruppen nach den Vorgaben des Krankenhausplans (siehe Kapitel Erreichbarkeit und Planungsebenen).
- 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) 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 Patientinnen und 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.

Wenn die Zahl der vorzusehenden Standorte anhand dieser Kriterien festgelegt wurde, ist zu prüfen, ob diese Zahl von der Zahl der Krankenhäuser bzw. Standorte überschritten wird, die den Versorgungsauftrag übernehmen wollen und die Mindestqualitätsanforderungen erfüllen. In diesem Fall ist eine Auswahlentscheidung (Bestenauswahl) zu treffen. Dabei sind unter anderem die jeweils definierten Auswahlkriterien und die regionalen Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen (vgl. dazu auch die Ausführungen im Kapitel „Qualitätsanforderungen“).

4.11 Ausbildungsstätten

Gut ausgebildetes Personal ist die Basis für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in den Krankenhäusern. Eine gute Personalausstattung ist für die Krankenhäuser daher essenziell. Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflege, droht in den kommenden Jahren der entscheidende limitierende Faktor in der Versorgung zu werden. Bereits heute können Krankenhäuser freie Stellen häufig nicht besetzen.

Ein wesentlicher Baustein in der Gewinnung von Fachkräften liegt darin, die Ausbildungsaktivitäten in den Gesundheitsfachberufen nach § 2 Nr. 1a KHG noch weiter zu verstärken. Die neue generalistische Pflegeausbildung, die im Jahr 2020 gestartet ist, hat sich erfreulicherweise bereits in ihrem Einführungsjahr als attraktive Ausbildung erwiesen. Die bereits gestiegenen Ausbildungszahlen aus den Vorjahren konnten damit trotz der negativen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Ausbildungsmarkt weiter gesteigert werden.

Dieser erfreuliche Trend in den vergangenen Jahren konnte auch erreicht werden, weil das Land im Jahr 2017 die Bedarfsplanung der einzelnen Ausbildungsplätze durch den flexiblen Aufbau von Ausbildungsplätzen abgelöst hat.

Im Jahr 2017 wurde die Bedarfsplanung der einzelnen Ausbildungsplätze durch den flexiblen Aufbau von Ausbildungsplätzen abgelöst. Dabei wurde keine Obergrenze der Plätze festgelegt. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und des auch künftig steigenden Nachfragedrucks bestand das besondere Anliegen des für Gesundheit zuständige Ministeriums in der Verschlankung des Planungsverfahrens für die Ausbildungsstätten gem. § 2 Nr. 1a KHG. Durch das verschlankte, flexiblere Verfahren werden Ausbildungsbemühungen erleichtert und die – auch kurzfristige – Erhöhung von Ausbildungsplatzkapazitäten an die Erfordernisse wird unterstützt.

Diese Flexibilität hat sich über die letzten Jahre bewährt.

Auf diesem Wege kann die Ausbildungsstätte auch kurzfristig aufsteigende Bedarfe und anwachsende Bewerberzahlen eingehen und somit schneller neue Ausbildungsplätze generieren. Die Zunahme an gut qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen wird begünstigt.

Die Ausbildungsstätten werden im Feststellungsbescheid des Krankenhauses ausgewiesen, jedoch ohne Angabe einer konkreten Platzzahl. Vielmehr erfolgen die Ausweisungen nur mit einem Hinweis auf die staatliche Anerkennung der Ausbildungsstätte für den jeweiligen Gesundheitsfachberuf. Zwingende Obergrenze ist dabei immer die ausgewiesene Anzahl der Ausbildungsplätze der staatlichen Anerkennung. Diese kann erst dann verändert werden, wenn die sächlichen, räumlichen und personellen Voraussetzungen dafür gegeben sind und die erforderliche staatliche Anerkennung für diese Änderung der Kapazitäten vorliegt. Dadurch wird die Ausbildungsqualität gesichert.

Vergütungsfragen werden im Rahmen der maximal zulässigen Ausbildungskapazitäten gemäß der staatlichen Anerkennung im Verfahren nach § 17a KHG zwischen Kostenträgern und den Trägern der Ausbildungsstätten unmittelbar abgestimmt und die tatsächlich besetzten Ausbildungsplätze vergütet. Für die Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann finden dazu die Regelungen des Pflegeberufegesetzes Anwendung.

Die staatliche Anerkennung auf der Ebene der Bezirksregierungen (mit vorheriger dezidierter Prüfung der personellen, sächlichen und räumlichen Voraussetzungen und Festlegung einer abschließenden Platzobergrenze) bleibt davon unberührt.

B Besonderer Teil

5 Planungssystematik

5.1 Systematik, der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Die vorliegende Krankenhausplanung sieht eine differenzierte Planungssystematik nach medizinischen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen vor. Insgesamt gibt es in der somatischen Versorgung 30 Leistungsbereiche und 60 Leistungsgruppen und in der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung 2 Leistungsbereiche und 4 Leistungsgruppen.

5.1.1 Leistungsbereiche

Die Leistungsbereiche bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen. Der Zuschnitt und die Inhalte der Leistungsbereiche orientieren sich an den Gebieten (in einige Fällen auch Facharztkompetenzen oder Zusatz-Weiterbildungen) der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern (im Folgenden: Weiterbildungsordnung).

Die Definition von Leistungsbereichen anhand der Weiterbildungsordnung bringt es mit sich, dass sich das Leistungsspektrum der Leistungsbereiche überlappen kann. Dies ist unter Versorgungsgesichtspunkten auch sachgerecht.

5.1.2 Leistungsgruppen

Innerhalb der Leistungsbereiche werden die zu jedem Bereich gehörende Leistungsgruppen definiert. Die Leistungsgruppen bilden medizinische Leistungen oder Leistungscluster ab.

In der Regel ist eine Leistungsgruppe nur einem Leistungsbereich zugeordnet. In begründeten Ausnahmen können im Krankenhausplan einzelne Leistungsgruppen mehreren Leistungsbereichen zugeordnet sein (mit Blick auf das einzelne Krankenhaus wird in diesem Fall im Feststellungsbescheid festgelegt, welchem Leistungsbereich die Leistungsgruppe zuzuordnen ist).

Die Krankenhäuser erhalten die Versorgungsaufträge über die Ausweisung der jeweiligen Leistungsgruppe im Feststellungbescheid. Wird einem Krankenhaus eine Leistungsgruppe zugewiesen, wird im Feststellungsbescheid auch der Leistungsbereich zugewiesen, zu dem diese Leistungsgruppe gehört.

Der Versorgungsauftrag umfasst die Fallzahl einer Leistungsgruppe inklusive der jeweiligen Schwankungsbreite (vgl. Kapitel „Schwankungsbreiten“), die einem Krankenhaus mit dem Feststellungsbescheid zugewiesen wird.

Die Leistungsgruppen sind in Abhängigkeit vom erforderlichen Steuerungsgrad in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen unterteilt.

Allgemeine Leistungsgruppen

Allgemeine Leistungsgruppen definieren sich über die Inhalte des jeweiligen Gebietes (in einige Fällen auch Facharztkompetenzen oder Zusatz-Weiterbildungen) der Weiterbildungsordnung.

Die Definition von allgemeinen Leistungsgruppen anhand der Weiterbildungsordnung bringt es mit sich, dass sich das Leistungsspektrum der allgemeinen Leistungsgruppen überlappen kann. Dies ist für weite Bereiche der Versorgung auch sachgerecht.

Spezifische Leistungsgruppen

Für bestimmte Versorgungsbereiche ist eine präzisere Steuerung durch eine eindeutige Abgrenzung erforderlich. Dazu werden spezifische Leistungsgruppen definiert.

Spezifische Leistungsgruppen werden überwiegend über den vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen OPS-Katalog mittels OPS-Codes, aber auch über weitere Parameter wie beispielsweise Diagnoseschlüssel gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) oder das Patientenalter definiert. OPS-Kodes werden sowohl auf Dreisteller-Ebene als auch - soweit notwendig - detaillierter über die Vier- bzw. Fünfsteller-Ebene verwendet.

5.1.3 Regelungen im Bereich der Inneren Medizin und der Chirurgie

Die Gebiete „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ nach der Weiterbildungsordnung bilden ein sehr breites Versorgungsspektrum ab. Der bisherige Krankenhausplan hat auch in diesen Bereich ausschließlich auf der Gebietsebene geplant. Krankenhäusern, denen diese beiden Gebiete zugewiesen wurden, wurde damit Zugriff auf etwa zwei Drittel des gesamten Leistungsspektrums eröffnet.

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass eine differenzierte Steuerung in Teilbereichen des Versorgungsspektrums der Inneren Medizin und der Chirurgie erforderlich ist.

Dabei muss allerdings den Besonderheiten dieser Gebiete Rechnung getragen werden, die in der Weiterbildungsordnung trotz ihrer Differenziertheit bis heute ganzheitlich betrachtet werden. Dies geschieht auf folgende Weise:

<u>Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“</u>

Bei den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ handelt es sich jeweils um eine allgemeine Leistungsgruppe, die sich an dem Gebiet „Innere Medizin“ bzw. „Chirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern orientiert. Diese Leistungsgruppen sind den Leistungsbereichen „Allgemeine Innere Medizin“ bzw. „Allgemeine Chirurgie“ zugeordnet.

<u>Weitere allgemeine Leistungsgruppen in der Inneren Medizin und der Chirurgie</u>

Weitere allgemeine Leistungsgruppen in der Inneren Medizin und der Chirurgie orientieren sich an den Facharztkompetenzen „Endokrinologie und Diabetologie“, „Gastroenterologie“, „Nephrologie“, „Rheumatologie“ und „Pneumologie“ aus dem Gebiet „Innere Medizin“ sowie den Facharztkompetenzen „Kinder und Jugendchirurgie“ sowie „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ aus dem Gebiet „Chirurgie“ der Weiterbildungsordnung. Sie sind jeweils einem eigenen Leistungsbereich zugeordnet.

Auf Basis der Weiterbildungsordnung überschneidet sich das Leistungsspektrum der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ stark mit dem Leistungsspektrum der weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in diesem Gebiet.

Die Charakteristik der weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin liegt nicht in erster Linie in der Erbringung von Leistungen, die prinzipiell nicht in allgemeininternistischen Abteilungen erbracht werden können, sondern in einer entsprechenden Schwerpunktbildung gerade mit Blick auf höhere Erkrankungsgrade, Fälle mit Komplikationen und in der damit einhergehenden größeren Erfahrung in dem entsprechenden Bereich.

Dies gilt mit Einschränkungen auch für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Chirurgie.

Spezifische Leistungsgruppen in der Inneren Medizin und der Chirurgie

Daneben gibt es sowohl in der Inneren Medizin als auch in der Chirurgie weitere Leistungsbereiche, denen ausschließlich spezifische Leistungsgruppen zugeordnet sind.

Konsequenzen für den Versorgungsauftrag

Für den Versorgungsauftrag gilt Folgendes: Ist einem Krankenhaus im Feststellungsbescheid die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugewiesen, darf es das gesamte Leistungsspektrum des Gebietes „Innere Medizin“ der Weiterbildungsordnungen erbringen, soweit die betreffenden Leistungen nicht einer spezifischen Leistungsgruppe zugewiesen sind. Dies gilt entsprechend für ein Krankenhaus, dem im Feststellungsbescheid der Leistungsbereich „Allgemeine Chirurgie“ zugewiesen ist.

Leistungen aus den spezifischen Leistungsgruppen darf das Krankenhaus nur erbringen, soweit diese Leistungsgruppen auch im Feststellungsbescheid ausgewiesen sind.

Die Zuweisung der weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin und der Chirurgie begründet also keinen im Vergleich zu den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ bzw. „Allgemeine Chirurgie“ exklusiven Versorgungsauftrag. Sie bedeutet aber den Auftrag zur Bildung eines entsprechenden Versorgungsschwerpunktes. Zugleich schafft die Zuweisung dieser allgemeinen Leistungsgruppen Transparenz für Patienten und einweisende Ärzte über die als Voraussetzung für die Zuweisung nachgewiesenen Qualitätsanforderungen.

5.1.4 Regelungen für die weiteren Leistungsbereiche

Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich aus den zugewiesenen Leistungsgruppen. Ist im Bescheid eine allgemeine Leistungsgruppe zugewiesen worden, darf das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebietes der Weiterbildungsordnung erbracht werden, soweit diese Leistungen nicht einer anderen spezifischen Leistungsgruppe zugewiesen sind. Leistungen aus den spezifischen Leistungsgruppen darf das Krankenhaus nur erbringen, soweit diese Leistungsgruppen auch im Feststellungsbescheid ausgewiesen sind.

5.1.5 Weitere Regelungen für alle Leistungsbereiche

Die Pflicht zur Versorgung in Notfällen bleibt unberührt. Gleiches gilt für Leistungen, die während einer Behandlung notwendig werden.

Bei einer begründeten fachgebietsübergreifenden und/oder einer additiven Versorgung ist eine Leistungserbringung auch dann möglich, wenn eine spezifische Leistungsgruppe nicht im Feststellungsbescheid aufgeführt wird. Eine additive Versorgung liegt dann vor, wenn ein einer spezifischen Leistungsgruppe zugeordneter Eingriff nur einen Begleiteingriff einer komplexeren Operation/Behandlung darstellt.

Gemäß § 16 Abs. 1 Satz 6 KHGG NRW kann der Versorgungsauftrag des Krankenhauses hinsichtlich einzelner Leistungsbereiche oder einzelner Leistungsgruppen eingeschränkt werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung gemäß § 8 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geboten ist.

<u>Hinweis:</u>
Das Vorgehen bei der Fallzuordnung zu den einzelnen Leistungsgruppen im Rahmen der Bedarfsermittlung und –prognose wird in den jeweiligen Kapiteln zur Bedarfsermittlung und Prognose für die somatische und die psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung näher erläutert.

5.2 Besondere Angebote

Für wenige hochspezifische Versorgungsbereiche hat sich aus der fachlichen Diskussion im Landesausschuss für Krankenhausplanung ergeben, dass eine Planung in der Leistungsgruppensystematik derzeit nicht sinnvoll ist.

Dies hängt zum einen damit zusammen, dass eine trennscharfe Abbildung der Bedarfe (noch) nicht möglich bzw. zweckmäßig ist.

Zum anderen handelt es sich um Leistungen, die häufig sektorenübergreifend erbracht werden, z.B. durch ambulante Leistungserbringer am Krankenhaus (Strahlentherapie, Nuklearmedizin) oder in einer engen sektorenübergreifenden Kooperation.

Teils geht es auch um übergreifende Querschnittsaufgaben im Krankenhaus (Infektiologie, Schmerztherapie) oder um hochspezialisierte Versorgungsangebote (Schwerbrandverletzte, Polytraumaversorgung).

Diese spezifischen Leistungen werden deswegen zunächst nicht in Form von Leistungsbereichen oder Leistungsgruppen geplant. Andererseits handelt es sich um medizinische Leistungen, die für die Sicherstellung einiger Leistungsgruppen relevant sind. Sie sind deswegen als Qualitätsanforderung für die Erbringung dieser verwandten Leistungsgruppen aufgeführt. Teilweise werden je nach Leistungsgruppe einzelne Angebote als Mindest- oder Auswahlkriterium am Standort oder in Kooperation vorausgesetzt.

Die Erbringung der 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.

Der vorliegende Krankenhausplan versteht sich als „lernendes System“. Er benennt deswegen mit den besonderen Angeboten ausdrücklich Bereiche, die im Rahmen einer Fortschreibung einer dezidierteren Planung mit konkretisierten Qualitätsanforderungen und einer eigenen Bedarfsbestimmung geplant werden könnten.

5.3 Infektiologie

Die aktuelle COVID-19-Pandemie hat erneut gezeigt, wie bedrohlich Infektionserkrankungen für eine Vielzahl von Menschen, aber auch für die Gesellschaft insgesamt werden können.

In der Pandemie wurde auch deutlich, dass die Bewältigung von Infektionserkrankungen eine Aufgabe ist, an der die Krankenhauslandschaft in ihrer gesamten Breite mitwirken muss. Dabei nehmen die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrer Möglichkeiten und ihrem Versorgungsauftrag unterschiedliche Aufgaben wahr.

Für die Versorgung von schwerkranken COVID-19-Patientinnen und –Patienten hat sich insbesondere die Verfügbarkeit von Intensivbehandlungskapazitäten als ausschlaggebend erwiesen. Bund und Land haben darauf mit Förderprogrammen reagiert, die einen temporären Ausbau der bestehenden Kapazitäten ermöglicht haben. Außerdem wurde über das Register der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und über das landeseigene Register Informationssystem Gefahrenabwehr NRW (IG NRW) ein engmaschiges/tägliches Monitoring der verfügbaren Kapazitäten ermöglicht.

Eine besondere Bedeutung kommt in der COVID-19-Pandemie auch Fachkliniken und Fachabteilungen für Lungenheilkunde zu. Nachdem solche Abteilungen in den vergangenen Jahren nicht Gegenstand der Krankenhausplanung waren, finden sie mit dem vorliegenden Plan auf Basis definierter Qualitätskriterien wieder Berücksichtigung (vgl. Kapitel „Leistungsbereich Pneumologie“).

Unabhängig von den für alle Krankenhäuser bestehenden Aufgaben in der Behandlung von Infektionserkrankungen werden in der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen seit langem spezielle Infektionsbehandlungskapazitäten nach einem gestuften Konzept ausgewiesen.

Das Land hat in diesem Zusammenhang ein Zentrum für Patienten mit hochkontagiösen viralen Infektionen in den bisherigen Krankenhausplan aufgenommen. Diese Planung wird mit dem vorliegenden Krankenhausplan weitergeführt (s. Kapitel „Zentren“). Damit werden auch gesetzliche Vorgaben aus dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), z.B. mit Blick auf die Lungenpest oder an von Mensch zu Mensch übertragbarem hämorrhagischem Fieber (§ 30 IfSG), umgesetzt.

Im Übrigen ist für die Ausweisung von Infektionskapazitäten 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 LZG NRW mit seinem Kompetenzzentrum Infektionsschutz Beteiligte.

Die Ausweisung der Versorgungskapazitäten erfolgt als „davon-Kapazitäten“ auf Basis der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“.

Unabhängig davon bleibt – wie einleitend ausgeführt – eine hochwertige infektiologische Versorgung eine Aufgabe, der sich alle Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrages stellen müssen. Dabei kommt es auf geeignete, an die jeweiligen Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses angepasste Konzepte, aber auch und besonders auf qualifiziertes Personal an.

Soweit der vorliegende Krankenhausplan in den Qualitätsanforderungen von Leistungsgruppen ein besonderes Angebot „Infektiologie“ nennt, kann dieser Anforderung – soweit nicht infektiologische Kapazitäten wie oben ausgeführt ohnehin explizit krankenhausplanerisch 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).

5.4 Qualitätsanforderungen

Die qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung ist sowohl bundes- als auch landesgesetzlich als Ziel der Krankenhausplanung definiert (§ 1 Abs. 1 KHG, § 12 Abs. 2 KHGG NRW; siehe auch Kapitel „Versorgungsanalyse und Versorgungsziele“).

Bereits der Krankenhausplan NRW 2015 hat den Gedanken einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung durchgängig aufgegriffen. Die seitdem gesammelten Erfahrungen haben allerdings gezeigt, dass die dort niedergelegten Qualitätsmaßstäbe, z.B. durch Verweise auf Leitlinien von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, vielfach

noch nicht ausreichend operationalisiert waren, um in den regionalen Planungsverfahren entsprechende Auswahlentscheidungen zu ermöglichen.

Der vorliegende Plan wählt deswegen einen anderen Ansatz, um das Ziel einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu verwirklichen.

5.4.1 (Haftungs-)rechtliche Standards

Zunächst ist zu bedenken, dass an alle Krankenhausbehandlungen (haftungs-)rechtlich der Maßstab des sogenannten Facharztstandards anzulegen ist. Dieser ist dann gewahrt, wenn der Arzt (auch falls er nicht Facharzt ist) diejenigen Maßnahmen ergreift, die ein ausreichend weitergebildeter und gewissenhaft arbeitender Facharzt des jeweiligen Gebietes ergreifen würde. Die Behandlung hat gemäß § 630a Abs. 2 BGB nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Für die Feststellung des allgemein anerkannten fachlichen Standards spielen Leitlinien medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften eine maßgebliche Rolle, ohne jedoch unbesehen mit diesem gleichgesetzt werden zu dürfen (Begründung zum Patientenrechtegesetz, BT-Drucksache 17/10488, BGH VI ZR 382/12a).

5.4.2 Qualitätsorientierte Behandlungsstrukturen

Die im vorangehenden Abschnitt genannten (haftungs-)rechtlichen Vorgaben gelten – unabhängig von den Vorgaben des Krankenhausplans- für die einzelnen im Krankenhaus durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen. Gegenstand der Krankenhausplanung ist hingegen nicht die Planung einzelner Behandlungen. Vielmehr zielt eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf die *strukturelle* Absicherung qualitativer Anforderungen ab. Deswegen haben Kriterien der Strukturqualität für die Krankenhausplanung eine besondere Bedeutung.

Um im Rahmen der Krankenhausplanung wirksam und praktikabel zu sein, müssen Qualitätsanforderungen möglichst eindeutig beschrieben und zugleich ohne unangemessenen bürokratischen Aufwand nachprüfbar sein. Mit diesem Ziel gibt der vorliegende Plan für jede Leistungsgruppen definierte Mindestanforderungen vor und benennt zugleich Kriterien, die im Fall einer Auswahlentscheidung zur Identifikation der leistungsfähigeren Standorte beitragen können.

Die jeweils definierten Kriterien wurden in den Arbeitsgruppen des Landesausschusses für Krankenhausplanung auf Basis der allgemein anerkannten fachlichen Standards unter Berücksichtigung der durchgeführten Anhörung von Fachgesellschaften erarbeitet.

5.4.3 Mindest- und Auswahlkriterien

Für die Leistungsgruppen sind dabei je Anforderungsbereich Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien festgelegt.

Mindestvoraussetzungen legen die Anforderungen fest, die ein Krankenhaus bzw. Standort mindestens erfüllen muss, um einen Versorgungsauftrag für die gewünschte Leistungsgruppe erhalten zu können.

Wenn in einem regionalen Planungsverfahren die Zahl der auf Basis der Mindestanforderungen geeigneten Krankenhausstandorte die Zahl der zur bedarfsgerechten Versorgung erforderlichen Standorte übersteigt (vgl. Kapitel „Regionale Planungsverfahren“), ist eine Auswahlentscheidung im Sinne der Bestenauslese zu treffen.

Bei dieser 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.

Dabei kann es von Bedeutung sein, ob ein Krankenhausstandort die festgelegten Mindestanforderungen (z.B. bei der personellen Ausstattung) in einer Weise *über*erfüllt, die eine nachhaltigere und höhere Versorgungsqualität erwarten lässt als bei lediglich exakter Erfüllung der Mindestanforderungen.

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.

Bei der Auswahlentscheidung sind ggf. auch weitere Aspekte zu berücksichtigen, die für oder gegen eine besondere Leistungsfähigkeit der in Frage kommenden Krankenhausstandorte sprechen. Schließlich sind auch Wechselwirkungen der auf eine

einzelne Leistungsgruppe bezogenen Auswahlentscheidung auf die regionale Versorgungsstruktur in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen.

5.4.4 Erfüllung von Anforderungen am Standort oder in Kooperation

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:

1. 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 radiologische, strahlentherapeutische, nephrologische, hämato-onkologische oder physiotherapeutische 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 eingehalten werden, wie bei der Vorhaltung des Qualitätskriteriums im eigenen Krankenhaus. 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 zu Kooperations-/Leistungsort und -inhalt, Angaben zur zeitlichen Verfügbarkeit des jeweiligen Qualitätskriteriums sowie Angaben zur Kooperationsdauer).

Der krankenhausplanerische 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 (zum Beispiel die Teleradiologie).

Wenn die Versorgung im Rahmen von Kooperationen für die betreffenden Patientinnen und 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.

5.4.5 Kategorien

Grundsätzlich sind für die einzelnen Leistungsgruppen Qualitätsvorgaben in vier Anforderungsbereichen festgelegt:

1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen
2. Vorhaltung von Geräten
3. Fachärztliche Vorgaben
4. Sonstige Struktur- und Prozesskriterien

<u>Erbringung verwandter Leistungsgruppen:</u>

Die Erbringung von Leistungsbereichen und -gruppen bzw. besonderer Angebote ermöglicht es, den Patienten mit seinem Leiden mit umfassender Fachexpertise und möglichst ganzheitlich behandeln zu können. Die vorzuhaltenden Leistungsbereiche und –gruppen sowie die besonderen Angebote umfassen daher verwandte und sich ergänzende medizinische Leistungen.

Vorhaltung von Geräten

Je Leistungsgruppen sind vorzuhaltende Geräte festgelegt. Diese sind am Standort vorzuhalten, soweit nicht ausdrücklich eine Vorhaltung in Kooperation genannt ist. Wenn die geforderte zeitliche Verfügbarkeit über den Regeldienst hinausgeht, ist dies gesondert angegeben.

Fachärztliche Vorgaben

Die fachärztlichen Vorgaben unterteilen sich in die Anforderungsbereiche „Qualifikation“ und „Verfügbarkeit“ des fachärztlichen Personals.

- Qualifikation:

  Die Qualifikationen richten sich nach den Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Dabei sind die geforderten Qualifikationen jeweils auf Basis der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Krankenhausplans gültigen Weiterbildungsordnungen angegeben. Qualifikationen auf Basis früherer Weiterbildungsordnungen sind nach Beurteilung durch die jeweils zuständige Ärztekammer entsprechend anzuerkennen.

- Verfügbarkeit:

  Die Verfügbarkeit des fachärztlichen Personals wird in Form von Vollzeitäquivalenten (VZÄ) angegeben. Grundlage für Anforderungen an die Verfügbarkeit ist die Gewährleistung mindestens einer ganzjährigen fachärztlichen Rufbereitschaft über 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche.

  Damit wird sichergestellt, dass auch nachts und am Wochenende ein Facharzt des erforderlichen Gebietes mindestens im Rahmen der Rufbereitschaft zur Behandlung der Patienten hinzugezogen werden kann.

  Diese Anforderung ist strukturell unterhalb einer Verfügbarkeit von drei Vollzeitäquivalenten nicht ganzjährig zu gewährleisten. Deswegen gilt für die meisten Leistungsgruppen die Mindestforderung nach drei Fachärzten (VZÄ).

  Für wenige Leistungsgruppen wird aufgrund besonderer Anforderungen an die fachärztliche Präsenz eine höhere Zahl von Fachärzten gefordert.

Außerdem werden für einige Leistungsgruppen ergänzende fachärztliche Qualifikationen (dann meist mit geringeren Anforderungen an die Verfügbarkeit) genannt, die im Sinne von Mindest- oder Auswahlanforderungen vorzuhalten sind.

Es ist zu berücksichtigen, dass sich Anforderungen an die Qualifikation und Verfügbarkeit von Fachärzten auch bereits aus der Forderung nach der Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen ergeben können.

Die Erfüllung der genannten Anforderungen ist 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.

Die Verfügbarkeitsvorgaben des Krankenhausplans zielen auf eine strukturell verlässliche Absicherung der fachärztlichen Rufbereitschaft und für wenige Leistungsgruppen auch auf darüberhinausgehende Mindestverfügbarkeitserfordernisse ab. Sie dürfen deswegen nicht mit einer leistungsvolumenbezogenen Personalbemessung gleichgesetzt werden. Es liegt unabhängig von den Vorgaben des Krankenhausplans zur fachärztlichen Verfügbarkeit auch weiterhin in der Verantwortung der einzelnen Krankenhäuser, für eine dem jeweiligen Leistungsspektrum und –umfang entsprechende Verfügbarkeit von hinreichend qualifizierten (Fach-)Ärzten Sorge zu tragen.

Auswirkungen der neuen Krankenhausplanung im Bereich der Weiterbildung

Die Leistungsgruppensystematik des vorliegenden Krankenhausplans hat auch Auswirkungen für die ärztliche Weiterbildung. Der Krankenhausplan wirkt über die differenzierte Zuweisung von Leistungsaufträgen darauf hin, dass Krankenhäuser für diejenigen Leistungen, die sie erbringen, auch über die notwendige Expertise und Erfahrung verfügen.

Das kommt zuallererst den betroffenen Patienten zugute. Zugleich wirkt es sich jedoch auch positiv auf die Qualität der ärztlichen Weiterbildung im jeweiligen Versorgungsspektrum des Krankenhauses aus. Allerdings ergibt sich daraus auch, dass nicht jedes Krankenhaus das volle Spektrum der in der Weiterbildung zu erwerbenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vermitteln kann. Dies war auch bisher schon nicht der Fall.

Die neue Krankenhausplanung schafft darüber für Krankenhäuser und weiterzubildende Ärzte mehr Transparenz. Dies sollte von den Krankenhäusern als Ausgangspunkt für standort- und trägerübergreifende Kooperationsvereinbarungen zur ärztlichen Weiterbildung genutzt werden. Krankenhäuser, denen spezialisierte Leistungsgruppen zugewiesen werden, haben hier eine besondere Verantwortung.

Diese Gesichtspunkte können in jeweils spezifischer Weise auch für die Aus- und Weiterbildung der weiteren Berufsgruppen im Gesundheitswesen von Bedeutung sein. Sie sind nach Möglichkeit bereits in den regionalen Planungsverfahren aufzugreifen.

Das Land wird die Entwicklung in diesem Bereich sorgfältig beobachten und im Bedarfsfall konkretisierende Vorgaben zu der im Krankenhausgestaltungsgesetz (§ 1 Abs. 4 KHGG NRW) normierten Weiterbildungs- und Mitwirkungspflichten erlassen.

Sonstige Struktur- und Prozesskriterien

Die sonstigen Struktur- und Prozesskriterien beschreiben weitere bundesrechtliche oder landeseigene Qualitätsvorgaben. Teilweise sind diese Vorgaben am Standort und in Kooperation zu erbringen.

- Land:

  Auf Landesebene sind beispielsweise interdisziplinäre Tumorkonferenzen oder die regelmäßige erfolgreiche (Re-) Zertifizierung als Brustzentrum durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe umfasst.

- Bund:

  Hier sind besonders die personellen Vorgaben gemäß der 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) zu nennen.

  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.

Außerdem gehören zu diesem Bereich weitere G-BA-Richtlinien oder – Beschlüsse.

Sofern auf G-BA- Richtlinien oder Beschlüsse oder auf weitere bundesrechtliche Regelungen Bezug genommen wird, gelten die dort explizit benannten Fassungen. Änderungen oder Anpassungen werden nicht automatisch, sondern erst nach entsprechender Fortschreibung in den Krankenhausplan übernommen.

5.5 Besondere Regelungen

Für Fachkliniken und Belegabteilungen gelten in Teilen abweichende Vorgaben, die in den jeweiligen Kapiteln zu Fachkliniken und Belegabteilungen erläutert sind.

In einem Flächenland wie Nordrhein-Westfalen müssen sich die Menschen auf eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige und ihrem Bedarf entsprechende Gesundheitsversorgung verlassen können.

Zentrale Ziele einer aktiven Krankenhausplanung in NRW sind daher der Erhalt bedarfsnotwendiger Standorte sowie die Stärkung und medizinisch-inhaltliche Weiterentwicklung von Standorten zur Sicherung der Daseinsvorsorge. Die neue Krankenhausplanung mit ihrer Planung nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen ist vor diesem Hintergrund als „lernendes System“ angelegt.

Daher ist es notwendig, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Einzelfall Ausnahmen von der Anwendung der Mindestvoraussetzungen in einzelnen Leistungsgruppen oder von Vorgaben in anderen Kapiteln des Krankenhausplans zulässt und einen Versorgungauftrag auch erteilen kann, 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 durch die Anwendung der neuen Krankenhausplanung gefährdet wäre.

6 Bedarfsermittlung und –prognose Somatik

6.1 Methodik

Der Bedarfsermittlung und -prognose kommt im Rahmen der Krankenhausplanung eine besondere Bedeutung zu. Insbesondere neue Verfahren müssen transparent und nachvollziehbar vorgestellt sowie eingeführt werden. Die folgenden Ausführungen dienen der transparenten Aufbereitung und Darstellung sowie der Stärkung des Verständnisses für den Ansatz der Bedarfsermittlung und –prognose, der im neuen Krankenhausplan NRW zur Anwendung kommt.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, müssen zunächst zum einheitlichen Verständnis die wichtigsten Begriffe definiert werden. Außerdem werden die für die Begriffe „Bedarf“, „Bedarfsermittlung“ und „Bedarfsprognose“ relevanten Kennzahlen eingeführt. Darüber hinaus wird die Dynamik der auf die Entwicklung des Bedarfs wirkenden Einflussfaktoren skizziert. Unterkapitel 6.2 stellt dann die Datengrundlage für die Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose ausführlich dar. Anschließend wird im Unterkapitel 6.3 der Algorithmus zur Bedarfsermittlung vorgestellt. Unterkapitel 6.4 enthält schließlich den Algorithmus zur Bedarfsprognose auf Fallebene.

Für eine ausführliche Begründung für die Abweichung von der traditionellen Methodik zur Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose bzw. Bedarfsfortschreibung, d.h. Anwendung der Hill-Burton-Formel, wird auf das Gutachten zur Krankenhauslandschaft NRW und die Fachliteratur verwiesen (z.B. Geissler und Busse 2015; MAGS 2019; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2018; Vogel et al. 2020)

6.1.1 Definition „Bedarf“ und Formulierung relevanter Kennzahlen

Grundsätzlich und der bisherigen Rechtsprechung folgend wird der stationäre Versorgungsbedarf aus der aktuellen bzw. zuletzt beobachtbaren Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen abgeleitet. Dementsprechend wird im vorliegenden Ansatz „Bedarf“ durch drei verschiedene Kennzahlen je geographischem und medizinischem Gebiet beschrieben: der stationären Fallzahl (FZ) und den Belegtagen (BT).

Die durchschnittliche Verweildauer (VWD) ist durch den Quotienten der BT und der FZ gegeben:

$$VWD = {}^{BT}/_{FZ} \tag{1}$$

Die durchschnittliche VWD ist nicht direkt bedarfsrelevant, d.h. sie wird nicht Teil des Feststellungsbescheids (FSB) eines Krankenhauses (KH) sein.

Da die FZ eines Falls i im Basisjahr gleich 1 ist[2,3], ist die VWD eines Falls i gleich der BT des Falls i.

$$VWD_i = {}^{BT_i}/_{FZ_i} = {}^{BT_i}/_{1} = BT_i \tag{2}$$

Der Bedarf einer Leistungsgruppe (LG) kann also wie folgt berechnet werden. Die FZ einer LG ist durch die Summe der einer LG zugeordneten Fälle gegeben:

$$\sum_{i_{LG}}^{I_{LG}} FZ_i = FZ_{LG} \tag{3}$$

Die Summe der jeweiligen VWD aller Fälle einer LG ist schließlich gleich der BT dieser LG:

$$\sum_{i_{LG}}^{I_{LG}} VWD_i = BT_{LG} \tag{4}$$

bzw. durch einsetzen von (2):

$$\sum_{i_{LG}}^{I_{LG}} BT_i = BT_{LG} \tag{5}$$

Gemäß dem Ansatz einer leistungs- und bedarfsorientierten Krankenhausplanung und auf Grundlage des KHGG NRW soll im FSB eines KH die FZ je LG ausgewiesen werden.

---

[2] Im Basisjahr ist die FZ eines Falls logischerweise immer gleich 1. Durch die Einflussfaktoren *demografische Entwicklung* und *Ambulantisierung* kann ein Fall in der Zukunft jedoch auch Werte kleiner 1 (aber größer 0) und größer 1 annehmen. Siehe hierzu die Ausführungen am Ende dieses Unterkapitels.

[3] Wenn im Folgenden von „Fall“, „Fällen“ oder FZ gesprochen wird, sind immer (teil-)stationäre Behandlungsfälle gemeint, d.h. im Krankenhaus versorgte Patienten, die mindestens einen Tag im Krankenhaus verweilen.

Außerdem soll nachrichtlich die Bettenzahl je LB und LG angegeben werden. Die Bettenzahl berechnet sich aus dem Quotienten der BT und der Kapazität je Bett. Die Kapazität je Bett ist durch die Tage pro Jahr[4] und einer je LG zu definierenden Soll-Bettenauslastung BA gegeben[5]:

$$Anzahl\ Betten_{LG} = {}^{BT_{LG}}/_{(365 \cdot BA_{LG})} \tag{6}$$

Alternativ kann auch die kalkulatorische Anzahl an Betten eines Falls einer LG i_{LG} berechnet werden. Die Anzahl der Betten einer LG ist dann durch die Summe aller kalkulatorischen Betten aller Fälle einer LG gegeben:

$$Anzahl\ Betten_{i_{LG}} = {}^{BT_i}/_{(365 \cdot BA_{LG})} \tag{7}$$

und

$$Anzahl\ Betten_{LG} = \sum_{i_{LG}}^{I_{LG}} Anzahl\ Betten_{i_{LG}} \tag{8}$$

Die oben ausgeführten Berechnungen gelten genauso für alle anderen medizinischen Aggregationsebenen (z.B., wenn Fachabteilungen (FAB) bzw. LB herangezogen werden sollen) und können um eine geographische Ebene, d.h. Bundesland (NRW), Landesteil (LT), Regierungsbezirk (RB), Versorgungsgebiet (VG), Landkreis (LK) oder ggf. auch Ebene der PLZ-Gebiete, erweitert werden. Außerdem wird der Bedarf immer für ein bestimmtes Jahr ermittelt bzw. berechnet.

<u>Besonderheit auf den Gebieten Innere Medizin und in der Chirurgie</u>

In der Inneren Medizin gibt es neben der allgemeinen Leistungsgruppe (LG) „Allgemeine Innere Medizin“ fünf weitere allgemeine LG („Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“, „Komplexe Gastroenterologie“, „Komplexe Nephrologie“, „Komplexe Pneumologie“ und „Komplexe Rheumatologie“). In der Chirurgie gibt es neben der allgemeinen LG „Allgemeine Chirurgie“ zwei weitere allgemeine LG („Plastische und rekonstruktive Chirurgie“ und „Kinderchirurgie“).

Für diese allgemeinen LG ist eine verlässliche Bestimmung der Inanspruchnahme im Jahr 2019 nicht möglich. Als Ergebnis der Rahmenplanung sind diese Bereiche seit

[4] In Schaltjahren sind 366 anstatt 365 Tage anzusetzen.
[5] Die Soll-Bettenauslastung je LG wird analog zur Bestimmung der Bettennutzungsgrade im Krankenhausplan NRW 2015 festgelegt.

Jahren nicht mehr im Krankenhausplan ausgewiesen worden. Dementsprechend hat sich in den Krankenhäusern eine sehr heterogene Praxis mit Blick auf die Kodierung der Fachabteilungsschlüssel entwickelt. Es ist davon auszugehen, dass ein relevanter Teil der diesen LG zuzuordnenden Fälle in den vergangenen Jahren lediglich mit dem Fachabteilungsschlüssel „Innere Medizin“ oder „Chirurgie“ erfolgt ist. Erst mit Etablierung des neuen Krankenhausplans wird sich in den nächsten Jahren eine stringentere Anwendung der Fachabteilungsschlüssel ergeben.

Eine zweite Besonderheit ergibt sich daraus, dass sich das Leistungsspektrum der LG „Allgemeine Innere Medizin“ mit dem Leistungsspektrum der weiteren allgemeinen LG in diesem Gebiet auf Basis der Weiterbildungsordnungen stark überschneidet. Die Charakteristik der weiteren allgemeinen LG in der Inneren Medizin liegt nicht in erster Linie in der Erbringung von Leistungen, die prinzipiell nicht in allgemeininternistischen Abteilungen erbracht werden können, sondern in einer entsprechenden Schwerpunktbildung gerade mit Blick auf höhere Erkrankungsgrade, Fälle mit Komplikationen und in der damit einhergehenden größeren Erfahrung in dem entsprechenden Bereich. Dies gilt mit Einschränkungen auch für die weiteren allgemeinen LG in der Chirurgie.

Deswegen gelten für die weiteren allgemeinen LG in der Inneren Medizin und der Chirurgie folgende Besonderheiten:

In der Inneren Medizin und in der Chirurgie werden sämtliche Fälle, die nicht in einer spezifischen LG enthalten sind, allein den allgemeinen LG „Allgemeine Innere Medizin“ bzw. „Allgemeine Chirurgie“ zugeordnet. Diese beiden LG enthalten damit als Teilmenge die Fälle der oben genannten weiteren allgemeinen LG (Facharztkompetenzen) in der Inneren Medizin und der Chirurgie.

Der Bedarf für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin und der Chirurgie wird als nicht quantifizierte Teilmenge des Bedarfs der Leistungsgruppen "Allgemeine Innere Medizin" bzw. "Allgemeine Chirurgie" ausgewiesen.

Wer den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppen "Allgemeine Innere Medizin" bzw. "Allgemeine Chirurgie" hat, kann auch ohne Zuweisung weiterer allgemeiner Leistungsgruppen deren Leistungsinhalte erbringen (keine Exklusivität).

Jeder Krankenhausstandort, der die Mindestvoraussetzungen erfüllt, erhält (wenn es beantragt wird) den Versorgungsauftrag für die entsprechenden weiteren allgemeinen Leistungsgruppen. Damit ist der Auftrag verbunden, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu bilden.

Besonderheit in den LG „Geriatrie“ und „Palliativmedizin“

Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter steigen. Deshalb wird in der Geriatrie eine Reduktion der Leistungserbringer nicht angestrebt.

Bei der Bedarfsbestimmung werden die derzeit außerhalb von geriatrischen Fachabteilungen erbrachten Fälle mit dem OPS-8-550 deswegen ausdrücklich mit einbezogen. Voraussetzung für die Erteilung des geriatrischen Versorgungsauftrages bleibt die Erfüllung der Mindestkriterien der LG „Geriatrie“.

Die Planung erfolgt mittels einer spezifischen LG Geriatrie auf Basis des OPS-8-550. Geriatrische Leistungen außerhalb des OPS 8-550 können sowohl von Standorten mit der LG Geriatrie als auch von Standorten mit den LG „Allgemeine Innere Medizin“, LG „Allgemeine Chirurgie“ oder LG „Neurologie“ erbracht werden (nicht abschließende Aufzählung).

Eine ähnliche Konstellation besteht bei der LG „Palliativmedizin“. Nähere Erläuterungen finden sich in den Kapiteln zu den LG „Geriatrie“ und „Palliativmedizin“.

6.1.2 Definition „Bedarfsermittlung“ und „Bedarfsprognose“

Im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplans NRW wurde das Basisjahr für die Bedarfsermittlung mit 2019 festgelegt. „Bedarfsermittlung“ meint also die Feststellung des Bedarfs im festgelegten Basisjahr 2019 je LB, LG und Versorgungsgebiet (VG). Je nach LB bzw. LG können auch andere geographische Gebiete wie NRW, Landesteil (LT), Regierungsbezirk (RB) oder Kreis bzw. kreisfreie Stadt (LK) herangezogen werden. Somit muss jeder in einem KH NRWs behandelte bzw. abgerechnete Fall aus 2019 sowohl einem LB als auch einer LG eindeutig zugeordnet werden (zum Umgang mit Ausnahmen für reifgeborene Kinder und für Fälle ohne Zuordnungsmöglichkeit siehe die Erläuterungen in den folgenden Abschnitten). Die Bedarfsermittlung bildet das IST des Versorgungsbedarfs je LB und LG ab und stellt somit die Grundlage für die Fortschreibung des Bedarfs, d.h. der Bedarfsprognose, dar.

Durch die „Bedarfsprognose“ soll folglich approximiert und ermittelt werden, wie hoch der zukünftige Bedarf je LB bzw. LG und VG ist. Da die Bedarfsermittlung und –prognose angesichts der noch nicht einschätzbaren Effekte der Corona-Pandemie und möglichen Folgen von Entscheidungen auf Bundesebene (neuer AOP-Katalog, ggf. Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgungsansätze) mit Unsicherheiten verbunden ist, wird spätestens für das Jahr 2024 eine Neuberechnung geplant. Die Prognosewerte werden deswegen nur bis zu diesem Jahr in den Rahmenplan aufgenommen. Es erfolgt demnach eine Fortschreibung der oben ausgeführten Kennzahlen bis zum Zieljahr 2024 unter Angabe der Ergebnisse aller Jahre zwischen 2019 und 2024.

6.1.3 Erläuterung der Dynamik relevanter Einflussfaktoren auf die Bedarfsentwicklung

Die Entwicklung des Bedarfs unterliegt einer Reihe an Einflussfaktoren. Hiervon werden die folgenden drei Faktoren quantitativ berücksichtigt:

- Demografische Entwicklung
- Ambulantisierung
- Verweildauertrend

Diese ersten beiden Faktoren haben den größten Einfluss auf die Entwicklung der FZ. Der Verweildauertrend ist für die nachrichtlich auszuweisenden Bettenzahlen relevant. Für alle drei Faktoren gilt, dass sie sich quantitativ sehr gut abbilden lassen. Das genaue algorithmische Vorgehen hierzu wird im Unterkapitel 6.4 ausgeführt. An dieser Stelle wird zur besseren Verständlichkeit der Bedarfsprognose und des entwickelten Algorithmus die Dynamik je Faktor vereinfacht ausgeführt[6].

Der Bevölkerungsprognose des Landes NRW folgend, zeigt die demografische Entwicklung ein deutliches Älterwerden der Bevölkerung. In Zukunft gibt es aufgrund des Alterungsprozesses geburtenstarker Jahrgänge immer mehr alte Menschen und zusätzlich leben Menschen immer länger. Folglich steigt die Summe der Menschen in höheren Altersgruppen und somit der relative Anteil dieser Altersgruppen (v.a. älter als 60 Jahre) an der Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig nimmt der relative Anteil der

[6] Die folgenden Ausführungen zur Dynamik der drei quantitativ berücksichtigten Faktoren sind vereinfacht und kurz dargestellt. Für eine ausführliche Diskussion der Dynamiken wird auf das Gutachten und die Fachliteratur verwiesen (MAGS 2019; SVR 2018; Vogel et al. 2020).

Bevölkerung jünger als 60 Jahre ab. Die Altersgruppen älter als 60 Jahre machen den Großteil der FZ der meisten LG aus. Also steigen durch die demografische Entwicklung tendenziell die FZ dieser LG. Eine ähnliche Dynamik auf FZ-Ebene gilt auch für LG jüngerer Patienten wie der LB Kinder- und Jugendmedizin und der LB Kinderchirurgie. In den Jahren 2015 bis 2019 sind höhere Geburtenraten beobachtet worden, was sich entsprechend auf den pädiatrischen Versorgungsbedarf in Zukunft auswirkt. Tendenziell bedeutet ein Älterwerden der Bevölkerung außerdem, dass immer mehr ältere Patienten, die zunehmend multimorbide sind und an schweren Erkrankungen (wie z.B. Krebs) leiden, im Krankenhaus behandelt werden. Folglich führt dies in einer ceteris paribus Betrachtung in Zukunft tendenziell auch zu einer durchschnittlich längeren VWD und folglich zu einer höheren Summe an BT. Schließlich ist die demografische Entwicklung für verschiedene Regionen unterschiedlich. So wächst die (junge) Bevölkerung tendenziell in urbanen Räumen und schrumpft vor allem in ländlicheren Gebieten.

Zur Veranschaulichung der unterschiedlichen Bevölkerungsentwicklung je Altersgruppe soll Abbildung 1 dienen. Diese Abbildung zeigt die Verteilung der Bevölkerung nach Alterskategorien sowie das relative Wachstum je Alterskategorie von 2019 bis 2030.

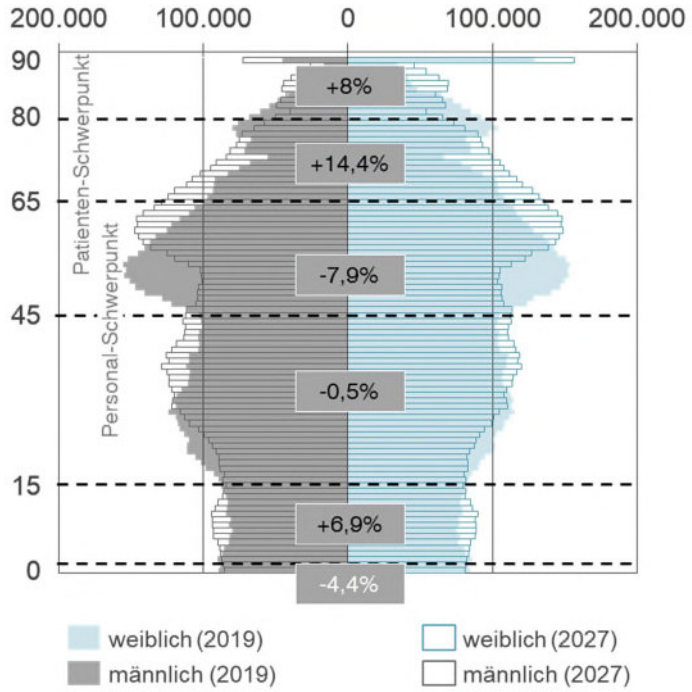


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide NRW 2019 vs. 2030
Quelle: Bevölkerungsprognose des Ministeriums für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie des Landes NRW.

So wächst die Gruppe der 65- bis 80-Jährigen sehr stark (+14,4%), die Gruppe der über 80-Jährigen ebenfalls (+8,0%) sowie die Gruppe der Kinder und Jugendlichen von 1 bis 15 Jahre (+6,9%). Alle anderen Bevölkerungsgruppen schrumpfen.

Die Ambulantisierung führt hinsichtlich der FZ zu einem gegenläufigen Trend: Viele Eingriffe oder Behandlungen, die bisher einen kurzen stationären Krankenhausaufenthalt von z.B. ein bis drei Tagen nach sich gezogen haben, werden aufgrund verschiedener Entwicklungen keine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus mehr verursachen. Gründe hierfür sind u.a. der medizinische Fortschritt und die Einführung neuer Behandlungsmethoden, eine steigende Patientennachfrage für ambulante Behandlungen/Operationen und die zukünftige Entwicklung der Abrechnung bzw. Durchsetzung von Abrechnungssanktionen. Durch die Ambulantisierung sinken die FZ und BT. Da hiervon jedoch nahezu ausschließlich niedrigkomplexe Fälle mit kurzer VWD betroffen sind, führt die Ambulantisierung ceteris-paribus zur Steigerung der durchschnittlichen VWD der verbleibenden stationären Fälle.

Historisch kann ein negativer Verweildauertrend beobachtet werden. Beispielsweise ist die durchschnittliche VWD über alle Fälle Deutschlands zwischen 2010 und 2019 jedes Jahr um -1,5 % gesunken, nämlich von 6,83 Tagen im Jahre 2010 auf 5,98 Tage im Jahre 2019 (Grundlage ist die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes 2010-2019, Destatis 2020). Dies ist nicht überraschend, da v.a. neue Behandlungsmethoden sowie die durch das Abrechnungssystem gesetzten Anreize zu einer kontinuierlichen Verweildauerreduzierung führen. Wenn Verweildauertrends auf detaillierter medizinischer Ebene, z.B. nach LB bzw. LG, analysiert werden, kann eine relativ hohe Varianz festgestellt werden. Die durchschnittliche VWD sinkt also nicht für alle Fälle gleich stark. Häufig wird für komplexe Leistungen beispielsweise eine insgesamt eher konstante, d.h. zwischen den Jahren nur leicht schwankende, VWD festgestellt.

Für einige ausgewählte Leistungsgruppen kann auch ein steigender VWD-Trend beobachtet werden. In der Regel wird dieser Trend durch historisch erfolgte Ambulantisierung oder eine signifikante demografische Verschiebung (mehr Fälle höheren Alters impliziert tendenziell auch eine höhere VWD) verursacht. Beide Faktoren werden in der Prognose (siehe spätere Ausführungen in Unterkapitel 6.4.3.4) berücksichtigt, so dass ein primär durch diese Faktoren getriebener Trend nicht separat berücksichtigt werden muss. Abgesehen davon zeigt sich jedoch für einzelne, in der Regel fallzahlschwache, Leistungsgruppen historisch steigende Verweildauern. In diesen

Einzelfällen ist jeweils zu bewerten, ob dieser VWD-Anstieg aufgrund von komplexer werdenden Verfahren induziert sein kann. Für diesen Fall sollten auch positive zukünftige Verweildauertrends zugelassen werden.

Daraus folgt, dass einerseits zwar der beobachtbare Verweildauertrend in eine Bedarfsprognose berücksichtigt werden sollte, andererseits dies jedoch auf einer ausreichenden Detailebene vorgenommen werden muss. So werden bestimmte medizinische Merkmale einer Fallgruppe, die Auswirkung auf die VWD haben, bei der Trendfortschreibung berücksichtigt. Die Berücksichtigung des historischen Verweildauertrends führt schließlich für bestimmte Fallgruppen zu einer niedrigeren durchschnittlichen VWD und somit zu einer insgesamt niedrigeren Anzahl an BT. Auf die FZ hat der Verweildauertrend keine Auswirkungen.

Zu beachten ist, dass die von 2010 bis 2019 stattgefundene Ambulantisierung und die demografische Entwicklung im selben Zeitraum zu einer höheren durchschnittlichen VWD geführt haben. Die um diese Effekte bereinigte durchschnittliche VWD aller Fälle Deutschlands im Jahre 2019 wäre gegenüber 2010 also eigentlich noch stärker gesunken. Verweildauertrends auf Ebene von LB oder LG berücksichtigen zumindest den gegenläufigen Effekt der Ambulantisierung insofern besser, als dass nicht alle Fallgruppen von Ambulantisierung betroffen sind und dort der steigernde Effekt der Ambulantisierung auf die durchschnittliche VWD also ausbleibt. Insgesamt ist aber bei Berücksichtigung des Verweildauertrends auch auf detaillierter medizinischer Ebene von einer geringen Unterschätzung des Trends auszugehen. In einer erneuten Berechnung in 2024 kann dieser Trend aktualisiert werden. Daher wird aktuell lediglich der „netto-“ Verweildauertrend, also inklusive der gegenläufigen Effekte anderer Faktoren, in der Prognose kalkulatorisch berücksichtigt.

Abschließend sei erwähnt, dass es sich bei den obigen Ausführungen zur Dynamik der Trends um eine verkürzte und vereinfachte Darstellung handelt. Für eine vertiefende Ausführung wird auf das Gutachten zur Krankenhauslandschaft NRW und die Fachliteratur verwiesen (MAGS 2019; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2018; Vogel et al. 2020). Im Übrigen wurde oben die Dynamik je Faktor isoliert betrachtet. Tatsächlich wirken die verschiedenen Faktoren jedoch einander entgegen, wie bereits die eben skizzierte Diskussion des Verweildauertrends zeigt. Auch auf die FZ einer LG können die Faktoren gegensätzlich wirken. Beispielsweise steigt die FZ einer LG aufgrund des demografischen Effekts, sinkt

aber gleichzeitig aufgrund der Ambulantisierung. Die schließlich berechneten und angegebenen Kennzahlen berücksichtigen immer die Auswirkungen aller Faktoren und weisen somit den „Netto-“ Bedarf der LB bzw. der LG aus.

Der zur Bedarfsprognose entwickelte Algorithmus bildet die oben beschriebenen Faktoren natürlich sehr viel detaillierter als zuvor skizziert ab. So soll die Dynamik der verschiedenen Faktoren so korrekt und realitätsgetreu wie möglich modelliert werden. Eine detaillierte Erklärung des Algorithmus folgt in Unterkapitel 6.4.3.6.

Weitere Faktoren, die Einfluss auf den zukünftigen Bedarf haben könnten, sind quantitativ nur äußerst schwierig zu berücksichtigen. Solche Faktoren umfassen Entwicklungen wie den medizinisch-technischen Fortschritt, kurzfristig erfolgende Zu- oder Abwanderung der Bevölkerung, Änderungen in den rechtlichen Rahmenbedingungen wie z.B. der Vergütung oder auch höhere oder niedrigere Geburtenraten als anfangs angenommen. Diese Faktoren werden im Gutachten und in der Fachliteratur ausführlich qualitativ diskutiert (z.B. Bouckaert et al. 2018; MAGS 2019; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2014, 2018), finden jedoch keine direkte Berücksichtigung im hier vorgestellten Algorithmus. Gleichzeitig ist z.B. die Wirkung des medizinisch-technischen Fortschritts in den Faktoren Ambulantisierung und Verweildauertrend zumindest indirekt berücksichtigt.

Zudem wird keine VWD-Normalisierung, d.h. Anpassung der durchschnittlichen VWD je LG bzw. je Basis-DRG auf den Durchschnitt Deutschlands ohne NRW, vorgenommen. Rein algorithmisch wäre eine solche Anpassung der VWD möglich. Der dem DRG-System immanente Anreiz zur kontinuierlichen Überwachung und Verkürzung der VWD spricht jedoch gegen eine angebotsinduzierte, medizinisch nicht zu begründende längere durchschnittliche VWD.

An dieser Stelle sei außerdem angemerkt, dass keine durch COVID-19 bedingte Effekte in der Bedarfsprognose berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass weder in 2020 und 2021 stark sinkende Leistungszahlen modelliert wurden, noch, dass von einem generell niedrigeren Leistungsniveau ab 2022 ausgegangen wurde. Aus derzeitiger Sicht könnten jedoch verschiedene Gründe für ein generell niedrigeres Leistungsniveau nach COVID-19 sprechen. Wissenschaftliche Studien hierzu sind derzeit in der Ausarbeitung. Deshalb werden die Ergebnisse dieser Studien und der post-COVID-19 Verlauf des stationären Leistungsvolumens eng geprüft werden und die Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose

sollen zur Abbildung der COVID-19 Effekte in zwei bis drei Jahren nach den Pandemiejahren 2020/2021 erneut durchgeführt werden. Zunächst legen die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie es jedoch nahe, auf ausreichende Reservekapazitäten in der stationären Versorgung Wert zu legen. Deswegen ist es angemessen, für die Bedarfsprognose zunächst von den Werten des letzten Vor-COVID-Jahres 2019 auszugehen und eine Neuberechnung im Jahr 2024 vorzunehmen.

6.1.4 Berücksichtigung der Einflussfaktoren auf Fallebene

Wie oben skizziert, wirkt jeder Faktor unterschiedlich stark auf verschiedene Fallgruppen. Um diese Unterschiede korrekt zu berücksichtigen, wird die Bedarfsprognose auf Einzelfallebene durchgeführt. Das bedeutet, dass die oben beschriebenen Faktoren je Fall individuell berücksichtigt und berechnet werden. Jeder Fall wird durch eine Reihe an Variablen beschrieben. Mittels dieser Variablen kann jeder Fall dann in seine Fallgruppe eingeordnet werden und mit dem für sich individuell „richtigen“ Faktor hochgerechnet werden. Sowohl die FZ als auch die VWD bzw. BT eines Falls i werden dann also mit dem für die Fallgruppe FG des Falls i individuellen Faktor für ein Prognosejahr t nach dem Basisjahr t_0 multipliziert:

$$FZ_i^t = FZ_i^{t_0} \cdot Faktor\ Demografie_{FG_i}^t \cdot Faktor\ Ambulantisierung_{FG_i}^t \tag{9}$$

$$BT_i^t = BT_i^{t_0} \cdot (Faktor\ Verweildauertrend_{FG})^{t-t_0} \tag{10}$$

Um schließlich den Bedarf je LB bzw. LG und VG bzw. jeweiliger Planungsebene abzuleiten, muss jeder Fall, ähnlich wie beim Vorgehen der Bedarfsermittlung, im gewählten Zieljahr der Bedarfsprognose einem LB bzw. einer LG und einem VG zugeordnet werden.

6.2 Daten

Folgende Grundlagen bzw. Faktoren werden datenbasiert abgeleitet:

1. Bedarfsermittlung: Alle Krankenhausleistungen NRWs im Basisjahr
2. Bedarfsprognose: Daten zur demografischen Entwicklung zur Ableitung eines demografischen Faktors
3. Bedarfsprognose: Daten zur Modellierung eines Ambulantisierungsfaktors
4. Bedarfsprognose: Daten zur Modellierung eines Verweildauertrends

6.2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Krankenhausleistungen NRWs ist der InEK-Datensatz[7] aller KH NRWs für die Datenjahre 2013 bis 2019. Zur Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose wird das Datenjahr 2019 als Basisjahr herangezogen. Gemäß der im Unterkapitel 6.1 ausgeführten methodischen Grundlagen bedeutet dies, dass die Kennzahlen, die in der Bedarfsermittlung ausgewiesen werden, die Leistungszahlen aus 2019 widerspiegeln, dass in der Bedarfsprognose die Kennzahlen aus 2019 mittels der Faktoren aus (2) bis (4) fortgeschrieben werden und, dass für die Berechnung der Höhe der Faktoren (2) bis (4) je Fallgruppe der InEK-Datensatz als Grundlage dient.

Zur Ableitung des demografischen Faktors wird das Basisjahr des InEK-Datensatzes genutzt und um Daten zur Bevölkerungsprognose des Landesamts für Statistik NRW von 2019 bis 2024 erweitert (s. auch Unterkapitel 6.2.3). Der Ambulantisierungsfaktor nutzt ausschließlich das Basisjahr des InEK-Datensatzes. Da es sich beim Verweildauertrend um eine historische Trendfortschreibung handelt, wird das erste und letzte Datenjahr des verfügbaren Datenzeitraums, d.h. 2013 und 2019, verwendet (weitere Details siehe Unterkapitel 6.4.3.4).

Der InEK-Datensatz liegt auf Fallebene und pro Jahr vor. Das heißt, dass jeder Fall in einem Datenjahr als ein einzelner Datenpunkt anzusehen ist. Fälle werden im InEK-Datensatz durch eine Reihe an Variablen beschrieben, z.B. einer eindeutigen, anonymisierten Fallnummer zur Identifikation eines Falls, die 5-stellige PLZ des Patientenwohnorts, das Patientenalter und -geschlecht, das behandelnde Krankenhaus (gegeben durch IK-Nummer und Standort-Nr.), die Haupt- und Nebendiagnosen (gegeben durch ICD-Codes), die Therapien bzw. Behandlungen (gegeben durch OPS-Codes), die entlassende FAB und die FAB, in der der Fall die längste Zeit des Krankenhausaufenthalts verbracht hat (jeweils gegeben durch FAB-Code), etc. Eine Auflistung der Variablen ist in der Excel-Tabelle *Variablen_zur_Beschreibung_eines_Falls* im Anhang aufgeführt.

[7] Eine formelle Datensatzbeschreibung wird vom InEK an die Datensatzempfänger zur Verfügung gestellt. Generell basiert der InEK-Datensatz auf den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser nach §21 KHEntgG, enthält jedoch weniger Variablen und ist über alle Krankenhäuser standardisiert und plausibilisiert (für eine Datensatzbeschreibung der §21 KHEntgG Daten siehe https://www.g-drg.de/Datenlieferung_gem._21_KHEntgG/Dokumente_zur_Datenlieferung/Datensatzbeschreibung).

6.2.2 Aggregation auf geographischer und medizinischer Ebene

Da Fälle mittels dieser Variablen beschrieben werden können, ist eine Aggregation mehrerer Fälle sowohl auf geographischer Ebene (auf NRW-, LT-, RB-, VG-, LK-, PLZ-Ebene) als auch auf medizinischer Ebene (LB, LG) einzeln und gleichzeitig möglich.

Die Aggregation auf geographischer Ebene wird sowohl auf Ebene des Orts der Leistungserbringung über PLZ der KH-Betriebsstelle als auch auf der Ebene des Wohnorts des Patienten über die LK-Nummer des Patientenwohnorts dargestellt. Die Bedarfsfestlegung erfolgt je nach Planungsebene auf Grundlage des Orts der Leistungserbringung. Daneben wird jedoch auch der Wohnort der Patienten im regionalen Planungsverfahren betrachtet, um regionale Besonderheiten angemessen berücksichtigen zu können

Die PLZ wird einem LK durch die Nutzung der PLZ-LK Überleitungstabelle des verwendeten Geo-Informationssystems Regiograph eindeutig zugeordnet[8]. Diese Überleitungstabelle ist durch die Excel-Tabelle *PLZ-LK_Überleitungstabelle* im Anhang gegeben. Jeder LK ist schließlich eindeutig einem VG und jedes VG ist wiederum eindeutig einem RB zugeordnet (vgl. Anhang 2). Eine Aggregation auf NRW-Ebene kann durch die Summe aller LT, RB, VG, LK bzw. PLZ berechnet werden. Um die Gesamtzahl der in NRW behandelten Fälle zu erhalten, müssen auch die außerhalb von NRW lebenden Patienten dieser Summe hinzugefügt werden. NRW-Bürger, die außerhalb von NRW behandelt wurden, können jedoch aufgrund fehlender Daten nicht mit in die Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose aufgenommen werden.

Zur Erläuterung der Möglichkeiten zur Aggregation auf medizinischer Ebene müssen folgende Definitionen vorangestellt werden:

(1a) Spezifische LG: Mit „spezifischen LG“ sind solche LG gemeint, die durch OPS- und/oder ICD-Codes und ggf. weitere Variablen (z.B. Patientenalter) definiert sind. Das bedeutet, dass nur KH mit dem Versorgungsauftrag für eine spezifische LG genau diejenigen Patienten behandeln dürfen, deren Krankenhausaufenthalt durch die OPS- bzw. ICD-Codes der LG definiert sind.

[8] Für die wenigen PLZ-Gebiete bei denen die Zuordnung nicht eindeutig ist, wird der LK mit dem größeren Bevölkerungsanteil am jeweiligen PLZ-Gebiet herangezogen, diese betrifft nur wenige PLZ-Gebiete und trifft in der Regel Bevölkerungsanteile von mind. 90%, so dass der potenziell entstehende Fehler zu vernachlässigen ist

(1b) Allgemeine LG: Mit „allgemeine LG“ sind LG gemeint, die durch die Weiterbildungsordnung (WBO) ihres Gebietes definiert sind. Beispielsweise ist die allgemeine LG Urologie über die WBO definiert. Das bedeutet, dass der Versorgungsauftrag für ein KH mit der LG „Urologie“ alle Therapien, Operationen, Prozeduren und Behandlungen umfasst, die in der WBO beschrieben sind.

(1c) LB: Ein LB umfasst alle allgemeinen und spezifischen LG, die dem LB zugeordnet sind und ein LB muss immer mindestens eine allgemeine bzw. spezifische LG umfassen. Beispielsweise umfasst der LB „Urologie“ genau eine allgemeine LG, nämlich die LG „Urologie“. Demgegenüber umfasst z.B. der LB „Kardiologie“ vier spezifische LG und keine allgemeine LG.

Um eine Aggregation auf medizinischer Ebene zu ermöglichen, muss – mindestens für eine Bedarfsermittlung – die LG bzw. der LB eines Falls eindeutig identifiziert werden:

(1) Spezifische LG: Jeder Fall, der einen ICD- bzw. OPS-Code einer spezifischen LG aufweist, wird dieser LG eindeutig zugeordnet. Sollte ein Fall ICD- und/oder OPS-Codes aus verschiedenen spezifischen LG aufweisen, kommt eine medizinisch aufgebaute LG-Hierarchie zur Anwendung, um einen Fall immer genau nur einer spezifischen LG zuzuweisen. So wird auf der einen Seite eine mehrfache Zählung eines Falls und auf der anderen Seite eine kalkulatorische Aufteilung des Falls in mehrere spezifische LG vermieden. Das doppelte bzw. mehrfache Zählen von Fällen, d.h. die Berücksichtigung einer FZ von 1,0 in jeder spezifischen LG, von der der Fall ICD und/oder OPS-Codes aufweist, würde zu einer weitaus höheren Gesamt-FZ auf NRW-Ebene und auch kleineren geographischen Aggregationsebenen führen. Der Bedarf würde hierdurch also überschätzt. Deshalb wird eine Zählung von Fällen in mehr als einer LG vermieden. Gleichzeitig werden neben der FZ je spezifischer LG auch immer die Gesamtzahl der „Leistungen“, also aller Fälle, die mind. einen ICD- und/oder OPS-Code der spezifischen LG erhalten haben, ausgewiesen. Das Aufteilen eines Falls auf mehrere LG wiederum hätte gegenüber einer eindeutigen Zuweisung zwei entscheidende Nachteile: Solch ein „Splitting“ ist erstens rein kalkulatorisch und zweitens wird hierdurch die Interpretation der Kennzahlen wesentlich erschwert.

Die LG-Hierarchie ist in der Excel-Tabelle *Medizinisch_aufgebaute_LG_Hierarchie* im Anhang aufgeführt.[9]

(2) Allgemeine LG: Jeder Fall, der keiner spezifischen LG zugeordnet ist, wird einer allgemeinen LG zugeordnet. Alle FAB sind einer allgemeinen LG eindeutig zugeordnet. Eine Liste der FAB je allgemeiner LG ist in der Excel-Tabelle *FAB_je_allg_LG* enthalten. Für jeden Fall ohne spezifische LG wird dann die FAB identifiziert, von der ein Fall entlassen wurde. Der Fall wird schließlich dieser FAB und dadurch der dieser FAB entsprechenden allgemeinen LG eindeutig zugeordnet (weitere Details s. Unterkapitel 6.3).

(3) LB: Alle Fälle, die Teil einer spezifischen oder einer allgemeinen LG des LB sind, sind auch automatisch Teil des zugehörigen LB. Damit ist die FZ eines LB FZ_{LB} durch die Summe der FZ aller LG des LB gegeben:

$$\sum_{LG}^{LB} FZ_{LG} = FZ_{LB} \tag{11}$$

Für die LB Allgemeine Chirurgie und Allgemeine Innere Medizin werden außerdem solche Fälle zusätzlich berücksichtigt, die von einer chirurgisch geprägten bzw. internistisch/ konservativ geprägten FAB entlassen wurden, aber keiner allgemeinen oder spezifischen LG des korrespondierenden LB zugeordnet wurden. Diese Ausnahmen werden in Unterkapitel *x.0*, der algorithmischen Beschreibung der Bedarfsermittlung, näher beleuchtet.

Das kalkulatorische Vorgehen zur Aggregation von Fällen und aller weiteren Kennzahlen je LG ist in Unterkapitel 6.3.3 formuliert.

6.2.3 Erweiterung der Datengrundlage um Bevölkerungsprognose

Einem Datenpunkt (d.h. einem Fall in einem Datenjahr) der Datengrundlage können weitere Informationen hinzugefügt werden, indem einzelne Variablen für eine Verknüpfung mit anderen Datenquellen genutzt werden. Zur Ableitung des demografischen Faktors werden so die Daten der Bevölkerungsprognose des Landesamts für Statistik NRW genutzt. Der Datensatz des Landesamts für Statistik enthält die Bevölkerungsentwicklung aller LK NRWs von 2019 bis 2032, differenziert nach

[9] Es ist anzumerken, dass die Hierarchie in der Regel nur einen geringen Anteil der klassifizierten Fälle betrifft, oder anders ausgedrückt, der deutlich größte Anteil der Fälle sich nur für genau eine spezifische LG qualifiziert. Die Auswirkungen von Änderungen in der Hierarchie sind also vglsw. gering.

Alter und Geschlecht. Teil des Algorithmus zur Bedarfsprognose ist die Ermittlung eines demografischen Faktors je Altersgruppe und LK[10]. Da die LK-IDs im Datensatz des Landesamts für Statistik gleich den aus PLZ-Gebieten übergeleiteten LK-IDs im InEK-Datensatz sind und das Patientenalter und Geschlecht des Falls angegeben ist, kann jedem Datenpunkt im InEK-Datensatz ein individueller demografischer Faktor zugewiesen werden.

6.2.4 Weitere Eingangsdatensätze für Ambulantisierungsfaktor

Im Rahmen der Bedarfsprognose nutzt der Algorithmus zur Berechnung des Ambulantisierungsfaktors noch einen weiteren Eingangsdatensatz.

Im Katalog Ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) sind ca. 3.000 OPS-Codes, d.h. Operationen und Prozeduren, aufgeführt, die generell auch ambulant erbracht werden können, generell differenziert nach zwei Kategorien bzw. Stufen je nach dem Grad der ambulanten Erbringungsmöglichkeit[11]. Der AOP-Katalog wird entsprechend genutzt, um ggf. von Ambulantisierung betroffene Fälle zu identifizieren. Die algorithmische Verwendung des AOP-Katalogs wird in einem eigenen Unterkapitel näher beleuchtet.

6.3 Bedarfsermittlung

Dieses Kapitel beschreibt die Bedarfsermittlung, d.h. die Feststellung des Bedarfs im festgelegten Basisjahr 2019 je LB, LG und VG (je nach Planungsebene alternativ RB oder LK).

Zuerst wird die Ausgangssituation für die Berechnung skizziert. Es folgt eine kurze Beschreibung des Ziels und der algorithmischen Schritte zur Zielerreichung. Anschließend wird das algorithmische Vorgehen im Detail ausgeführt: Es werden die der Berechnung zugrundeliegenden Parameter und Datensätze vorgestellt und es wird der Algorithmus Schritt für Schritt beschrieben. Abschließend werden weiterführende Hinweise gegeben.

[10] Der Algorithmus wird in einem eigenen Unterkapitel ausführlich erklärt.
[11] Bei einigen wenigen Kodes gibt es zusätzliche Bedingungen, diese wurden datenseitig untersucht und bewertet, und auf Basis der Häufigkeit der klassifizierenden Merkmale eine Eingruppierung in Stufe 1 oder 2 vorgenommen

6.3.1 Ausgangssituation

Ausgangssituation ist eine aus dem InEK-Datensatz erzeugte Masterfalltabelle (MFT) Alle für die Bedarfsermittlung relevanten Fallinformationen[12] sind in der MFT auf Fallebene enthalten.

Die in der MFT durch die eindeutige anonymisierte Fallnummer gegebenen Fälle aus 2019 müssen dann zur Bedarfsermittlung sowohl auf medizinischer Ebene (LB und LG) als auch gleichzeitig auf geographischer Ebene (VG, alternativ LT, RB oder LK) aggregiert werden.

6.3.2 Ziel

Ziel des Algorithmus zur Bedarfsermittlung ist die Berechnung der FZ, der BT und der kalkulatorischen Betten je medizinischer (LB, LG) und geografischer Aggregationsebene (VG, in Ausnahmen alternativ RB oder LK).

Der Algorithmus geht in zwei Schritten vor, wobei jeder Schritt mehrere Teilschritte durchläuft:

1. Zuordnung einer LG zu jedem Fall
    a. Identifikation der Fälle mit spezifischer LG
    b. Zuweisung der Fälle mit spezifischer LG zu einer eindeutigen spezifischen LG
    c. Zuweisung der verbleibenden Fälle zu einer allgemeinen LG
2. Aggregation der Fälle auf die benötigten Aggregationsebenen
    a. Aufsummierung der Fälle je LG und Planungsebene
    b. Aufsummierung der Fälle je LB und Planungsebene

[12] Die MFT umfasst u.a.:
Falldaten: Anonymisierte Fallnummer, Alter, Geschlecht, Datenjahr, Aufnahmegewicht, Institutionskennzeichen (IK) und Standort-Kennung desbehandelnden bzw. entlassenden KH
Medizinische Informationen: FAB-ID, ICD-Code (Hauptdiagnose), Beatmungsstunden, Aufnahmegrund
Geographische Informationen: PLZ-Gebiet sowie die daraus abgeleiteten LK-ID, VG-Nummer und RB-ID
Kennzahlen: FZ, VWD.

6.3.3 Algorithmisches Vorgehen

Eingangsparameter

Es wird das Datenjahr 2019 verwendet.

Eingangsdatensätze

Die ersten drei Teilschritte des Algorithmus (Teil 1) und die entsprechenden Eingangsdatensätze dienen als Grundlage für die Berechnungen des zweiten Teils, also der Teilschritte (2a) und (2b). Grundlegender Datensatz für alle Teilschritte ist die MFT. Darüber hinaus werden für die ersten drei Teilschritte des Algorithmus folgende Datensätze verwendet:

(1) Identifikation der Fälle mit spezifischer LG

Maschinenlesbare Tabelle der OPS-Codes je anonymisierter Fallnummer, gegeben durch den InEK-Datensatz

Maschinenlesbare Version der LG-Systematik (medizinische Definition der LG mittels ICD- und/oder OPS-Codes), siehe Excel-Tabelle *Konsentierte_Definition_spezifische_LG* im Anhang

Maschinenlesbare Version der weiteren Parameter der LG-Systematik (z.B. Alter, Aufnahmegewicht), siehe Excel-Tabelle *Weitere_Parameter_LG_Systematik* im Anhang

(2) Zuweisung der Fälle mit spezifischer LG zu eindeutigen spezifischen LG

Hierarchie der spezifischen LG (Ranking der LG nach medizinischer Komplexität und Priorität), siehe Excel-Tabelle *Medizinisch_aufgebaute_LG_Hierarchie* im Anhang

(3) Zuweisung der verbleibenden Fälle zu einer allgemeinen LG

Maschinenlesbare Version der Liste der FAB je WBO bzw. je allgemeiner LG, siehe Excel-Tabelle *FAB_je_allg_LG* im Anhang

Die Listen für (1a) und (1c) spiegeln das Ergebnis der konsentierten LG-Systematik wider.

6.3.3.1 Algorithmische Beschreibung

Im Folgenden werden die Teilschritte des Algorithmus im Detail erklärt:

Teilschritt 1a: Identifikation der Fälle mit spezifischer LG

Die anonymisierten Fallnummern der MFT werden aus der MFT ausgeleitet und um die Informationen der Tabelle *OPS-Codes_je_Fall* ergänzt. Hierdurch ist für jeden Fall ersichtlich, welche OPS-Codes für den Fall erbracht bzw. abgerechnet wurden. Darüber hinaus wird die MFT mit der Tabelle *Konsentierte_Definition_spezifische_LG* und mit der Tabelle *Weitere_Parameter_LG_Systematik* zusammengeführt. So können die Informationen aus diesen beiden Tabellen verwendet werden, um die durch die anonymisierte Fallnummer identifizierbaren Fälle der MFT um die Information einer spezifischen LG zu erweitern. Hierbei wird wie folgt vorgegangen:

In der Tabelle *Konsentierte_Definition_spezifische_LG* sind die ICD- und OPS-Codes je LG maschinenlesbar aufgelistet. Basierend auf diesen Informationen gleicht der Algorithmus für jeden Fall der MFT ab, ob mind. ein Code einer LG für den jeweiligen Fall codiert wurde. Sobald mind. ein Code einer spezifischen LG für einen Fall codiert wurde, wird dieser Fall der jeweiligen LG zugewiesen.

Außerdem werden bei der Zuweisung der Fälle zu spezifischen LG für eine Reihe an LG weitere Parameter berücksichtigt. Dies betrifft v.a. solche LG, bei denen die Versorgung von Erwachsenen von der pädiatrischen Versorgung durch Verwendung des Patientenalters getrennt werden muss. Darüber hinaus muss zur eindeutigen Zuweisung von Fällen in die LG des LB „Neonatologie“ Parameter wie das Aufnahmegewicht herangezogen werden, um den Bedarf je LG annäherungsweise bestimmen zu können.

Die LG-Definition kann folglich in einer maschinenlesbaren Form nach Vorbild des InEK-DRG-Definitionshandbuchs erfolgen. Dabei sind waagerechte Einträge stets als UND-Verknüpfung (d.h. wenn die Zeile als erfüllt gelten soll, müssen alle Bedingungen erfüllt sein) zu deuten. Falls vorhanden, bilden senkrechte Verknüpfungen (mehr als 1 Zeile) eine ODER-Verknüpfung ab. Besteht die LG-Definition aus mehr als einer Zeile, so ist es ausreichend, wenn die UND-Verknüpfungen (mindestens) einer Zeile erfüllt sind.

Zur besseren Strukturierung kann die LG-Definition wie folgt abgebildet werden (s. Tabelle 1). Dabei sind sieben Spalten (C – I) für die Definition der LG ausschlaggebend. Folgende Möglichkeiten werden betrachtet:

OPS-Einschlusskriterien

Ein Fall qualifiziert sich nur dann für die LG, wenn das Einschlusskriterium, also die Erbringung eines der geforderten OPS-Codes, erfüllt ist

OPS-Ausschlusskriterien

Ein Fall qualifiziert sich nur dann für die LG, wenn kein OPS-Code erbracht wird, der in dieser Ausschlussliste verzeichnet ist.

ICD-Einschlusskriterium

Ein Fall qualifiziert sich nur dann für die LG, wenn das Einschlusskriterium, also die Erfüllung der Diagnosebedingung, erfüllt ist.

ICD-Einschlusskriterium-Diagnoseart

Für das ICD-Einschlusskriterium kann spezifiziert werden, ob die Diagnosebedingung für Nebendiagnosen oder für Hauptdiagnosen gelten soll. Ist die Diagnosebedingung nicht ausgefüllt, so werden sowohl Haupt- als auch Nebendiagnosen betrachtet.

ICD-Ausschlusskriterium

Ein Fall qualifiziert sich nur dann für die LG, wenn kein ICD-Code vorhanden ist, der in dieser Ausschlussliste verzeichnet ist.

ICD-Ausschlusskriterium Diagnoseart

Für das ICD-Ausschlusskriterium kann spezifiziert werden, ob die Diagnosebedingung für Neben-diagnosen oder für Hauptdiagnosen gelten soll. Ist die Diagnosebedingung nicht ausgefüllt, so werden sowohl Haupt- als auch Nebendiagnosen betrachtet.

Weitere Bedingung (Alter/ Aufnahmegewicht)

Es können weitere Bedingungen definiert werden, z.B. eine Altersgrenze oder ein Bezug zum Aufnahmegewicht. Weitere Kriterien wären denkbar z.B. das Vorhandensein von Beatmungsstunden.

Tabelle 1: Aufbau der maschinenlesbaren Version der LG Systematik.

lfd. Nr.	LG	OPS-Einschluss-kriterium	OPS-Ausschluss-kriterium[1]	ICD-Einschluss-kriterium	ICD-Einschluss-kriterium-Diagnoseart	ICD-Ausschluss-kriterium	ICD-Ausschluss-kriterium Diagnoseart	Weitere Bedingung (Alter/ Geburts-gewicht)
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1								
2								
3								

1) Nach derzeitiger LG-Definition wird bei keiner LG ein OPS-Ausschluss-Kriterium genutzt, jedoch könnte dies bei der Neuberechnung in 2024 neu betrachtet werden.

Algorithmisch wird nun für jeden Fall und jede definierte LG geprüft, ob die Ein- und Ausschlusskriterien jeweils erfüllt sind. Dies sollte über die Verknüpfungen von gefilterten Tabellen erfolgen. In Abbildung 1 wird das Vorgehen des Algorithmus und das Zusammenwirken der Ein- und Ausschlusskriterien schematisch dargestellt:

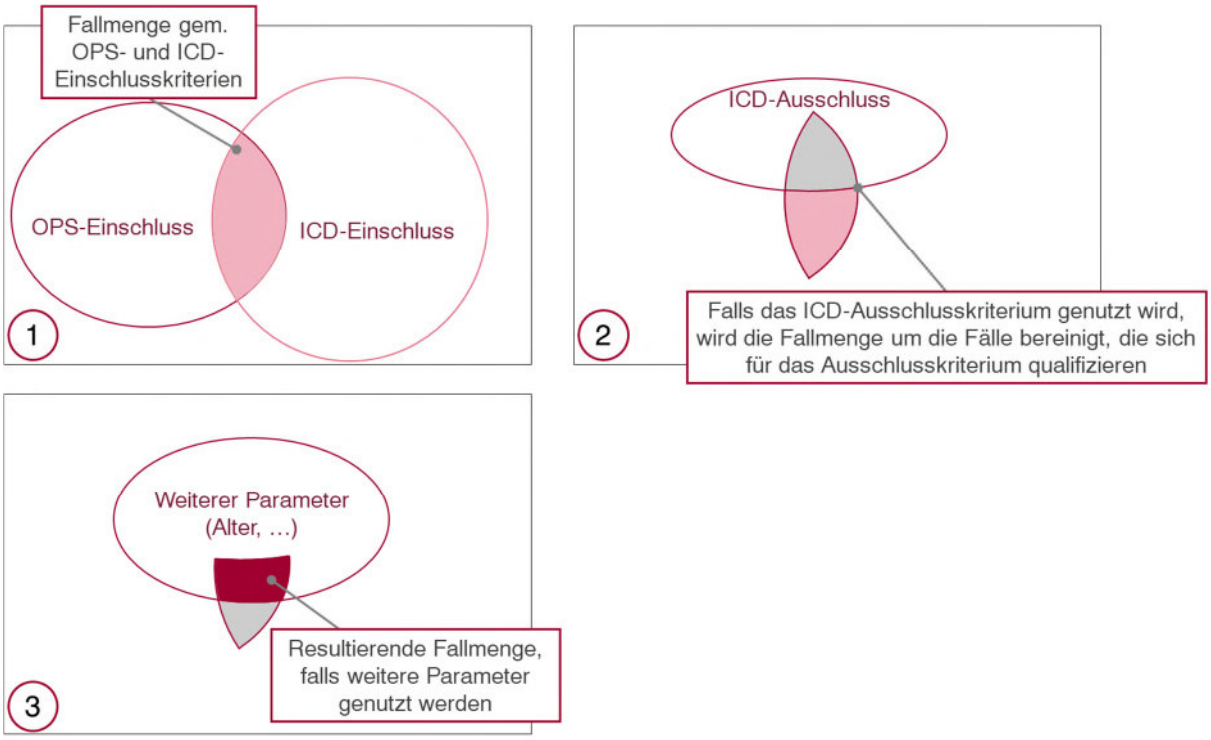


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Vorgehens des Algorithmus zur Identifikation von Fällen mit spezifischer LG

Das Ergebnis des Algorithmus ist eine Liste mit zwei Spalten: Der anonymisierten Fallnummer und der dazugehörigen spezifischen LG. Diese Kombination ist genau dann angegeben, wenn sich der entsprechende Fall für die genannte LG qualifiziert hat. Diese Liste ist durch die csv-Datei *Identifikation_der_Fälle_mit_spezifischer_LG* gegeben.

Es ist zu beachten, dass es anonymisierte Fallnummern gibt, die sich für mehr als eine spezifische LG qualifizieren. Analog kommen anonymisierte Fallnummern vor, die sich für keine spezifische LG qualifizieren. Entsprechend kann eine anonymisierte Fallnummer mehrfach oder gar nicht in der Liste *Identifikation_der_Fälle_mit_spezifischer_LG* vorhanden sein. Fallnummern, die mehr als einer spezifischen LG zugewiesen worden sind, werden in Teilschritt 1b betrachtet. Fallnummern, die keiner spezifischen LG zugeordnet werden können, werden in der Liste *Fälle_ohne_spezifische_LG* ausgeleitet und in Teilschritt 1c weiter behandelt.

Teilschritt 1b: Zuweisung der Fälle mit spezifischer LG zu einer eindeutigen spezifischen LG

Teilschritt 1a des Algorithmus berücksichtigt noch nicht, dass jeder Fall nur genau einer LG eindeutig zugeordnet werden darf. Dies soll nun im Teilschritt 1b erfolgen. Hierzu kommt die Tabelle *Medizinisch_aufgebaute_LG_Hierarchie* zum Einsatz.

Die Hierarchie orientiert sich am hierarchischen Aufbau der LG-Systematik und ist nach medizinischer Komplexität aufgebaut. Das bedeutet, dass je höher die durchschnittliche Fallschwere aller Fälle einer LG ist, desto höher ist diese LG in der Hierarchie eingeordnet. So wird sichergestellt, dass ein Fall tatsächlich der LG zugerechnet wird, die den Hauptbehandlungsgrund darstellt. Beispielsweise könnte ein Fall der LG „Herztransplantation“ auch Leistungen kardiologischer spezifischer LG wie der LG „Interventionelle Kardiologie“ oder der LG „Kardiale Devices“ erhalten. Tatsächlich ist ja aber der Behandlungsgrund die Transplantation eines Herzens und hierdurch entsteht der eigentliche Versorgungsbedarf. Gleichzeitig ist so berücksichtigt, dass der höchste Ressourcenverbrauch des Krankenhauses für die Herz-Transplantation und nicht für vergleichsweise weniger komplexe kardiologische Leistungen entsteht.

Durch die Tabelle *Medizinisch_aufgebaute_LG_Hierarchie* ist definiert, welcher LG ein Fall zugewiesen wird, sollte sich dieser Fall im Teilschritt 1a für mehrere spezifische LG qualifizieren. So wird der Fall immer der am höchsten in der Hierarchie eingeordneten LG voll zugeschrieben. Dazu wird die in Teilschritt (1a) erzeugte Tabelle *Identifikation_der_Fälle_mit_spezifischer_LG* mit der Hierarchie verknüpft.

Um Fällen mit mehr als einer spezifischen LG ihre in der Hierarchie am höchsten angeordnete LG zuzuweisen, muss für jede LG des Falls der Rang innerhalb der Hierarchie identifiziert und mit den Rängen der anderen LG verglichen werden. Hierzu sollte jeder LG in einer Überleitungstabelle eine eindeutige ID zugeordnet werden. Hierdurch wird die Effizienz bei der Programmierung erhöht, da Tippfehler bei LG-Namen verhindert und das Ausschreiben langer LG-Namen umgangen wird. Die für den Algorithmus verwendeten LG-IDs sind in der Excel-Tabelle *LG-ID_Überleitungstabelle* im Anhang zur Verfügung gestellt.

Ergebnis des Teilschritts 1b ist dann die im Anhang gegebene csv-Tabelle *Fälle_mit_eindeutiger_spezifischer_LG*. Diese Tabelle wird schließlich wieder mit der MFT verbunden. In einer neuen Spalte „Leistungsgruppe“ wird die spezifische LG des

Falls angegeben. Fälle ohne spezifische LG haben vorerst keinen Eintrag in der Spalte „Leistungsgruppe“, erhalten diesen aber nun im Teilschritt 1c.

Teilschritt 1c: Zuweisung der verbleibenden Fälle zu einer allgemeinen LG

Alle Fälle, die nicht in Teilschritt 1a einer spezifischen LG zugeordnet wurden, müssen nun einer allgemeinen LG zugeordnet werden. Für eine Zuordnung solcher Fälle zu einer allgemeinen LG wird die Tabelle *FAB_je_allg_LG* genutzt. In dieser Tabelle sind für jede allgemeine LG die FAB mit Namen und FAB-Code aufgelistet, die Teil der jeweiligen allgemeinen LG sind. Ein Fall, der von einer der FAB entlassen wurde, die einer allgemeinen LG zugeordnet ist, soll dann dieser LG zugewiesen werden.

In einem ersten Schritt wird die Liste *Fälle_ohne_spezifische_LG* aus Teilschritt 1a) um die Information der entlassenden FAB aus der MFT ergänzt. Hierzu wird die anonymisierte Fallnummer, die in beiden Tabellen enthalten ist, genutzt. Diese neue Tabelle *Fälle_ohne_spezifische_LG_FAB* wird dann mit den Informationen der Tabelle *FAB_je_allg_LG* erweitert. Dem FAB-Code jedes Falls aus der Tabelle *Fälle_ohne_spezifische_LG_FAB* wird also die entsprechende allgemeine LG für diesen FAB-Code zugeordnet.

Jeder FAB-Code ist nur genau einer allgemeinen LG eindeutig zugeordnet und jeder Fall kann nur von einer FAB eines KH entlassen werden. Durch diese eindeutige Zuordnung von FAB zu LG und Fall zu FAB besteht nicht wie bei Teilschritt 1a) die Herausforderung, dass einzelne Fälle mehreren LG zugewiesen werden. Folglich muss keine Hierarchie für allgemeine LG entwickelt und genutzt werden.

Fälle, die weder einer allgemeinen noch einer spezifischen LG zugewiesen werden können, sind, soweit möglich, auf die beiden LB bzw. LG Allgemeine Chirurgie und Allgemeine Innere Medizin zu verteilen. Dies ist zwingend nötig, da der Bedarf durch die Summe der in NRW behandelten bzw. abgerechneten stationären Fälle definiert ist. Also muss auch jeder Fall einer LG eindeutig zugewiesen werden.

Zur Veranschaulichung ein Beispiel: Der LB „Gefäßchirurgie“ umfasst drei spezifische LG, jedoch keine allgemeine LG. Fälle, die von einer gefäßchirurgische FAB entlassen wurden, aber keiner der drei spezifischen LG des LB „Gefäßchirurgie“ angehören, sind also bisher keiner LG zugeordnet. Gefäßchirurgische FAB sind durch die Codes 1800 und 1518 beschrieben. Diese können keiner LG des LB „Gefäßchirurgie“ zugeordnet

werden und werden daher dem LB „Allgemeine Chirurgie“ zugeordnet. Eine vollständige Auflistung der FAB-Codes je LB ist in der Excel-Tabelle *FAB_je_allg_LG* im Anhang gegeben. Diese Zuweisung stellt klar, dass diese gefäßchirurgischen Fälle Teil der allgemeinen chirurgischen Versorgung sind. Zur Verdeutlichung siehe Abbildung 2.

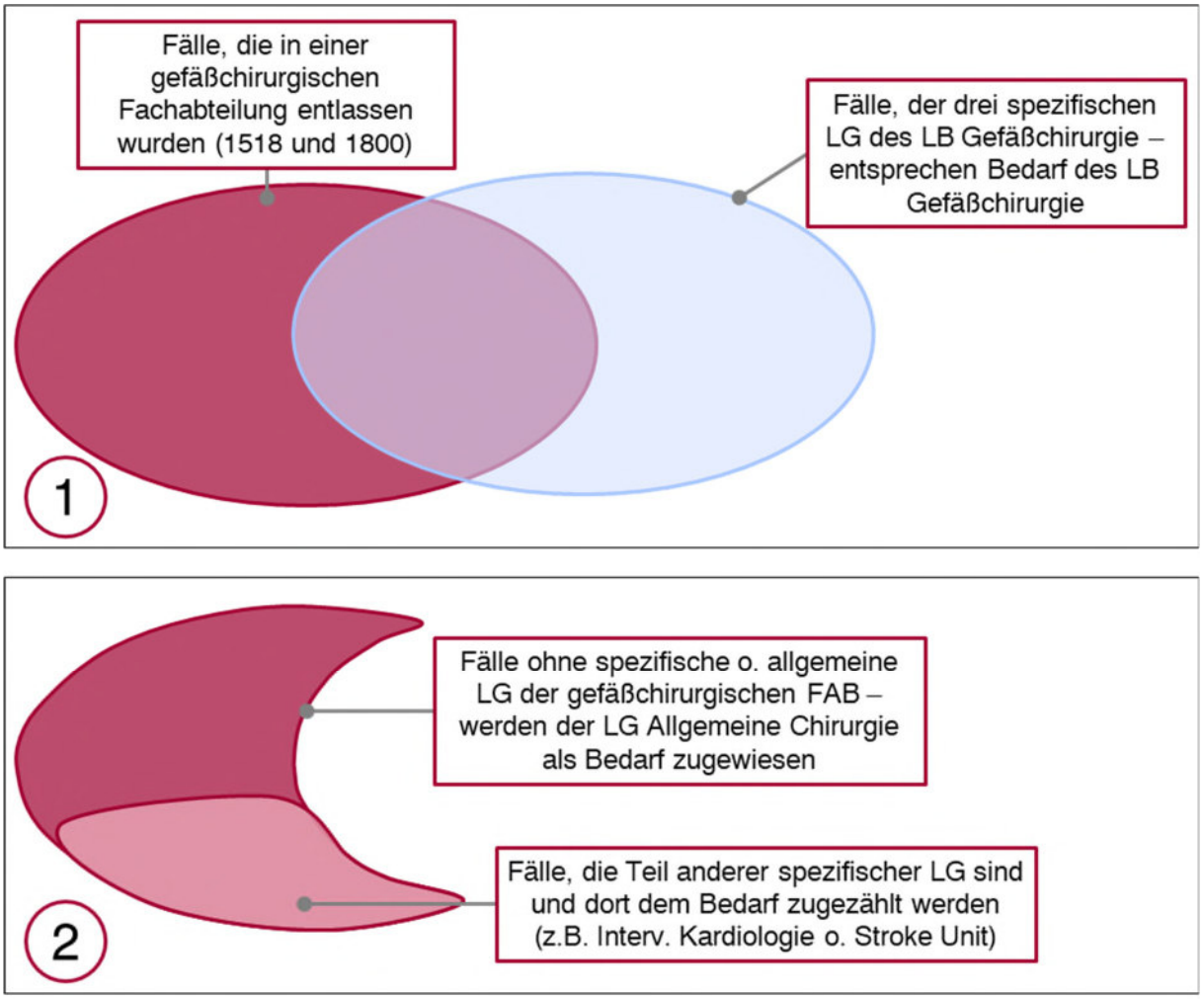


Abbildung 2: Vorgehen zur Zuweisung von Fällen ohne spezifische oder allgemeine LG in die LG Allgemeine Innere Medizin oder die LG Allgemeine Chirurgie am Beispiel des LB Gefäßchirurgie (schematische Darstellung)

Für einige wenige FAB-Codes kann keine klare Prägung (chirurgisch oder internistisch/ konservativ) ermittelt werden (z.B. alle FAB-Codes mit Bezeichnung „Sonstige Fachabteilung“). Diese Fälle werden in der Kategorie „Sonstige / nicht zuzuordnen“ gesammelt. Diese wenigen Ausnahmen sind ebenfalls in der Excel-Tabelle *FAB_je_allg_LG* im Anhang verzeichnet.

Eine Besonderheit ergibt sich im Bereich der Neugeborenen. Mit Blick auf die kindlichen Datensätze ist davon auszugehen, dass ein Teil der reifgeborenen Kinder mit einem pädiatrischen Fachabteilungsschlüssel entlassen werden. Sie werden damit über den

Algorithmus der Inanspruchnahme für die LG „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ zugeordnet.

Dies ist zutreffend, wenn das Kind im Rahmen des Aufenthaltes tatsächlich in eine Abteilung für Kinderheilkunde verlegt wurde. Die anderen Fälle (in denen das Kind tatsächlich in der Geburtshilfe verblieben ist, aber gleichwohl mit pädiatrischem Fachabteilungsschlüssel entlassen wurde) können zu einer moderaten Überschätzung der Inanspruchnahme bei der LG „Allgemeine Kinder- und Jugendheilkunde“ führen.

Dies ist auf Landesebene nicht problematisch und jedenfalls einer Unterschätzung vorzuziehen, die resultieren würde, wenn man alle entsprechenden Fälle nicht der LG „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ zuordnen würde.

Um den Effekt (gerade im regionalen Kontext und ggf. mit Blick auf einzelne Kliniken) einschätzen zu können, werden die entsprechenden Werte aber gesondert ermittelt und nachrichtlich mitgeteilt.

Die (deutlich größere) Zahl der reifgeborenen Kinder, die mit dem Fachabteilungsschlüssel „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ entlassen werden, werden in keiner der LG mitgezählt. Eine Zuordnung zur LG „Allgemeine Frauenheilkunde“ wäre sachlich unzutreffend und würde bei dieser LG zu einer starken Überschätzung des Bedarfs führen. Auch eine Zuordnung zur LG „Geburten“ ist nicht vorzunehmen, da Mutter und Kind hier gemeinsam als jeweils ein Fall zu betrachten sind. Die Zahl der reifgeborenen Kinder mit Fachabteilungsschlüssel „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ wird deswegen ohne Zuordnung zu einer LG gesondert ausgewiesen.

Mit Blick auf die LG „Intensivmedizin“ ergibt sich die Besonderheit, dass dieser LG keine Fälle zugewiesen werden. Denn für die Intensivmedizin erfolgt – analog zum Vorgehen in der bisherigen Krankenhausplanung – keine separate Bedarfsberechnung, weil die entsprechenden Kapazitäten als „davon-Werte“ der jeweiligen somatischen Kapazitäten ausgewiesen werden.

Neben der Tabelle *FAB_je_allg_LG* wird die Tabelle *FAB_je_allg_LG* mit der Tabelle *Fälle_ohne_spezifische_LG_FAB* verbunden. Hierzu wird wieder der FAB-Code je anonymisierter Fallnummer für das Matching verwendet. Über die Verknüpfung des FAB-Codes wird jeder anonymisierten Fallnummer dann schließlich die jeweilige allgemeine LG zugeordnet.

Ergebnis des Teilschritts 1c ist schließlich die im Anhang gegebene csv-Tabelle *Fälle_mit_eindeutiger_allgemeiner_LG*. Diese Tabelle enthält zwei Spalten: die anonymisierte Fallnummer und die allgemeine LG der Fallnummer. Die Tabelle wird schließlich wieder mit der MFT verbunden und ist durch die csv-Datei *MFT_inkl._LG* im Anhang gegeben. In der neuen Spalte „Leistungsgruppe“ wird nun bei den Fällen, für die hier noch keine Information eingetragen wurde, durch die Verknüpfung der anonymisierten Fallnummern die allgemeine LG hinterlegt.

Durch diese ersten drei Teilschritte des Algorithmus können alle in NRW behandelten bzw. abgerechneten Fälle genau einer eindeutigen spezifischen oder allgemeinen LG zugewiesen werden. Zur Finalisierung der Bedarfsermittlung müssen die Fälle nun noch auf LG- und VG-Ebene bzw. LB- und VG-Ebene aggregiert werden.

<u>Teilschritt 2a: Aufsummierung der Fälle je LG und VG</u>

Die Berechnung dieses Teilschritts richtet sich nach den Formeln (3) bis (8). Die benötigten Identifikatoren, d.h. die LG je anonymisierte Fallnummer, liegt in der csv-Datei *MFT_inkl._LG* vor. Zuzüglich zu der in den Formeln (3) bis (8) beschriebenen Aggregation der FZ und BT sowie Ableitung der kalkulatorischen Betten auf LG-Ebene, werden die Fälle auf geografischer Ebene zusammengefasst. Hierzu wird die in der Datei *MFT_inkl._LG* vorhandene VG-Nummer genutzt. Die Berechnung zur Aggregation auf LG- und VG-Ebene ist wie folgt formuliert:

$$\sum_{i_{VG,LG}}^{I_{VG,LG}} FZ_i = FZ_{VG,LG} \tag{12}$$

Die weiteren abzuleitenden Kennzahlen werden analog zu (12) ermittelt. Außerdem wird für jede LG und VG die durchschnittliche VWD ermittelt.

<u>Teilschritt 2b: Aufsummierung der Fälle je LB und VG</u>

Nun kann die FZ auf LB-Ebene aggregiert werden:

$$\sum_{LG_{VG}}^{LB_{VG}} FZ_{VG,LG} = FZ_{VG,LB} \tag{13}$$

Die Berechnung der weiteren Kennzahlen erfolgt analog zu (17).

Außerdem wird für jeden LB und VG die durchschnittliche VWD ermittelt.

6.3.4 Hinweise

Für LG, die nicht auf VG-Ebene, sondern auf detaillierterer bzw. gröberer geographischer Ebene aggregiert werden sollen, sind in der *MFT_inkl._LG* neben den VG-Nummern auch die LK- und RB-IDs enthalten. Analog zu Formel (12) und (13) können mit diesen Informationen die FZ auf einer beliebigen geografischen Ebene aggregiert werden.

6.4 Bedarfsprognose

Dieses Kapitel beschreibt die Berechnung und Ermittlung des zukünftigen Bedarfs je LB bzw. LG und VG[13]. Es erfolgt eine Fortschreibung der in Unterkapitel 6.4.4 ausgeführten Kennzahlen bis zum Zieljahr[14] 2024 unter Angabe der Ergebnisse aller Jahre zwischen 2019 und 2024. Das für die FSB relevante Prognosejahr wurde mit 2024 festgelegt. Eine Aktualisierung der Bedarfsprognose aufgrund von bislang nicht eindeutig absehbaren Veränderungen des Bedarfs durch die Corona-Pandemie soll spätestens 2024 erfolgen.

Zuerst wird die Ausgangssituation für die Berechnung skizziert. Es folgt eine kurze Beschreibung des Ziels und der algorithmischen Schritte zur Zielerreichung. Anschließend wird das algorithmische Vorgehen im Detail ausgeführt: Es werden die der Berechnung zugrundeliegenden Parameter und Datensätze vorgestellt und es wird der Algorithmus Schritt für Schritt beschrieben. Hierbei wird, wo nötig, zwischen den drei in Unterkapitel 6.2 ausgeführten Faktoren unterschieden.

6.4.1 Ausgangssituation

Analog zur Bedarfsermittlung ist die Ausgangssituation die aus dem InEK-Datensatz erzeugte MFT, im Anhang durch das csv-Dokument *Masterfalltabelle_2019* gegeben. Alle für die Bedarfsprognose relevanten Fallinformationen[15] sind in der MFT auf Fallebene enthalten. Um direkt die Information, welcher LG ein Fall zugeordnet ist, in der

[13] Der Begriff „Ermittlung“ steht in diesem Kontext für die bestmögliche Approximation der stationären Krankenhausleistungen in der Zukunft.
[14] Das Zieljahr der Prognose kann auch weiter in der Zukunft liegen bzw. maximal so weit in der Zukunft liegen, wie Daten zur Bevölkerungsprognose vorliegen (Stand 2020 liegen Daten zur Bevölkerungsprognose bis 2032 für NRW vor).
[15] Die MFT enthält u.a.:
Falldaten: Anonymisierte Fallnummer, Alter, Geschlecht, Datenjahr, Aufnahmegewicht, Institutionskennzeichen (IK), Standort-Kennung
Medizinische Informationen: FAB-ID, ICD-Code (Hauptdiagnose), Beatmungsstunden, Aufnahmegrund
Geographische Informationen: PLZ-Gebiet sowie die daraus abgeleiteten LK-ID, VG-Nummer und RB-ID
Kennzahlen: FZ, VWD,

Bedarfsprognose verwerten zu können, wird die *MFT_inkl_LG* als Datengrundlage verwendet.

Die in der *MFT_inkl_LG* durch die eindeutige anonymisierte Fallnummer gegebenen Fälle aus 2019 werden dann zur Bedarfsprognose auf Fallebene fortgeschrieben. Anschließend müssen die Fälle, analog zum Vorgehen der Bedarfsermittlung, für das Zieljahr der Prognose sowohl auf medizinischer Ebene (LB und LG) als auch gleichzeitig auf geographischer Ebene (VG, alternativ RB oder LK) aggregiert werden (s. Unterkapitel 6.4.3).

6.4.2 Ziel

Ziel des Algorithmus zur Bedarfsprognose ist die Berechnung der FZ, der BT und der kalkulatorischen Betten auf Fallebene für den Zeitraum 2019 bis 2024. Anschließend müssen die Ergebnisse auf medizinischer (LB, LG) und geografischer Ebene (VG) aggregiert werden.

Der Algorithmus geht analog der quantifizierbaren Einflussfaktoren in drei Schritten ergänzt um einen vorgeschalteten Schritt zur Duplizierung der Datengrundlage vor. Einzelne Schritte sind teilweise in mehrere Teilschritte unterteilt:

a) <u>Duplizierung der Datengrundlage</u>
b) <u>Ermittlung und Implementierung des Faktors Demografie</u>
c) <u>Ermittlung und Implementierung des Faktors Ambulantisierung</u>
    i. Identifikation der dafür relevanten Fallgruppen und Zuweisung des fallgruppenindividuellen Ambulantisierungsgrads
    ii. Lineare Ambulantisierung je Fall gem. fallgruppenindividuellen Ambulantisierungsgrad
    iii. Verrechnung mit Kennzahlen aus (2)
d) <u>Ermittlung und Implementierung eines Verweildauertrends</u>
    i. Berechnung des Trends
    ii. Verknüpfung des Trends je Fallgruppe mit Fällen aus der Masterfalltabelle_Fortschreibung

Der Algorithmus der Bedarfsprognose liefert eine Tabelle, die für alle Prognosejahre (2019 bis 2024), alle bedarfsrelevanten Kennzahlen auf Fallebene enthält. Für jedes

Prognosejahr ist folglich jeder Fall in der Tabelle genau einmal enthalten. Insgesamt ist jeder Fall folglich neun Mal in der Ergebnistabelle aufgeführt (neun Jahre von 2019 bis 2024). Die Ergebnisse werden in der csv-Tabelle *Masterfalltabelle_Fortschreibung* (MFTF) ausgegeben. Die MFTF wird anschließend an die oben aufgeführten Schritte analog des in Unterkapitel 6.4.4 beschriebenen Vorgehens für das auszugebene Zieljahr aggregiert.

6.4.3 Algorithmisches Vorgehen

6.4.3.1 Eingangsparameter und algorithmische Grundannahmen

Die folgenden Parameter und Grundannahmen können prinzipiell bei der geplanten Neuberechnung im Jahr 2024 im Algorithmus angepasst werden. Änderungen dieser Annahmen sollten jedoch gut begründet sein und müssen mit der Datenbasis in Einklang gebracht werden. Beispielsweise könnte zur demografischen Entwicklung in Zukunft eine Unterscheidung für mehr als zwei Geschlechter erfolgen. Dies ist aber nur bei entsprechender Datengrundlage durchführbar.

<u>Generelle Parameter</u>

Es wird das Datenjahr 2019 als Basisjahr verwendet. Der Prognosezeitraum erstreckt sich bis 2024. Das für die FSB relevante Prognosejahr wurde mit 2024 festgelegt.

6.4.3.2 Demografische Entwicklung

Zur Anwendung der Bevölkerungsprognose auf die Fallzahlentwicklung werden Patientengruppen anhand folgender Parameter gebildet, die grundsätzlich anpassbar sind:

<u>Altersgruppen:</u>

Altersgruppen zur Fortschreibung umfassen generell immer fünf Jahre, ergänzt um 0-Jährige, 1 bis 4-Jährige sowie die Altersgruppe der über 90-Jährigen, also 0, 1 bis 4, 5 bis 9, 10 bis 14, etc. bis 85 bis 89 sowie 90 und älter. Generell wären kleinere oder größere Altersgruppen denkbar und technisch umsetzbar. Da kleinere Altersgruppen oder sogar Einzeljahrgänge jedoch punktuell hohen Schwankungen unterworfen sind (z.B. (Nach-) Kriegseffekte) und größere Altersgruppen nicht feingliedrig genug sind, um

auf die Änderungen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen schließen zu können, wurde eine 5-Jahres-Größe der Gruppen gewählt.

Geschlecht:

Es werden zwei Geschlechter (männlich, weiblich) zur Differenzierung berücksichtigt, sollte das im Datensatz hinterlegte Geschlecht weder männlich noch weiblich sein, so wird – aus Gründen der sonst nicht durchführbaren Prognose – pauschal weiblich als Geschlecht gesetzt.

Geografische Ebene:

Als geografische Ebene der Fortschreibung wurde der LK gewählt. Generell könnte eine höhere geografische Ebene wie VG oder RB gewählt werden. Hierdurch würde jedoch auch das Ergebnis der Bedarfsprognose entsprechend gröber ausfallen. Kleinräumigere Prognosedaten sind nicht regelhaft verfügbar (insb. in Verknüpfung mit Alterscluster) und würden auch dazu führen, dass sehr kleine, schwierig interpretierbare Bevölkerungsgruppen entstünden.

6.4.3.3 Ambulantisierung

Es folgt eine Übersicht der Parameter und Annahmen, die grundsätzlich anpassbar sind:

AOP-Katalog:

Eine Grundlage zur Identifikation der relevanten Fälle ist der AOP Katalog 2019 (ca. 3.000 Prozeduren). Fälle, die ausschließlich Operationen bzw. Prozeduren aus dem AOP-Katalog aufweisen, werden also in einem ersten Schritt als potenziell relevant eingestuft.

Filter zur Identifikation stationärer Fälle:

Um vermeintlich komplexe Fälle, die aufgrund fallspezifischer Merkmale stationär verbleiben sollten, zu identifizieren, werden folgende Parameter genutzt:

- Alter unter vier Jahre: Kleinkinder und Säuglinge unterliegen besonderen Anforderungen zur stationären Überwachung, auch bei vermeintlich niedrigkomplexen Eingriffen bzw. relativ „leichten“ Erkrankungen.
- mind. eine Beatmungsstunde: Beatmete Patienten, auch bei kurzen Beatmungsdauern, bedürfen stationärer Überwachung. Außerdem ist eine Beatmung ein klares Indiz auf den Gesundheitszustand des Patienten.

- VWD beträgt mindestens vier Tage: Ein längerer Krankenhausaufenthalt kann auf einen schwierigen post-operativen Verlauf hindeuten, der stationäre Überwachung und Nachbehandlung erfordert.
- Fälle deren Aufnahme nicht über eine Verlegung oder Geburt erfolgte: also Ausschluss der Aufnahmeanlässe: A (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden), V (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden) oder G (Geburt), sowie Filter auf reguläre Aufnahmegründe beginnend mit: ‚01' - Krankenhausbehandlung, vollstationär oder ‚02' - Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung)
- Fälle die nicht regulär entlassen worden (Entlassungsgrund ist z.B. mit „Tod" oder „Verlegung" angegeben): Kurze VWD, die nicht durch eine reguläre Entlassung, d.h. den guten Heilungsfortschritt und Gesundheitszustand des Patienten, bedingt sind, bieten kein Anzeichen für Ambulantisierung. (Entlassungsgrund nur mit 01 oder 02 beginnend)

<u>Ziel-Ambulantisierungsjahr:</u>

Als Ziel-Ambulantisierungsjahr wurde 2035 gewählt. Dies bedeutet, dass der ambulantisierbare Anteil eines Falls erst im Jahre 2035 vollständig ambulant erbracht wird. Prämisse ist die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte und/oder ambulante Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser. Generell gilt, dass je weiter in der Zukunft das Ziel-Ambulantisierungsjahr liegt, der Ambulantisierungsgrad kleiner ist. Mit Blick auf die angestrebten Ambulantisierungsgrade von 90% bzw. 50% (siehe unten) erscheint das Jahr 2035 als Zieljahr angemessen. Das Zieljahr 2035 hat seine Bedeutung lediglich im Rahmen der Berechnung. Die Prognosewerte werden, wie bereits ausgeführt, nur bis zum Jahr 2024 in den KH-Plan aufgenommen, weil danach eine Neuberechnung erfolgen soll.

<u>Ambulantisierung konservativ geprägter Fälle:</u>

Auch bei konservativen Fällen (also Fällen, die nach den vorstehend genannten Kriterien [Liste der OPS-Codes] nicht als operative oder interventionelle Fälle einzustufen sind) ist die Frage nach dem Ambulantisierungspotential zu beantworten. Unter Berücksichtigung medizinisch-fachlicher Kriterien, wie sie sich beispielsweise aus der Befragung der

medizinischen Fachgesellschaften ergeben haben, sind dazu pauschale Ambulantisierungsfaktoren für die konservativen Fälle der jeweiligen LG festgelegt worden. Diese werden pro Jahr auf alle Fälle der LG angewendet und betragen 1% pro Jahr oder 2% pro Jahr. Für weitere Leistungsgruppen wird mit Blick auf die konservativen Fälle kein Ambulantisierungspotential gesehen. Die pauschalen Ambulantisierungsfaktoren je LG sind im Anhang durch die Excel-Tabelle Ambulantisierungsfaktor_je_konservativ_geprägter_LG gegeben.

6.4.3.4 Verweildauertrend

Es folgt eine Übersicht der Parameter und Annahmen, die grundsätzlich anpassbar sind:

Fallgruppen:

Basis für die Berechnung des VWD-Trends ist die Einteilung aller Fälle in Gruppen, geordnet nach LG. Historische Verweildauertrends werden also pro LG berechnet und fallindividuell je nach LG verrechnet.

Trendbeschränkung:

Der negative VWD-Trend pro Jahr wird auf -2,0% beschränkt. Das bedeutet, dass die VWD einer bestimmten Fallgruppe nie stärker als 2,0% pro Jahr sinken kann, selbst wenn die VWD dieser Fallgruppe in der Vergangenheit stärker gesunken ist. Hierdurch sollen potenzielle Ausreißer eingeschränkt werden und ein insgesamt konservativer Verweildauertrend geschätzt werden. Dieser konservative Ansatz ist berechtigt, weil eine schlichte mathematische Fortschreibung einer historisch deutlich rückläufigen Verweildauer die Tatsache außer Acht lassen würde, dass Verweildauerverkürzungen sich aus faktischen und medizinisch-fachlichen Gründen nicht unbegrenzt fortsetzen können.

Abschlag auf historische Verweildauerentwicklung:

Der errechnete Verweildauertrend wird nur zu 80% berücksichtigt. Wenn beispielsweise für eine Fallgruppe der historische Verweildauertrend eigentlich -1,0% pro Jahr betrüge, werden zur Fortschreibung lediglich -0,8% pro Jahr veranschlagt. Analog zur Trendbeschränkung kann also der maximale VWD-Trend tatsächlich lediglich -1,6% pro Jahr betragen. Hierdurch soll eine moderate Einschätzung des zukünftigen Verweildauertrends erreicht werden.

Untere Grenze:

Ein Fall kann trotz negativem VWD-Trend nie eine VWD kleiner als 1,0 Tage erhalten. VWD unter 1 Tag würden einen Logikfehler darstellen und sind empirisch nicht beobachtbar.

6.4.3.5 Eingangsdatensätze

1. Demografie- und Bevölkerungsdaten des Basisjahrs 2019, bezogen durch das Statistische Landesamt NRW
2. Demografie- und Bevölkerungsdaten bis mind. einschließlich des letzten Prognosejahres, bezogen durch das Statistische Landesamt NRW
3. AOP-Katalog: Verzeichnis der ambulant erbringbaren OPS-Codes.

6.4.3.6 Algorithmische Beschreibung

Im Folgenden werden die (Teil-) Schritte des Algorithmus im Detail erklärt.

6.4.3.7 Duplizierung der Datengrundlage

Um den demografischen Faktor, den Ambulantisierungsfaktor und den Verweildauertrend auf alle Fälle je Prognosejahr anwenden zu können, muss in einem ersten Schritt eine überschreibbare Datenbasis je Prognosejahr aufgebaut werden.

Hierzu wird jeder Fall der *MFT_inkl_LG* aus 2019 für die Jahre 2020 bis 2024, d.h. fünf Mal, dupliziert. Hierzu wird jede Zeile aus der *MFT_inkl_LG*, d.h. jede anonymisierte Fallnummer mit den jeweiligen Fallinformationen aus 2019, fünf Mal kopiert. Zur Unterscheidung der nun sechs gleichen Zeilen je anonymisierter Fallnummer wird die Spalte „Prognosejahr“ hinzugefügt, in die für die erste Zeile „2019“, für die zweite Zeile „2020“ usw. bis zur sechsten Zeile „2024“ eingetragen wird.

Die Kennzahlen je Fall sind zu diesem Zeitpunkt in allen duplizierten Zeilen gleich. Beispielsweise ist die FZ je Fall sowohl im Basisjahr 2019 als auch in allen Prognosejahren gleich 1. Die FZ und darauf basierend die weiteren Kennzahlen werden dann durch Verrechnung der verschiedenen Faktoren schrittweise angepasst. Da diese zusätzlichen Zeilen je anonymisierter Fallnummer nur einen Zwischenschritt darstellen sowie lediglich Kopien der Informationen der *MFT_inkl_LG* sind, wird hierfür keine csv-Datei im Anhang zur Verfügung gestellt.

6.4.3.8 Demografische Entwicklung

Um den demografischen Faktor in einem Prognosejahr für einen Fall zu bestimmen, wird wie folgt vorgegangen: Jeder Fall ist in der MFT durch sein Alter, sein Geschlecht und seine LK-ID beschrieben. Mittels dieser Variablen kann ein Fall in eine Fallgruppe eingeordnet werden, die durch ein Alterscluster, das Geschlecht und die geografische Ebene des LK beschrieben ist.

Die Bevölkerungsprognose NRW ist auf LK-Ebene (LK) und differenziert nach Alter (a) und Geschlecht (g) der Bevölkerung. Die Bevölkerung in den verschiedenen Prognosejahren der Bevölkerungsprognose NRW kann also in dieselben Gruppen eingeteilt werden wie die Fälle der MFT. Der Quotient der Bevölkerung einer so gebildeten Gruppe in einem Prognosejahr t und dem Basisjahr t_0 stellt schließlich den demografischen Faktor dieser Bevölkerungs- und analog Fallgruppe (BG, FG) dar:

$$Faktor\ Demografie_{BG}^{t} = \frac{BG_{LK,a,g}^{t}}{BG_{LK,a,g}^{t_0}} \tag{14}$$

Für alle $BG = FG$ gilt dann

$$Faktor\ Demografie_{BG}^{t} = Faktor\ Demografie_{FG}^{t} \tag{15}$$

Da für Fälle außerhalb NRW keine abgestimmte Bevölkerungsprognose vorliegt, wird obiges Vorgehen nur für Fälle mit Wohnort in NRW angewendet. Für Fälle mit Wohnort außerhalb von NRW (andere Bundesländer, Ausland, unbekannt) wird statt des abgeleiteten Faktors auf LK-Ebene ein NRW-weiter Faktor berechnet. Jeder Fall, der keinem LK in NRW zugeordnet werden kann, wird also mit der durchschnittlichen NRW-weiten Entwicklung fortgeschrieben. Die Unterteilungen in Alterscluster und Geschlecht gelten weiterhin, so dass sich die leicht modifizierte Formel ergibt.

$$Faktor\ Demografie_{BG}^{t} = \frac{BG_{NRWa,g}^{t}}{BG_{NRWa,g}^{t_0}} \tag{16}$$

Zur Veranschaulichung wird im Folgenden ein Beispiel zur Berechnung des demografischen Faktors für einen Fall mit Wohnort in NRW ausgeführt. Der Fall ist in der MFT durch folgende Merkmale beschrieben:

Alter: 83 Jahre, entsprechend wird der Fall in die Altersgruppe 80 Jahre bis unter 84 Jahre übergeleitet

Geschlecht: männlich

Kreis-ID: 05111

Im Basisjahr beträgt die Bevölkerung der entsprechenden Bevölkerungsgruppe 9.031 Einwohner. Im Prognosejahr 2023 (Prognosezeitpunkt 01.01.2024/31.12.2023) beträgt die Bevölkerung der entsprechenden Bevölkerungsgruppe 8.904 Einwohner. Im Prognosejahr 2024 (Prognosezeitpunkt 01.01.2025/31.12.2024) beträgt die Bevölkerung der entsprechenden Bevölkerungsgruppe 8431 Einwohner.

Der demografische Faktor für die Fallgruppe des oben beschriebenen Falls kann für die als Beispiele gewählten Prognosejahre wie folgt ermittelt werden:

$$Faktor\ Demografie^{2023}_{80-84,männlich,05111} = \frac{8.904}{9.031} \approx 0{,}9859 \tag{17}$$

Analog kann für das Prognosejahr 2024 berechnet werden:

$$Faktor\ Demografie^{2024}_{80-84,männlich,05111} = \frac{8.431}{9.031} \approx 0{,}9336 \tag{18}$$

Um schließlich die FZ eines Falls i in einem Prognosejahr t zu ermitteln, wird die FZ mit dem demografischen Faktor multipliziert:

$$FZ_i^t = FZ_i^{t_0} \cdot Faktor\ Demografie^t_{FG_i} \tag{19}$$

Tatsächlich werden die FZ und alle weiteren Kennzahlen außerdem mit einem Ambulantisierungsfaktor fortgeschrieben (vgl. Formel (9)). Im nächsten Kapitel wird die Bestimmung des Ambulantisierungsfaktors detailliert beschrieben und die beiden Effekte werden zusammen in einer Formel abgebildet.

6.4.3.9 Ambulantisierung

Im Folgenden soll die algorithmische Berücksichtigung des ambulanten Potenzials in der Bedarfsprognose beschrieben werden. Die Notwendigkeit der Integration eines ambulanten Potenzials wird im Einleitungskapitel beschrieben.

Der Algorithmus wird auf Fallebene durchgeführt. Im Endprodukt soll für jeden Fall aus der MFTF der Ambulantisierungsgrad im Ziel-Ambulantisierungsjahr in einer separaten

Spalte („zukünftige Ambulantisierung“) hinzugefügt werden. Dieser Ambulantisierungsgrad ist als Wahrscheinlichkeit zur ambulanten Erbringung eines Falls im Ziel-Ambulantisierungsjahr zu interpretieren.

Das algorithmische Vorgehen unterteilt sich in fünf Schritte (vgl. 6.4.3.9):

a) Fallkategorisierung: Einteilung der Fälle in Fälle mit relevanten OPS-Codes für Schritt 2 und Fälle ohne relevante OPS-Codes für Schritt 2 (diese Fälle werden in Schritt 3 betrachtet)
b) Filterung der relevanten Fälle durch AOP-Katalog: Einteilung der Fälle mit relevanten OPS-Codes in (a) Fälle mit nur ambulant durchführbaren OPS-Codes und (b) Fälle mit mind. einem nicht als ambulant durchführbar eingestuften OPS-Code
c) Anwendung der festgelegten pauschalen Ambulantisierung: Für jeden Fall, der nicht im Schritt 2 berücksichtigt wurde, wird geprüft, ob aufgrund der LG-Zugehörigkeit des Falls eine pauschale Ambulantisierung für den Fall angewendet wird.
d) Implementierung der Ambulantisierung: Berechnung der Fallzahl für jedes Prognosejahr mittels linearer Fortschreibung des Ambulantisierungsgrads

Durch Schritte 1 bis 3 wird ein individueller Ambulantisierungsgrad je Fallgruppe im Ziel-Ambulantisierungsjahr ermittelt. Schritt 4 stellt schließlich die rechnerische Umsetzung der Ambulantisierung in einem beliebigen Prognosejahr dar, die durch eine lineare Ambulantisierung je Fall gem. des fallgruppenindividuellen Ambulantisierungsgrads durchgeführt wird.

1. Fallkategorisierung (Einteilung der Fälle für Schritt 2 und Schritt 3)

Es werden alle Fälle anhand ihrer OPS-Codes in zwei Kategorien geteilt.

- Fälle mit relevanten OPS-Codes für Schritt 2: Hier sollen solche Fälle betrachtet werden, die mind. eine Operation oder Untersuchung der folgenden Bereiche enthalten haben
    - Alle OPS-Codes aus dem OPS-Kapitel „Operationen“, mit Ausnahme der OPS-Codes für Zusatzinformationen zu Operationen (also alle OPS-Codes im Bereich 5-010 bis 5-929)

- Alle OPS-Codes aus dem Bereich Untersuchungen der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens (1-26) und alle OPS-Codes aus dem Bereich Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf (1-27)
- Alle OPS-Codes aus dem Bereich der OPS-Komplexcodes (8-97 und 8-98)
- Die OPS-Kodes aus den Klassen 8-10 bis 8-13, 8-20 sowie 8-83

- Fälle ohne relevante OPS-Codes für Schritt 2: Hierunter fallen solche Fälle, die keine OPS-Codes der Kategorie (a) aufweisen. Hierbei handelt es sich typischerweise um konservative Fälle. Diese Fälle werden in Schritt 3 behandelt.

2. Filterung relevanter Fälle durch AOP-Katalog

Der zweite Schritt des Algorithmus ordnet jeden Fall mit relevanten OPS-Codes für Schritt 2 anhand der fallspezifischen OPS-Codes in die folgenden zwei Kategorien ein:

1. Alle OPS-Codes des Falls werden als ambulant durchführbar eingeschätzt: Hier handelt es sich um solche Fälle, die ausschließlich OPS-Codes aufweisen, die im AOP-Katalog aufgelistet sind. Diese Liste ist ein Input-Parameter des Algorithmus.
2. Mindestens ein OPS-Code des Falls wird als nicht ambulant durchführbar eingeschätzt

Fälle der Kategorie (a) werden nicht „automatisch“ als ambulantisierbar betrachtet, sondern auf folgende weitere Parameter geprüft:

3 oder weniger BT sowie

Der Fall hat keine Beatmungsstunden sowie

Das Alter des Falls ist mindestens 4 Jahre sowie

Aufnahmeanlass nicht: A (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden), V (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus langer als 24 Stunden) oder G (Geburt), sowie

§ 301-Aufnahmegrund 01* (Krankenhausbehandlung, vollstationär) oder 02* (Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung) sowie

§ 301-Entlassungsgrund 01* (Behandlung regulär beendet) oder 02* (Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen)

Ist eine (oder mehrere) der Bedingungen in der Aufzählung verletzt, so verbleibt der Fall vollständig stationär. Wenn alle Bedingungen erfüllt sind, wird der Fall für die Ambulantisierung berücksichtigt. In diesem Fall bedeutet dies, dass im Zielerreichungsjahr der Ambulantisierung ein Ambulantisierungsgrad von 90% für Fälle mit OPS-Codes der Kategorie 1 (Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können) und von 50% für Fälle mit OPS-Codes der Kategorie 2 des AOP-Katalogs (Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist) angesetzt wird. Bei OPS-Codes, die unter Berücksichtigung von weiteren, im AOP-Katalog aufgeführten Kriterien (z.B. Patientenalter, Durchführung eines beidseitigen Eingriffs) entweder der Kategorie 1 oder der Kategorie 2 zuzuordnen sind, wurden diese Kriterien analysiert. Je nachdem wie das zur Entscheidung herangezogene Merkmal in den Daten verteilt war, wurde bei >90% für Stufe 1 bzw. bei einem geringeren Wert für Stufe 2 entschieden. War das Merkmal nicht stringent prüfbar, wurde Stufe 2 festgelegt. Entsprechend wird die neu zu befüllende Spalte „zukünftige Ambulantisierung“ für diese Fälle auf 0,9 bzw. 0,5 gesetzt. Dies bedeutet, dass – im Rahmen des konservativen Vorgehens – für einen von zehn bzw. fünf von zehn Fällen angenommen wird, dass aufgrund anderer, nicht im Rahmen von Routinedaten abbildbarer Einflüsse keine Ambulantisierung erfolgen kann. Das heißt, dass auch von diesen Fällen immer einer von zehn bzw. fünf von zehn Fällen im Zieljahr 2035 stationär verbleibt.

Fälle der Kategorie (b) verbleiben zu 100% stationär. Der Ambulantisierungsgrad beträgt 0% und die Spalte „zukünftige Ambulantisierung“ wird entsprechend für alle diese Fälle gleich Null gesetzt.

3. Anwendung der festgelegten pauschalen Ambulantisierung

Die Fälle der Gruppe 2 (kein OPS-Code im relevanten Bereich für Schritt 2) aus Schritt 1 werden nun im Schritt 3 weiter behandelt.

Für jeden Fall ist in der Ausgangsdatei *MFT_inkl_LG* die Information enthalten, welcher spezifischen oder allgemeinen LG der Fall zugeordnet ist. Diese Information wird über die LG-ID mit den pauschalen Ambulantisierungsgraden je LG verbunden und später auf Jahresebene angewendet. Die Klassifizierung des ambulanten Potenzials der konservativen Fälle je LG kann der nachfolgenden Liste entnommen werden.

Leistungsgruppen mit Ambulantisierung um 1,0 % pro Jahr für die konservativen Fälle:

- „Allgemeine Innere Medizin“
- „Haut- und Geschlechtskrankheiten“
- „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“
- „Neurochirurgie“
- „Allgemeine Neurologie“

Leistungsgruppen mit Ambulantisierung um 2,0 % pro Jahr für die konservativen Fälle:

- „Allgemeine Chirurgie“
- „Augenheilkunde“
- „MKG“
- „Urologie“
- „Allgemeine Frauenheilkunde“
- „HNO“
- Sonstige/ nicht zuzuordnen

Ergebnis ist, dass für jeden dieser Fälle in der Spalte „zukünftige Ambulantisierung“ der MFTF ein entsprechender Ambulantisierungsgrad hinterlegt wird. Durch Abschluss des Schritts 3 ist nun also jedem für die Ambulantisierung relevanten Fall ein Ambulantisierungsgrad zugeordnet.

4. Implementierung der Ambulantisierung

Bis zum Ziel-Ambulantisierungsjahr soll der in Schritten 1 bis 3 definierte Ambulantisierungsgrad je Fall vollständig und linear erfolgt sein. Mithilfe der für alle Fälle

neu definierten Spalte „zukünftige Ambulantisierung“, in der der fallindividuelle Ambulantisierungsfaktor aufgeführt ist, und des definierten Ziel-Ambulantisierungsjahres kann für jeden Fall der Ambulantisierungsgrad in einem beliebigen Prognosejahr berechnet werden. Die nachfolgende Darstellung zeigt die Berechnung des Ambulantisierunggrads für die Fälle aus Schritt 2 (OPS-Weg). Der Ambulantisierungsfaktor für die konservativen Fälle ergibt sich einfach als $FZ_i^t = (1 - 0{,}01)^t = 0{,}99^t$ bzw. $FZ_i^t = (1 - 0{,}02)^t = 0{,}98^t$in Abhängigkeit der Einstufung in 1% bzw. 2% jährliche Ambulantisierung gemäß obiger Liste.

Dazu werden

1. das Basisjahr t_0,
2. das Ziel-Ambulantisierungsjahr t_a,
3. das Prognosejahr t und
4. der Ambulantisierungsgrad $Amb.G$ des Falls

benötigt. Hiermit kann der Ambulantisierungsgrad in einem Prognosejahr t ausgedrückt werden als:

$$Amb.G^t = Amb.G^{t_a} \cdot \frac{(t - t_0)}{(t_a - t_0)} \tag{20}$$

Die durch den Algorithmus ermittelten Ambulantisierungsgrade je anonymisierter Fallnumer sind in der csv-Tabelle *Amb.G_je_Fall* gegeben.

Die Fortschreibung eines jeden Falls i im entsprechenden Prognosejahr t erfolgt mit dem Ambulantisierungsfaktor $Faktor\ Ambulantisierung^t = (1 - Amb.G^t)$. Folglich ergibt sich:

$$FZ_i^t = FZ_i^{t_0} \cdot (1 - Amb.G_{FG_i}^t) \tag{21}$$

Zur Veranschaulichung ein Beispiel: Ein Fall i wird gemäß des 2. Schrittes des Algorithmus in der Kategorie 1 eingestuft. Folglich gilt für diesen Fall $Amb.G^{t_a} = 0{,}9$. Es ergibt sich:

$$FZ_i^{2023} = 1 \cdot \left(1 - 0{,}9 \cdot \frac{2023 - 2019}{2035 - 2019}\right) = 1 - 0{,}225 = 0{,}775 \tag{22}$$

Dieser Fall wird im Prognosejahr 2023 zu 22,5% als ambulant angenommen. Entsprechend wird dieser Fall mit $(1 - 0{,}225) = 0{,}775$ für das Prognosejahr 2023 fortgeschrieben. Dies bedeutet, dass dieser Fall im Jahre 2023 noch mit einem Fallanteil von 0,775 als stationär gezählt wird.

Es ist zu beachten, dass die Formel den singulären Effekt der Ambulantisierung ausdrückt. Tatsächlich werden die FZ und alle weiteren Kennzahlen außerdem mit dem Faktor Demografie fortgeschrieben. Durch Zusammenführung der Formeln ergibt sich schließlich:

$$FZ_i^t = FZ_i^{t_0} \cdot Faktor\ Demografie_{FG_i}^t \cdot (1 - Amb.G_{FG_i}^t) \tag{23}$$

.

6.4.3.10 Verweildauer

<u>Verweildauertrend:</u>

Ein Verweildauertrend approximiert u.a. den medizinisch-technischen Fortschritt, aber auch kontinuierliche Prozessoptimierung. Die Notwendigkeit der Berücksichtigung eines Verweildauertrends ergibt sich aus dem historisch klar erkennbaren Trend einer stetig leicht sinkenden VWD.

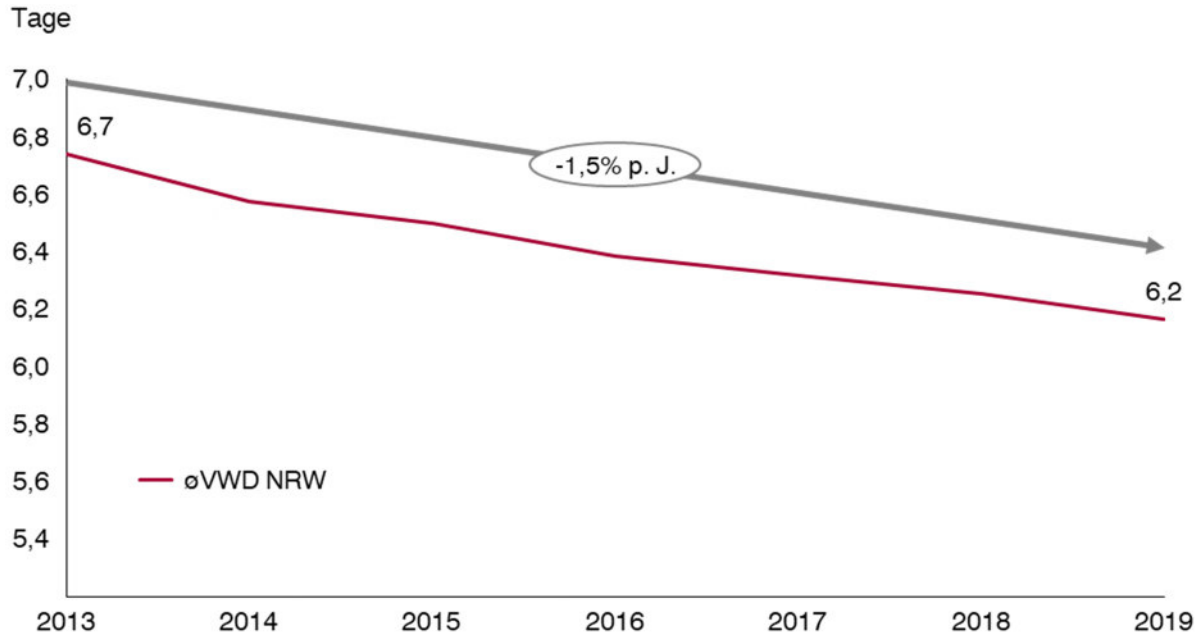


Abbildung 3: Historischer Verweildauertrend NRW 2013-2019

Im Folgenden wird die algorithmische Implementierung des Verweildauertrends erläutert. Der Verweildauertrend kann generell auf drei Ebenen ermittelt und umgesetzt werden: Auf Basis aller Fälle NRWs, auf Basis von LG und auf Basis von Basis-DRGs. Im Einklang mit der gewählten Planungssystematik erfolgt eine Implementierung auf Ebene von LG.

Die Berücksichtigung des Verweildauertrends erfolgt algorithmisch in zwei Schritten:

- Schritt: Berechnung des Trends
- Schritt: Verknüpfung des Trends mit MFT

<u>1. Berechnung des Trends</u>

Der Verweildauertrend spiegelt die historische Entwicklung der VWD in einem bestimmten Zeitraum wider.

Der Verweildauertrend kann durch eine lineare Regression bzw. dem Wachstum m der Regressionsgeraden beschrieben werden ($y = m \cdot x + c$ bzw. $m = \frac{y-c}{x}$). Die abhängige Variable y der Regression ist die VWD und die unabhängige Variable x das jeweilige Jahr im betrachteten Trendzeitraum.

Für die Bedarfsprognose werden die VWD-Trends mittels Regression ermittelt. Alternativ hätte der Verweildauertrend auch durch den Vergleich der VWD im letzten Jahr mit dem ersten Jahr des festgelegten Zeitraums erfolgen können. Vorteil einer linearen Regression ist jedoch, dass jedes Datenjahr im Trendzeitraum in die Betrachtung eingeht und nicht lediglich das erste und letzte Jahr des Trendzeitraums.

Zur Erhöhung der Validität wurden jedoch auch die VWD-Trends durch den Vergleich der VWD im letzten Jahr n mit dem ersten Jahr n_0 des Zeitraums ermittelt und mit den Ergebnissen der Regression verglichen, dabei zeigten sich nur geringfügige Unterschiede[16]. Der Verweildauertrend VT je LG LG wird dabei durch die Formel der jährlichen Wachstumsrate ausgedrückt:

$$VT_b = \sqrt[(n-n_0)]{\frac{VWD_{LG}^{n}}{VWD_{LG}^{n_0}}} - 1 \qquad (24)$$

[16] Bei der Ermittlung des VWD-Trends wurde auch die FZ-Entwicklung innerhalb der LG analysiert, für die LG bariatrische Chirurgie zeigten sich durch einen neuen OPS-Kode historisch nicht stringente Entwicklungen, so dass hier auf eine unterjährige Analyse zurückgegriffen wurde.

Im InEK-Datensatz liegen die Datenjahre 2013 bis 2019 vor. Folglich konnte der Trendzeitraum für die Bedarfsprognose von 2013 bis 2019 gewählt werden. Je LG LG wurde der Verweildauertrend VT in der Bedarfsprognose so folglich ermittelt durch:

$$VT_b = \sqrt[(2019-2013)]{\frac{VWD_{LG}^{2019}}{VWD_{LG}^{2013}}} - 1 = \sqrt[6]{\frac{VWD_{LG}^{2019}}{VWD_{LG}^{2013}}} - 1 \tag{25}$$

Bei LG mit sehr geringen Fallzahlen, inkonsistenten historischen Entwicklungen oder medizinischen Besonderheiten wurde der VWD-Trend auf 0% gesetzt. Dies betrifft insbesondere die LG des LB Transplantationsmedizin (Organe).

Zur konservativen, moderaten Einschätzung des Trends werden zwei Korrekturen des berechneten Trends vorgenommen:

1. Abschlag auf historische Verweildauerentwicklung, d.h. Berücksichtigung nur zu 80%
2. Trendbeschränkung auf in der Regel -2% bis 0% pro Jahr; Zulassen von singulär positivem Trend für einzelne LG

Der um die oben beschriebenen Korrekturen korrigierte Verweildauertrend $VT\ korr$ berechnet sich also wie folgt:

$$VT\ korr_{LG} = VT_{LG} \cdot 0{,}8 \tag{26}$$

wobei $VT_{LG} \in \mathbb{R}: -0{,}02 \leq VT_{LG} \leq 0{,}025$ gilt.

Die Trendbeschränkung lässt explizit auch positive Trends zu, diese zeigten sich in der Analyse ausschließlich für hochspezialisierte LG aus dem Bereich Kinder- und Jugendmedizin/Neonatologie. Dieser positive Trend ist also eher auf einen Sondereffekt aufgrund von stetigen Weiterentwicklungen in der Medizin zurückzuführen, die sich in den analysierten LG durch mehr komplexere Eingriffe/ Fälle äußert.

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Wenn für eine LG der gemäß Regression berechnete historische Verweildauertrend eigentlich $VT_{LG} = -3{,}4\%$ betrüge, wird VT_{LG}auf $VT_{LG} = -2{,}0\%$ beschränkt. Darüber hinaus wird VT_{LG} nur zu 80% berücksichtigt, d.h. $VT\ korr_{LG} = -2{,}0\% \cdot 80\% = -1{,}6\%$. Tatsächlich ist -1,6% pro Jahr der stärkste berücksichtigte Verweildauertrend.

Der im Schritt 1 berechnete Verweildauertrend je LG ist schließlich im Anhang in der Excel-Tabelle *Verweildauertrend_je_LG* gegeben. Diese Tabelle besteht aus zwei Spalten: Der LG und dem Verweildauertrend der jeweiligen LG als Prozentwert. Die Werte der Excel-Tabelle dienen dann für den Schritt 2 als Input-Parameter. Außerdem bietet die nachstehende Abbildung einen Überblick über den Anteil der Fälle an der Gesamt-Fallzahl sowie über den Anteil der LG an der Anzahl der kategorisierten LG je Verweildauertrendhöhe.

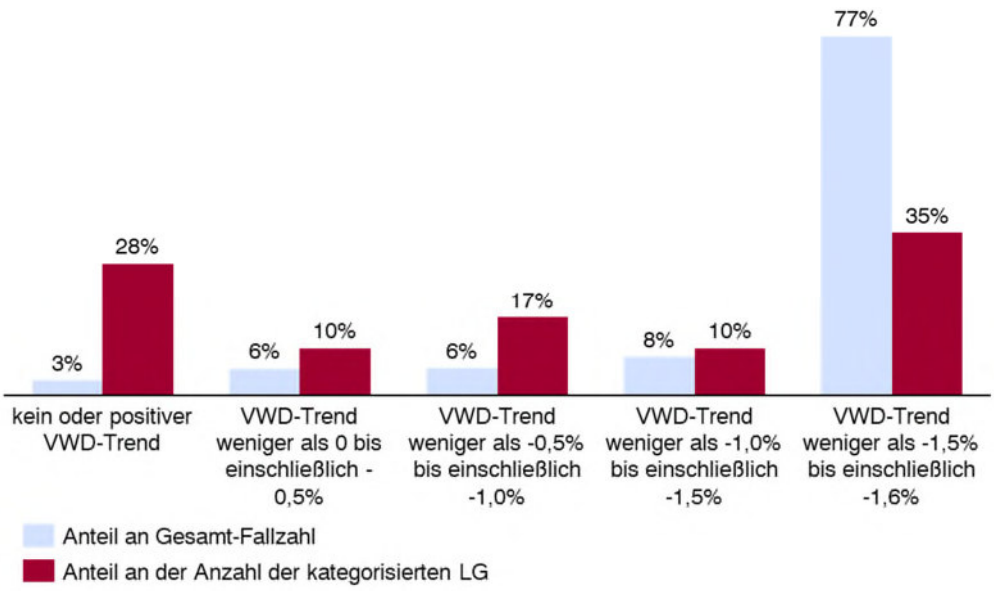


Abbildung 4: Anteil der Fälle an der Gesamt-Fallzahl und Anteil an der Verweildauertrendhöhe je LG.

2. Verknüpfung des Trends mit MFT

Im Schritt 2 wird der Verweildauertrend je LG mit jedem Fall der *MFT_inkl_LG*, basierend auf der LG des jeweiligen Falls, in jedem Prognosejahr verknüpft. Es erfolgt also die Umwandlung des Trends in einen Faktor gemäß $Faktor\ Verweildauertrend_{LG} = 1 + VT\ korr_{LG}$. Für ein Prognosejahr t sind die BT eines Falls i dann gegeben durch:

$$\begin{aligned} BT_i^t &= BT_i^{t_0} \cdot (Faktor\ Verweildauertrend_{LG})^{t-t_0} \\ &= BT_i^{t_0} \cdot (1 + VT\ korr_{LG})^{t-t_0} \end{aligned} \tag{27}$$

Die Summe $1 + VT\ korr_{LG}$ mag nicht intuitiv für die Modellierung eines negativen Trends erscheinen. Tatsächlich ist aufgrund von $VT_{LG} \in \mathbb{R}: -0{,}02 \leq T_b \leq 0{,}025$ die Summe aus $1 + VT\ korr_{LG}$ jedoch für LG mit negativem VWD-Trend immer kleiner oder gleich eins. Außerdem ist beim Term $(1 + VT\ korr_{LG})^{t-t_0}$ die Differenz aus t und t_0 als Potenz zu verstehen und nicht als Index.

Die maximale Verweildauerreduktion zwischen 2019 und 2024 kann unter Berücksichtigung von $VT_{korr} \in \mathbb{R}: -0{,}016 \leq VT_{LG} \leq 0{,}02$ dann wie folgt berechnet werden:

$$(1 + VT\ korr_{LG})^{2024-2019} = [1 + (-0{,}016)]^5 = 0{,}9225 \tag{28}$$

Dies entspricht also einem maximalen Verweildauerrückgang eines Falls von ca. 7,8% in acht Jahren. Hierbei ist zu beachten, dass die VWD eines Falls i in keinem Prognosejahr kleiner 1 sein kann. Wenn in einem Prognosejahr die VWD eines Falls durch den Verweildauertrend kleiner 1 würde, wird die VWD durch den Algorithmus gleich 1 gesetzt. Folglich gilt $BT_i^{t_0} \cdot (1 + VT\ korr_{LG})^{t-t_0} \geq 1$.

Einem Verweildauertrend wirken auf Einzelfallebene demografische Entwicklung (mehr ältere Patienten mit generell längerer VWD, komplexeren Krankheitsbildern und Multimorbidität) und Ambulantisierung (Ambulantisierung insbesondere von kurzliegenden Fällen) entgegen. Trotz des Verweildauertrends kann es auch bei LG mit negativem VWD-Trend dazu kommen, dass aufgrund der anderen Einflüsse die durchschnittliche VWD einer Fallgruppe in den Prognosejahren gleich oder höher ist als im Basisjahr. Tatsächlich lässt sich über alle Fälle NRWs beobachten, dass der Netto-Verweildauereffekt nach Berücksichtigung aller Einflussfaktoren nur ca. 0,6% pro Jahr beträgt (s. nachstehende Abbildung). Vergleichend mit der historisch beobachteten VWD-Entwicklung betont dies das angestrebte konservative Vorgehen bei der Bedarfsprognose.

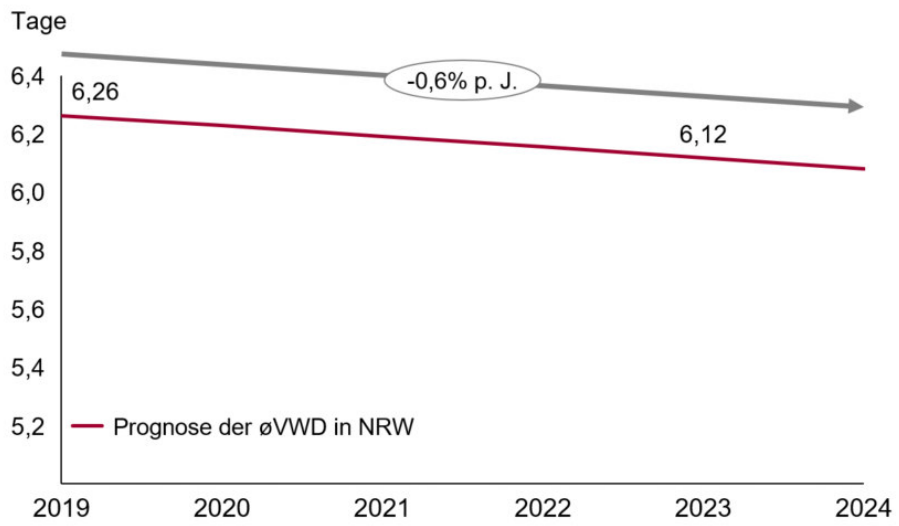


Abbildung 5: Entwicklung der durchschnittlichen VWD über alle Fälle 2019 bis 2024 gemäß Umsetzung aller Einflussfaktoren der Bedarfsprognose

6.4.4 Abschließende Aggregation zur Bedarfsermittlung in einem Prognosejahr

Nach Verrechnung der oben ausführlich beschriebenen Faktoren wird schließlich der Bedarf in einem Prognosejahr analog der Beschreibung zur Aggregation auf medizinischer und geografischer Ebene aus Kapitel 6.2.2 zusammengefasst und ermittelt.

6.5 Schwankungsbreite

Für jede Leistungsgruppe wird im Feststellungsbescheid mit dem der Versorgungsauftrag je Krankenhaus in der Regel eine Versorgungskapazität im Ist und Soll ausgewiesen. Gleichzeitig wird gem. § 16 Abs. 1 Nr. 7 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite im Krankenhausplan bestimmt, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der an dieser Stelle festgelegten Versorgungskapazität abweichen dürfen. Die Festlegung der Schwankungsbreite erfolgt normativ. Sie richtet sich nach den Erfordernissen einer medizinisch leistungsfähigen und zugleich wirtschaftlichen Krankenhausversorgung.

Die vorherige Krankenhausplanung hat das „Bett“ als Planungsgröße verwendet. Dementsprechend wurden keine Schwankungsbreiten angegeben. Bei der Bestimmung der Bettenzahl wurde jedoch ein Bettennutzungsgrad in die Berechnung einbezogen, der – neben anderen Faktoren – auch Schwankungen des Versorgungsbedarfs abgebildet hat.

Der Krankenhausplan 2015 ging insgesamt von einem Normauslastungsgrad in Höhe von 85% im Jahresdurchschnitt aus, der in Abhängigkeit von der Verweildauer in der ausgewiesenen Fachabteilung variierte. Auf dieser Grundlage lässt sich für die Plangröße „Fall“ eine Schwankungsbreite von 15 % ableiten. Zur weiteren Differenzierung für die einzelnen Leistungsgruppen ist der für den Bettennutzungsgrad verwendete Verweildauerbezug jedoch nicht ohne Weiteres übertragbar. So führen kurze Verweildauern und ein hoher Anteil planbarer Leistungen aufgrund der resultierenden schwachen Belegung an Wochenenden zu einer geringeren Bettennutzung, ohne dass es einen vergleichbaren Effekt auf der Fallebene gibt.

Der neue Krankenhausplan geht – auch mit Blick auf die als Erfahrung aus der Pandemie angestrebten ausreichenden Reserven – zunächst für alle Leistungsgruppen von einer Mindestschwankungsbreite von 15% aus. Diese Mindestschwankungsbreite ist unter bestimmten Voraussetzungen anzuheben.

Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, dass niedrige Fallzahlvolumina grundsätzlich höhere prozentuale Schwankungsbreiten erfordern.

Außerdem führt die Hierarchisierung bei der Fallzuordnung (vgl. Kapitel 6.3) für einige Leistungsgruppen zu geringeren Fallzahlen. Auch dies ist bei der Bestimmung der Schwankungsbreiten zu berücksichtigen.

Schließlich sind die Schwankungsbreiten – analog zum Vorgehen des Krankenhausplans 2015 bei den Bettennutzungsgraden – bei LG, die die Behandlung von Kindern zum Gegenstand haben, höher anzusetzen.

Unabhängig von den prozentual vorgegebenen Schwankungsbreiten soll die absolute Schwankungsbreite 10 Fälle nicht unterschreiten.

Eine Abweichung außerhalb der im Feststellungsbescheid festgelegten Schwankungsbreite ist ausnahmsweise zulässig, wenn Fallzahlen einer Leistungsgruppe vorübergehend, in der Regel nicht länger als 18 Monate, von einer anderen im Feststellungsbescheid des KH ausgewiesenen Leistungsgruppe desselben Leistungsbereichs in Anspruch genommen werden.

Das Gleiche gilt, wenn das Krankenhaus vorübergehend mehr Fälle erbringt, als insgesamt im Feststellungsbescheid über die Versorgungskapazität inkl. Schwankungsbreite ausgewiesen sind, wenn dies zur Versorgung der Patientinnen und Patienten gem. § 2 Abs. 1 KHGG NRW erforderlich ist. Dadurch wird die Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Feststellungsbescheid nicht entscheidungserheblich verändert.

Diese Regelungen sind zunächst bis zur Neuberechnung in 2024 befristet. Im Rahmen des Krankenhausplans als lernendes System sind die jeweiligen Schwankungsbreiten bei einer neuerlichen Bedarfsprognose in 2024 zu evaluieren und ggf. anzupassen. Gleiches gilt für Ausnahmereglungen. In besonderen Konstellationen kann auch eine kurzfristige Anpassung der Schwankungsbreiten in einzelnen LG von 2024 notwendig

werden, z.B. bei grundsätzlichen Änderungen der Regelwerke (unter anderem OPS-Katalog) oder bei Innovationen im Rahmen des medizinischen Fortschritts.

In der Psychiatrie werden für die LG der LB „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ eine Schwankungsbreite von 20% und für die LG der LB „Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“ eine Schwankungsbreite von 25% festgelegt.

LB	LG	Leistungsgruppe	Schwankungsbreite
1	1.1	Allgemeine Innere Medizin inkl.	20%
2	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	
3	3.1	Komplexe Gastroenterologie	
4	4.1	Komplexe Nephrologie	
5	5.1	Komplexe Pneumologie	
6	6.1	Komplexe Rheumatologie	
7	7.1	Stammzelltransplantation	20,00%
7	7.2	Leukämie und Lymphome	15,00%
8	8.1	EPU/ Ablation	20,00%
8	8.2	Interventionelle Kardiologie	20%
8	8.3	Kardiale Devices	20,00%
8	8.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	15,00%
9	9.1	Allgemeine Chirurgie inkl.	20%
10	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie	
11	11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	
12	12.1	Bauchaortenaneurysma	20,00%
12	12.2	Carotis operativ/ interventionell	20,00%
12	12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	15,00%
13	13.1	Herzchirurgie	15,00%
13	13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	25,00%
14	14.1	Endoprothetik Hüfte	15%
14	14.2	Endoprothetik Knie	15%
14	14.3	Revision Hüftendoprothese	15,00%
14	14.4	Revision Knieendoprothese	20,00%
14	14.5	Wirbelsäuleneingriffe	15%
15	15.1	Thoraxchirurgie	20,00%
16	16.1	Bariatrische Chirurgie	20,00%
16	16.2	Lebereingriffe	20,00%
16	16.3	Ösophaguseingriffe	20,00%
16	16.4	Pankreaseingriffe	20,00%
16	16.5	Tiefe Rektumeingriffe	20,00%
17	17.1	Augenheilkunde	20,00%
18	18.1	Haut- und Geschlechtskrankheiten	20,00%
19	19.1	MKG	20,00%
20	20.1	Urologie	20,00%
21	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde	20,00%
21	21.2	Ovarial-CA	20,00%
21	21.3	Senologie	20,00%
21	21.4	Geburten	25,00%
21		*nachrichtlich: gesunde Neugeborene*	
22	22.1	Perinataler Schwerpunkt	20,00%
22	22.2	Perinatalzentrum Level 1	20,00%
22	22.3	Perinatalzentrum Level 2	20,00%
23	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	25%
23	23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	25%
23	23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	25%
24	24.1	HNO	15,00%
24	24.2	Cochleaimplantate	20,00%
25	25.1	Neurochirurgie	20,00%
26	26.1	Allgemeine Neurologie	20%
26	26.2	Stroke Unit	20%
26	26.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	20,00%
27	27.1	Geriatrie	20,00%
29	29.1	Palliativmedizin	20,00%
30	30.1	Darmtransplantation	20,00%
30	30.2	Herztransplantation	20,00%
30	30.3	Lebertransplantation	20,00%
30	30.4	Lungentransplantation	20,00%
30	30.5	Nierentransplantation	20,00%
30	30.6	Pankreastransplantation	20,00%

7 Somatische Leistungsbereiche und -gruppen

7.1 Leistungsbereich „Allgemeine Innere Medizin“

Der Leistungsbereich „Allgemeine Innere Medizin“ ist zusammen mit dem Leistungsbereich „Allgemeine Chirurgie“ zentraler Bestandteil der wohnortnahen Versorgung.

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Allgemeine Innere Medizin“ orientiert sich am Gebiet „Innere Medizin“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet.

7.1.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“

Die wohnortnahe Versorgung und damit auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin nimmt im Rahmen der neuen Krankenhausplanung einen besonderen Stellenwert ein. Deswegen wird der Erreichbarkeit von Krankenhäusern, die einen Versorgungsauftrag für diese Leistungsgruppe haben, besondere Bedeutung beigemessen, wie im Kapitel „Erreichbarkeit“ erläutert.

<u>Übersicht Leistungsgruppendefinition</u>

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ orientieren sich am Gebiet „Innere Medizin“ der Weiterbildungsordnung der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LB-Nr.	Leistungsbereich (LB)	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
1	Allgemeine Innere Medizin	1.1	Allgemeine Innere Medizin	WBO	Orientierung am Gebiet Innere Medizin	0100	Innere Medizin
						0103	Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
						0105	Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
						0152	Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
						0154	Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
						0190	Sonstige Innere
						0191	Sonstige Innere
						0192	Sonstige Innere
						0300	Kardiologie
						0390	Kardiologie
						0500	Hämatologie und internistische Onkologie
						3750	Angiologie
						3752	Palliativmedizin
						0200	Geriatrie
						0260	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Wie im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und –prognose ausführlich erläutert, erfolgt die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ gemeinsam mit den weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin (LG 2.1 bis 6.1).

Für das Jahr 2024 sind nach der so durchgeführten Bedarfsprognose 1.488.843 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
1.1	Allgemeine Innere Medizin	Kreis	Mindest-voraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor 24/7, CT 24/7 mind. in Kooperation, Endoskopie (Regeldienst)	FA aus dem Gebiet für Innere Medizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium	LB Frauenheilkunde und Geburtshilfe		MRT				

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.2 Leistungsbereich „Endokrinologie und Diabetologie“

Der Leistungsbereich „Endokrinologie und Diabetologie“ umfasst die allgemeine Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“.

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Endokrinologie und Diabetologie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

7.2.1 Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ orientieren sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ der Weiterbildungsordnung der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	WBO		Orientierung an der Facharztkompetenz Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	0106 0153 0600	Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes Endokrinologie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Wie im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und -prognose ausführlich erläutert, erfolgt die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ gemeinsam mit den weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin (LG 2.1 bis 6.1), darunter auch die LG „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“. Eine gesonderte Ausweisung des Bedarfs für diese Leistungsgruppe erfolgt deswegen im Rahmen der Bedarfsprognose nicht.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“

Wie im Kapitel zur Bedarfsermittlung und -prognose ausführlich erläutert, kann jedes Krankenhaus, das die Mindestvoraussetzungen erfüllt, den Versorgungsauftrag für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin erhalten, somit auch den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“. Damit ist der Auftrag verbunden, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu bilden. Ein Auswahlermessen anhand von Auswahlkriterien wird daher nicht auszuüben sein.

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- Endokrinologie und Diabetologie FA Gebiet Innere Medizin FA Kinder- und Jugendmedizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon mind. 2 FA f. Innere Med. u. End. u. Diabet, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Med. sein. Bei Vorhaltung LG Allg. Kinder- und Jugendmedizin am Standort: Davon mind. 2 FA f. Kinder- u. Jugendmed. mit ZW vorzuhalten, dritter FA kann ein FA f. Kinder- und Jugendmed. sein.		Ernährungsberatung/ Möglichkeit der Ernährungstherapie Interdisziplinäre Fallkonferenzen Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.3 Leistungsbereich „Gastroenterologie“

Der Leistungsbereich „Gastroenterologie“ umfasst eine Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“.

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Gastroenterologie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Gastroenterologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“ als Leistungsgruppe zugeordnet.

7.3.1 Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“ orientieren sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Gastroenterologie“ der Weiterbildungsordnung der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
3.1	Komplexe Gastroenterologie	WBO		Orientierung an der Facharztkompetenz Innere Medizin und Gastroenterologie	0107 0700 0790	Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie Gastroenterologie Gastroenterologie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Wie im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und –prognose ausführlich erläutert, erfolgt die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ gemeinsam mit den weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin (LG 2.1 bis 6.1), darunter auch die LG „Komplexe Gastroenterologie“. Eine gesonderte Ausweisung des Bedarfs für diese Leistungsgruppe erfolgt deswegen im Rahmen der Bedarfsprognose nicht. Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“

Wie im Kapitel zur Bedarfsermittlung und -prognose ausführlich erläutert, kann jedes Krankenhaus, das die Mindestvoraussetzungen erfüllt, den Versorgungsauftrag für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin erhalten, somit auch den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“. Damit ist der Auftrag verbunden, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu bilden. Ein Auswahlermessen anhand von Auswahlkriterien wird daher nicht auszuüben sein.

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
3.1	Komplexe Gastroenterologie	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin[1]	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT 24/7	FA Innere Medizin und Gastroenterologie FA Gebiet Innere Medizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon müssen mind. 2 FA regelmäßig in angemessenem Umfang am Rufbereitschaftsdienst teilnehmen. Unter dieser Voraussetzung können sich auch andere FA aus dem Gebiet Innere Medizin an der Rufbereitschaft beteiligen.		Ernährungsberatung/ Möglichkeit der Ernährungstherapie (mind. in Kooperation) Interdisziplinäre Tumorkonferenzen Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.4 Leistungsbereich „Nephrologie“

Der Leistungsbereich „Nephrologie“ umfasst die allgemeine Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“.

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Nephrologie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Nephrologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

7.4.1 Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ orientieren sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Nephrologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
4.1	Komplexe Nephrologie	WBO		Orientierung an der Facharztkompetenz Innere Medizin und Nephrologie	0104 0400 0490	Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie Nephrologie Nephrologie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Wie im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und -prognose ausführlich erläutert, erfolgt die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ gemeinsam mit den weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin (LG 2.1 bis 6.1), darunter auch die LG „Komplexe Nephrologie“. Eine gesonderte Ausweisung des Bedarfs für diese Leistungsgruppe erfolgt deswegen im Rahmen der Bedarfsprognose nicht.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
4.1	Komplexe Nephrologie	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler-/Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie FA Gebiet Innere Medizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon müssen mind. 2 FA regelmäßig in angemessenem Umfang am Rufbereitschaftsdienst teilnehmen. Unter dieser Voraussetzung können sich auch andere FA aus dem Gebiet Innere Medizin an der Rufbereitschaft beteiligen.		Interdisziplinäre Fallkonferenzen

Wie im Kapitel zur Bedarfsermittlung und -prognose ausführlich erläutert, kann jedes Krankenhaus, das die Mindestvoraussetzungen erfüllt, den Versorgungsauftrag für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin erhalten, somit auch den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“. Damit ist der Auftrag verbunden, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu bilden. Ein Auswahlermessen anhand von Auswahlkriterien wird daher nicht auszuüben sein.

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.5 Leistungsbereich „Pneumologie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Pneumologie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Pneumologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Komplexe Pneumologie“ als einzige Leistungsgruppe zugeordnet.

7.5.1 Leistungsgruppe „Komplexe Pneumologie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Komplexe Pneumologie“ orientieren sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Pneumologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
5.1	Komplexe Pneumologie	WBO		Orientierung an der Facharztkompetenz Innere Medizin und Pneumologie	0108 0800 0890 0891 0892 1400	Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie Pneumologie Pneumologie Pneumologie Pneumologie Lungen- und Bronchialheilkunde

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Wie im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und -prognose ausführlich erläutert, erfolgt die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ gemeinsam mit den weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin (LG 2.1 bis 6.1), darunter auch die LG „Komplexe Pneumologie“. Eine gesonderte Ausweisung des Bedarfs für diese Leistungsgruppe erfolgt deswegen im Rahmen der Bedarfsprognose nicht.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Komplexe Pneumologie“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
5.1	Komplexe Pneumologie	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LB Hämatologie und Onkologie[1] LG Palliativmedizin[1] Angebot Nuklearmedizin[1] Angebot Strahlentherapie[1]	Röntgen, CT, Bronchoskopie 24/7, Spirometrie, Bodyplethysmographie	FA Innere Medizin und Pneumologie FA Gebiet Innere Medizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon müssen mind. 2 FA regelmäßig in angemessenem Umfang am Rufbereitschaftsdienst teilnehmen. Unter dieser Voraussetzung können sich auch andere FA aus dem Gebiet Innere Medizin an der Rufbereitschaft beteiligen.		Interdisziplinäre Fallkonferenzen/ Tumorkonferenzen Psychoonkologische Expertise (mind. in Kooperation)

Wie im Kapitel zur Bedarfsermittlung und -prognose ausführlich erläutert, kann jedes Krankenhaus, das die Mindestvoraussetzungen erfüllt, den Versorgungsauftrag für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin erhalten, somit auch den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe „Komplexe Pneumologie“. Damit ist der Auftrag verbunden, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu bilden. Ein Auswahlermessen anhand von Auswahlkriterien wird daher nicht auszuüben sein.

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.6 Leistungsbereich „Rheumatologie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Rheumatologie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Rheumatologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ als einzige Leistungsgruppe zugeordnet.

7.6.1 Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ orientieren sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Rheumatologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
6.1	Komplexe Rheumatologie	WBO		Orientierung an der Facharztkompetenz Innere Medizin und Rheumatologie	0109 0900 2309	Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie Rheumatologie Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Wie im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und –prognose ausführlich erläutert, erfolgt die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ gemeinsam mit den weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin (LG 2.1 bis 6.1), darunter auch die LG „Komplexe Rheumatologie“. Eine gesonderte Ausweisung des Bedarfs für diese Leistungsgruppe erfolgt deswegen im Rahmen der Bedarfsprognose nicht.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
6.1	Komplexe Rheumatologie	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin ODER LB Orthopädie und Unfallchirurgie		Sonographiegerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Interdisziplinäre Fallkonferenzen Physiotherapeutische, ergotherapeutische, schmerztherapeutische Kompetenz am Standort

Wie im Kapitel zur Bedarfsermittlung und -prognose ausführlich erläutert, kann jedes Krankenhaus, das die Mindestvoraussetzungen erfüllt, den Versorgungsauftrag für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Inneren Medizin erhalten, somit auch den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“. Damit ist der Auftrag verbunden, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu bilden. Ein Auswahlermessen anhand von Auswahlkriterien wird daher nicht auszuüben sein.

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.7 Leistungsbereich „Hämatologie und Onkologie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Hämatologie und Onkologie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die spezifische Leistungsgruppe „Stammzelltransplantation“ und die spezifische Leistungsgruppe „Leukämie und Lymphome“ zugeordnet.

7.7.1 Leistungsgruppe „Stammzelltransplantation“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Stammzelltransplantation“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert. Bei der Fallzuordnung für die Bedarfsbestimmung und -prognose erfolgt die Abgrenzung zur Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und -Onkologie -Stammzelltransplantation“ über das Alter (ab 18 Jahren). Mit Blick auf den Versorgungsauftrag ist bei diesen beiden Leistungsgruppen eine Über-/Unterschreitung der Altersgrenze im Rahmen der Transition in einem begrenzten Umfang zulässig.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
7.1	Stammzelltransplantation	OPS + Alter	5-411 8-805	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen Alter: > 17 Jahre*)		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 1.631 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Stammzelltransplantation“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
7.1	Stammzell-transplantation	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Augenheilkunde LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	CT 24/7 oder MRT 24/7, Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr (nur bei allogener Stammzelltransplatation), Möglichkeit zum zentralen Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Möglichkeit zur nichtinvasiven Beatmung (inkl. HFNC)	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Psycho-onkologische Expertise in Kooperation
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Haut- und Geschklechtskrankheiten LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation LG Komplexe Nephrologie LG Komplexe Pneumologie Angebot Strahlentherapie			FA Transfusionsmedizin			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgem/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.7.2 Leistungsgruppe „Leukämie und Lymphome“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Leukämie und Lymphome“ werden künftig über die aufgeführten OPS- und ICD-Codes definiert.

Bei der Fallzuordnung für die Bedarfsbestimmung und -prognose erfolgt die Abgrenzung zur Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome“ über das Alter (ab 18 Jahren). Mit Blick auf den Versorgungsauftrag ist bei diesen beiden Leistungsgruppen eine Über-/Unterschreitung der Altersgrenze im Rahmen der Transition in einem begrenzten Umfang zulässig.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
7.2	Leukämie und Lymphome	ICD + OPS	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]		
		+ Alter	C82	Follikuläres Lymphom		
			C83	Nicht follikuläres Lymphom		
			C84	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome		
			C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms		
			C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome		
			C88.*0	Bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer kompletten Remission		
			C90.*0	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen: Ohne Angabe einer kompletten Remission		
			C91.*0	Lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission		
			C92.*0	Myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission		
			C93.*0	Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission		
			C94.*0	Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission		
			C95.*0	Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission		
			UND			
			8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie		
			8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie		
				Es gelten nur Hauptdiagnosen. Alter: > 17 Jahre.*)		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 ist nach der durchgeführten Bedarfsprognose eine Fallzahl von 6.476 Fällen zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Leukämie und Lymphome“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
7.2	Leukämie und Lymphome	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation[1] Angebot Strahlentherapie	CT 24/7 oder MRT 24/7	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie FA Gebiet Innere Medizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7, aus dem Gebiet "Innere Medizin" davon mind. 2 FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie(VZÄ)		Interdisziplinäre Tumorkonferenzen
			Auswahl-kriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Stammzelltransplantation[1]			FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.8 Leistungsbereich „Kardiologie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Kardiologie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Kardiologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die vier spezifischen Leistungsgruppen „EPU / Ablation“, „Interventionelle Kardiologie“, „Kardiale Devices“ und „Minimalinvasive Herzklappenintervention“ zugeordnet.

7.8.1 Leistungsgruppe „EPU / Ablation“

Diese Leistungsgruppe umfasst spezielle Katheterverfahren zur Untersuchung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen.

Die Verfahren der EPU (elektrophysiologische Untersuchung) und Ablation („Verödung“) setzten hohe medizinische Kompetenz und Erfahrung voraus. Deshalb werden sie in einer eigenen Leistungsgruppe definiert.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „EPU / Ablation“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes und das Alter definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
8.1	EPU / Ablation	OPS + Alter	1-265 8-835	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen Alter > 17 Jahre*)		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 ist nach der durchgeführten Bedarfsprognose eine Fallzahl von 26.969 Fällen zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „EPU / Ablation“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
8.1	EPU / Ablation	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LB Herzchirurgie[1] LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices	CT 24/7, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium	LB Gefäßchirurgie LB Herzchirurgie[1] LG Kardiale Devices		Kardio-MRT, Myokardszintigraphie				

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.8.2 Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“

Interventionelle kardiologische Eingriffe umfassen Untersuchungen und Eingriffe mittels Herzkatheter, z.B. bei Erkrankungen der Herzkranzgefäße. Da es sich um häufige und besonders steuerungsrelevante Interventionen handelt, erfolgt die Planung künftig über eine eigene Leistungsgruppe.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes und das Alter definiert.

LG-Nr.	Leistungs-gruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
8.2	Interventionelle Kardiologie	OPS + Alter	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung		
			1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung		
			1-276	Angiokardiographie als selbstständige Maßnahme		
			8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen		
			8-83d.0	Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents		
			8-83d.1	Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents		
			8-83d.2	Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents Alter > 17 Jahre*)		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 ist nach der durchgeführten Bedarfsprognose eine Fallzahl von 188.994 Fällen zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
8.2	Interventionelle Kardiologie	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LB Herzchirurgie[1] LG Kardiale Devices[1]	Katheterlabor, Röntgen, CT 24/7, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	5 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium	LG EPU / Ablation LB Gefäßchirurgie LB Herzchirurgie[1] LG Kardiale Devices[1]		Kardio-MRT, Myokardszintigraphie			Modul Durchblutungsstörungen am Herzen nach § 28 G-BA Beschluss zu Notfallstufen oder erweiterte Notfallstufe oder umfassende Notfallstufe	

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.8.3 Leistungsgruppe „Kardiale Devices“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst die Behandlung mit bestimmten Herzschrittmachern und Defibrillatoren (Schockgebern).

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Kardiale Devices“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes und das Alter definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
8.3	Kardiale Devices	OPS + Alter	5-377 außer	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders		
			5-377.0	Schrittmacher, n.n.bez.		
			5-377.1	Schrittmacher, Einkammersystem		
			5-377.2	Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde		
			5-377.3	Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden		
			5-377.8	Ereignis-Rekorder		
			5-377.b	System zur nicht invasiven Überwachung von Abstoßungsreaktionen nach Herztransplantation		
			5-377.c	Isolierte Sondenimplantation, offen chirurgisch		
			5-377.d	Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem		
			5-377.h	Verwendung von Herzschrittmachern mit zusätzlicher Messfunktion		
			5-377.x	Sonstige		
			5-377.y	N.n.bez.		
			5-378 außer	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators		
			5-378.0	Aggregatentfernung		
			5-378.1	Sondenentfernung		
			5-378.2	Aggregat- und Sondenentfernung		
			5-378.4	Lagekorrektur des Aggregats		
			5-378.a	Zusatzinformation für die Sondenentfernung		
			5-378.b0	Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem		
			5-378.b3	Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem		
			5-378.b6	Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Einkammersystem		
			5-378.b7	Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem		
			5-378.ca	Systemumstellung Defibrillator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem		
			5-378.cb	Systemumstellung Defibrillator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem		
			5-378.d0	Systemumstellung interkardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem		
			5-378.d1	Systemumstellung interkardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem		
			5-378.x	Sonstige		
			5-378.y	N.n.bez.		
			außer mit ** gekennzeichnete Codes auf 6-Steller-Ebene			
			.0	Schrittmacher, n.n.bez.		
			.1	Schrittmacher, Einkammersystem		
			.2	Schrittmacher, Zweikammersystem		
			.7	Ereignis-Rekorder		
			.j	Kabelloses Stimulationssystem		
			.x	Sonstige		
				Alter > 17 Jahre*)		

			5-378.b0 5-378.b3 5-378.b6 5-378.b7 5-378.ca 5-378.cb 5-378.d0 5-378.d1 5-378.x 5-378.y außer mit ** gekennzeichnete Codes auf 6-Steller-Ebene .0 .1 .2 .7 .j .x	Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Einkammersystem Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem Systemumstellung Defibrillator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem Systemumstellung Defibrillator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem Systemumstellung interkardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem Systemumstellung interkardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem Sonstige N.n.bez. Schrittmacher, n.n.bez. Schrittmacher, Einkammersystem Schrittmacher, Zweikammersystem Ereignis-Rekorder Kabelloses Stimulationssystem Sonstige Alter > 17 Jahre*)		

<u>Bedarfsprognose und Versorgungsziel</u>

Für das Jahr 2024 ist nach der durchgeführten Bedarfsprognose eine Fallzahl von 10.229 Fällen zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Kardiale Devices“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
8.3	Kardiale Devices	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG EPU / Ablation[1] LB Herzchirurgie[1] LG Interventionelle Kardiologie	CT 24/7, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium	LG EPU / Ablation[1] LB Gefäßchirurgie LB Herzchirurgie[1]		Kardio-MRT, Myokardszintigraphie				

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.8.4 Leistungsgruppe „Minimalinvasive Herzklappenintervention“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Minimalinvasive Herzklappenintervention“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code und das Alter definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
8.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	OPS + Alter	5-35a.0	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes Alter > 17 Jahre*)		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 ist nach der durchgeführten Bedarfsprognose eine Fallzahl von 5.487 Fällen zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Minimalinvasive Herzklappenintervention“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
8.4	Minimalinvasive Herzklappen-intervention	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Interventionelle Kardiologie LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Bei TAVI: LB Herzchirurgie	LG Allgemeine Chirurgie[1] LB Herzchirurgie[1] LG EPU / Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer OP oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Interdisziplinäre Fallkonferenzen
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Chirurgie[1] LB Herzchirurgie[1]						

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.9 Leistungsbereich „Allgemeine Chirurgie“

Der Leistungsbereich „Allgemeine Chirurgie“ ist zusammen mit dem Leistungsbereich „Allgemeine Innere Medizin“ zentraler Bestandteil der wohnortnahen Versorgung.

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Allgemeine Chirurgie“ orientiert sich am Gebiet „Chirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ zugeordnet.

7.9.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“

Die wohnortnahe Versorgung und damit auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ nimmt im Rahmen der neuen Krankenhausplanung einen besonderen Stellenwert ein. Deswegen wird der Erreichbarkeit von Krankenhäusern, die einen Versorgungsauftrag für diese Leistungsgruppe haben, besondere Bedeutung beigemessen, wie im Kapitel „Erreichbarkeit“ erläutert.

<u>Leistungsgruppendefinition</u>

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ orientieren sich am Gebiet „Chirurgie“ der Weiterbildungsordnung der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
9.1	Allgemeine Chirurgie	WBO		Orientierung am Gebiet Chirurgie	1500	Allgemeine Chirurgie
					1518	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
					1520	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
					1590	Chirurgie - Sonstiger Schwerpunkt
					1591	Chirurgie - Sonstiger Schwerpunkt
					1592	Chirurgie - Sonstiger Schwerpunkt
					1600	Unfallchirurgie
					1690	Unfallchirurgie - Sonstiger Schwerpunkt
					1691	Unfallchirurgie - Sonstiger Schwerpunkt
					1800	Gefäßchirurgie
					2000	Thoraxchirurgie
					2021	Thoraxchirurgie + Herzchirurgie
					2100	Herzchirurgie
					2136	Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
					2190	Herzchirurgie - Sonstiger Schwerpunkt
					2300	Orthopädie
					2315	Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
					2316	Orthopädie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
					3751	Radiologie
					3755	Wirbelsäulenchirurgie
					3757	Viszeralchirurgie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Wie im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und -prognose ausführlich erläutert, erfolgt die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen für die LG „Allgemeine Chirurgie“ gemeinsam mit den weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der allgemeinen Chirurgie (LG 10.1 bis11.1).

Für das Jahr 2024 sind nach der so durchgeführten Bedarfsprognose 915.196 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
9.1	Allgemeine Chirurgie	Kreis	Mindest-voraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor 24/7, CT 24/7 mind. in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozyten-konzentraten und Thrombozyten-konzentraten (mind. in Kooperation, 24/7), Mind. 2 OP-Säle	FA Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Jeweils 1 FA für Allgemeinchirurgie kann durch 1 FA für Orthopädie und Unfalllchirurgie und 1 FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden		
			Auswahl-kriterium	LG Geriatrie						

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.10 Leistungsbereich „Kinder- und Jugendchirurgie“

Der Leistungsbereich „Kinder- und Jugendchirurgie“ umfasst die allgemeine Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“.

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Kinder- und Jugendchirurgie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Kinder- und Jugendchirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

7.10.1 Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“ orientieren sich an der Facharztkompetenz „Kinder- und Jugendchirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand des in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssels.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
10.1	Kinder- und Jugendchirurgie	WBO		Orientierung an der Facharztkompetenz Kinder- und Jugendchirurgie	1300	Kinderchirurgie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Wie im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und -prognose ausführlich erläutert, erfolgt die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen für die LG „Allgemeine Chirurgie“ gemeinsam mit den weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Allgemeinen Chirurgie (LG 10.1 bis 11.1), darunter auch die LG „Kinder- und Jugendchirurgie“. Eine gesonderte Ausweisung des Bedarfs für diese Leistungsgruppe erfolgt deswegen im Rahmen der Bedarfsprognose nicht.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
10.1	Kinder- und Jugendchirurgie	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT 24/7 oder MRT 24/7 mind. in Kooperation, Sonographie	FA Kinderchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Kinderradiologische und -anästhesiologische Expertise in Kooperation

Wie im Kapitel zur Bedarfsermittlung und -prognose ausführlich erläutert, kann jedes Krankenhaus, das die Mindestvoraussetzungen erfüllt, den Versorgungsauftrag für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Chirurgie erhalten, somit auch den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“. Damit ist der Auftrag verbunden, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu bilden. Ein Auswahlermessen anhand von Auswahlkriterien wird daher nicht auszuüben sein.

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.11 Leistungsbereich „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“

Der Leistungsbereich „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“ umfasst die allgemeine Leistungsgruppe „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“.

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

7.11.1 Leistungsgruppe „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“ orientieren sich an der Facharztkompetenz „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand des in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssels.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	WBO		Orientierung an der Facharztkompetenz Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	1900	Plastische Chirurgie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Wie im Kapitel zur Bedarfsbestimmung und -prognose ausführlich erläutert, erfolgt die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen für die LG „Allgemeine Chirurgie“ gemeinsam mit den weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Allgemeinen Chirurgie (LG 10.1 bis 11.1), darunter auch die LG „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“. Eine gesonderte Ausweisung des Bedarfs für diese Leistungsgruppe erfolgt deswegen im Rahmen der Bedarfsprognose nicht.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin	Angebot Schwerbrand-verletzte		FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie FA Gebiet Chirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon müssen mind. 2 FA regelmäßig in angemessenem Umfang am Rufbereitschaftsdienst teilnehmen. Unter dieser Voraussetzung können sich auch andere FA aus dem Gebiet Chirurgie an der Rufbereitschaft beteiligen.		

Wie im Kapitel zur Bedarfsermittlung und -prognose ausführlich erläutert, kann jedes Krankenhaus, das die Mindestvoraussetzungen erfüllt, den Versorgungsauftrag für die weiteren allgemeinen Leistungsgruppen in der Chirurgie erhalten, somit auch den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe „Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“. Damit ist der Auftrag verbunden, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu bilden. Ein Auswahlermessen anhand von Auswahlkriterien wird daher nicht auszuüben sein.

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.12 Leistungsbereich „Gefäßchirurgie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Gefäßchirurgie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Gefäßchirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die drei spezifischen Leistungsgruppen „Bauchaortenaneurysma“, „Carotis operativ/ interventionell“ und „Komplexe periphere arterielle Gefäße“ zugeordnet.

7.12.1 Leistungsgruppe „Bauchaortenaneurysma“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst die operative oder interventionelle Behandlung von Erweiterungen (Aussackungen) im Bereich der Bauchschlagader.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Bauchaortenaneurysma“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
12.1	Bauchaortenaneurysma	OPS	5-384.5	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.		
			5-384.6	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal.		
			5-384.7	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal		
			5-38a.c	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis		
			8-84a.*4	(Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stent, Aorta		
			8-84b.*4	(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen, Aorta		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 3974 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Bauchaortenaneurysma“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
12.1	Bauchaorten-aneurysma	VG	Mindest-voraussetzung	Die Qualitätsvorgaben orientieren sich an den Vorgaben der G-BA Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die						
				LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium				FA Innere Medizin und Angiologie			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.12.2 Leistungsgruppe „Carotis operativ/ interventionell“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst die operative oder interventionelle Behandlung von Erkrankungen der Halsschlagadern (Arteria carotis).

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Carotis operativ/ interventionell“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
12.2	Carotis operativ/ interventionell	OPS	8-836.0j	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis communis		
			8-836.0k	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis interna extrakraniell		
			8-836.0m	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis extrakraniell mit A. carotis communis		
			5-380.01	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus		
			5-380.02	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell		
			5-380.03	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa		
			5-380.05	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent		
			5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus		
			5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell		
			5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa		
			5-381.05	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent		
			5-393.00	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis		
			5-393.01	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. carotis		
			5-395.01	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus		
			5-395.02	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell		
			5-395.03	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 8.093 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Carotis operativ/ interventionell“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
12.2	Carotis operativ/ interventionell	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	LB Kardiologie[1] LG Neurochirurgie[1] LB Neurologie[1]	Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, CT 24/7, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Interdisziplinäre Fallkonferenzen (Abklärung operativ und/oder interventionell) Interventionelle Radiologie in Kooperation Neuromonitoring
			Auswahl-kriterium	LB Kardiologie[1] LG Neurochirurgie[1] LB Neurologie[1]		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie			Interventionelle Radiologie am Standort

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.12.3 Leistungsgruppe „Komplexe periphere arterielle Gefäße“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst bestimmte Eingriffe an weiteren Blutgefäßen, die für die Durchblutung von Armen und Beinen wichtig sind.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Komplexe periphere arterielle Gefäße“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	OPS	5-383.1	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm		
			5-383.7	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel		
			5-381.1	Endarteriektomie: Arterien Schulter und Oberarm		
			5-381.5	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin		
			5-381.7	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel		
			5-381.20	Endarteriektomie: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris		
			5-381.24	Endarteriektomie: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis		
			5-381.80	Endarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior		
			5-381.83	Endarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior		
			5-381.84	Endarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis		
			5-393.1	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter		
			5-393.2	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien obere Extremität		
			5-393.5	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis		
			5-393.6	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. poplitea		
			5-393.7	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel		
			5-393.35	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortoiliofemoral		
			5-393.36	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortofemoral		

			5-393.38	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortopopliteal		
			5-393.41	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Ilioiliakal		
			5-393.42	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliofemoral		
			5-393.43	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliopopliteal n.n.bez.		
			5-393.44	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliopopliteal, oberhalb des Kniegelenkes		
			5-393.45	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliopopliteal, unterhalb des Kniegelenkes		
			5-393.46	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliocrural		
			5-393.47	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Obturator-Bypass, extraanatomisch		
			5-393.4x	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Sonstige		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 16.055 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der „Leistungsgruppe Komplexe Periphere Arterielle Gefäße“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LB Kardiologie[1] LG Komplexe Nephrologie[1]	Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, CT 24/7, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon mind. 2 FA Gefäßchirurgie		Interdisziplinäre Fallkonferenzen (Abklärung operativ und/oder interventionell) Physiotherapie (mind. in Kooperation)
			Auswahl-kriterium	LB Kardiologie[1] LG Komplexe Nephrologie[1] LB Neurologie			FA Innere Medizin und Angiologie			Interventionelle Radiologie

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.13 Leistungsbereich „Herzchirurgie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Herzchirurgie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Herzchirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die spezifische Leistungsgruppe „Herzchirurgie“ und die spezifische Leistungsgruppe „Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche“ zugeordnet.

7.13.1 Leistungsgruppe „Herzchirurgie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Herzchirurgie“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert. Bei der Fallzuordnung für die Bedarfsbestimmung und –prognose erfolgt die Abgrenzung zur Leistungsgruppe „Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche“ über das Alter (ab 18 Jahren). Mit Blick auf den Versorgungsauftrag ist bei diesen beiden Leistungsgruppen eine Über-/Unterschreitung der Altersgrenze im Rahmen der Transition in einem begrenzten Umfang zulässig.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
13.1	Herzchirurgie	OPS + Alter	5-35 außer	Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße		
			5-35a	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen		
			5-359	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien		
			5-36 außer	Operationen an der Koronargefäße		
			5-369	Andere Operationen an den Koronargefäßen		
			5-371	Chirurgische ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen		
			5-373	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens		
			5-376	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch		
				Alter > 17*)		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 16.466 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Herzchirurgie“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
13.1	Herzchirurgie	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Interventionelle Kardiologie LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler-/Duplex-Untersuchungen, DAS, Röntgen, CT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine	FA Herzchirurgie	5 FA (VZÄ) mind. Rufbereitschaft 24/7 beschäftigt	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.	
			Auswahl-kriterium	LB Gefäßchirurgie LG Herztransplantation		Hybrid-OP ECMO				Chest Pain Unit EMAH-Zentrum

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.13.2 Leistungsgruppe „Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert. Bei der Fallzuordnung für die Bedarfsbestimmung und -prognose erfolgt die Abgrenzung zur Leistungsgruppe „Herzchirurgie“ über das Alter (unter 18 Jahren). Mit Blick auf den Versorgungsauftrag ist bei diesen beiden Leistungsgruppen eine Über-/Unterschreitung der Altersgrenze im Rahmen der Transition in einem begrenzten Umfang zulässig.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	OPS + Alter	5-35 außer	Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße		
			5-35a	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen		
			5-359	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien		
			5-357.0	Ductus arteriosus apertus (Botalli)		
			5-36 außer	Operationen an der Koronargefäße		
			5-369	Andere Operationen an den Koronargefäßen		
			5-371	Chirurgische ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen		
			5-373	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens		
			5-376	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch		
				Alter < 18 Jahre*)		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 759 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	Landesteil	Mindest-voraussetzung	Die Qualitätsvorgaben orientieren sich an den Vorgaben der GBA-Richtlinie zur Kinderherzchirurgie (KiHE-RL).						
			Auswahl-kriterium							

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.14 Leistungsbereich „Orthopädie und Unfallchirurgie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Orthopädie und Unfallchirurgie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Orthopädie und Unfallchirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die fünf spezifischen Leistungsgruppen „Endoprothetik Hüfte“, „Endoprothetik Knie“, „Revision Hüftendoprothese“, „Revision Knieendoprothese“ und „Wirbelsäuleneingriffe“ zugeordnet.

7.14.1 Leistungsgruppe „Endoprothetik Hüfte“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst den geplanten erstmaligen Einsatz künstlicher Hüftgelenke.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Endoprothetik Hüfte“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert. Über den Ausschluss der genannten ICD-Codes wird klargestellt, dass es um geplante (elektive) Eingriffe geht.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
14.1	Endoprothetik Hüfte	OPS	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Hauptdiagnose/Nebendiagnose S32* oder S72*		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 37.265 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Endoprothetik Hüfte“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
14.1	Endoprothetik Hüfte	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin		Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium	LG Endoprothetik Knie LG Geriatrie LG Revision Hüftendoprothese		CT 24/7, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.14.2 Leistungsgruppe „Endoprothetik Knie“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst den erstmaligen Einsatz künstlicher Kniegelenke.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Endoprothetik Knie“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Defini-tion	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
14.2	Endoprothetik Knie	OPS	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 35.420 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Endoprothetik Knie“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
14.2	Endoprothetik Knie	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin		Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese		CT 24/7, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.14.3 Leistungsgruppe „Revision Hüftendoprothese“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst den geplanten Ersatz (Wechsel) künstlicher Hüftgelenke.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der Leistungsgruppe „Revision Hüftendoprothese“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert. Über den Ausschluss der genannten ICD-Codes wird klargestellt, dass es um geplante (elektive) Eingriffe geht.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Defini-tion	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
14.3	Revision Hüftendoprothese	OPS	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Hauptdiagnose/Nebendiagnose S32* oder S72*		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 5.121 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Revision Hüftendoprothese“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
14.3	Revision Hüftendoprothese	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin		Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 davon mind. 1 FA (VZÄ) mit ZW beschäftigt		
			Auswahl-kriterium	LG Geriatrie		CT 24/7, MRT				

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.14.4 Leistungsgruppe „Revision Knieendoprothese“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst den Ersatz (Wechsel) künstlicher Kniegelenke.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der Leistungsgruppe „Revision Knieendoprothese“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
14.4	Revision Knieendoprothese	OPS	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 4.994 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Revision Knieendoprothese“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
14.4	Revision Knieendoprothese	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin		Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 davon mind. 1 FA (VZÄ) mit ZW beschäftigt		
			Auswahl-kriterium	LG Geriatrie		CT 24/7, MRT				

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.14.5 Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst bestimmte Operationen an der Wirbelsäule. Solche Operationen werden sowohl in der „Orthopädie/Unfallchirurgie“ als auch in der „Neurochirurgie“ durchgeführt. Die Leistungsgruppe kann daher sowohl dem Leistungsbereich „Orthopädie/Unfallchirurgie“ als auch dem Leistungsbereich „Neurochirurgie“ zugeordnet werden.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
14.5/ 25.2	Wirbelsäuleneingriffe	OPS	5-83 außer 5-830 5-839.0 5-83a 5-83b	Operationen an der Wirbelsäule Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule Entfernung von Osteosynthesematerial Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie) Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 59.928 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
14.5/ 25.2	Wirbelsäulen-eingriffe	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin	Angebot Schmerztherapie[1]	Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie oder FA Neurochirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Konservative Schmerztherapie
			Auswahl-kriterium	Angebot Schmerztherapie[1]	LG Neurochirurgie	CT 24/7, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie			Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.15 Leistungsbereich „Thoraxchirurgie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Thoraxchirurgie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Thoraxchirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die spezifische Leistungsgruppe „Thoraxchirurgie“ zugeordnet.

7.15.1 Leistungsgruppe „Thoraxchirurgie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Thoraxchirurgie“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
15.1	Thoraxchirurgie	OPS	5-321	Exzision eines Bronchus ohne Lungenparenchym		
			5-323	Segmentresektion/Bisegmentresektion		
			5-324	Lobektomie/Bilobektomie		
			5-325	erweiterte Lobektomie/Bilobektomie		
			5-327	Einfache (Pleuro-)Pneumonektomie		
			5-328	Erweiterte (Pleuro-)Pneumonektomie		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 4.940 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Thoraxchirurgie“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
15.1	Thoraxchirurgie	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Pneumologie[1] LG Hämatologie und Onkologie[1] LG Palliativmedizin[1] Angebot Strahlentherapie[1]	Röntgen 24/7, CT 24/7 oder MRT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Sofern die LG Herzchirurgie am Standort vorhanden ist: mind. 2 FA Thoraxchirurgie (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Interdisziplinäre Tumorkonferenzen Pathologie (mind. in Kooperation)
			Auswahl-kriterium	LB Hämatologie und Onkologie[1] LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie[1] LG Palliativmedizin[1] Angebot Strahlentherapie[1]	LB Gefäßchirurgie LG Neurochirurgie LB Orthopädie und Unfallchirurgie LB Viszeralchirurgie		FA Radiologie			Physiotherapie (mind. in Kooperation)

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.16 Leistungsbereich „Viszeralchirurgie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Viszeralchirurgie“ orientiert sich an der Facharztkompetenz „Viszeralchirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die fünf spezifischen Leistungsgruppen „Bariatrische Chirurgie“, „Lebereingriffe“, „Ösophaguseingriffe“, „Pankreaseingriffe“ und „Tiefe Rektumeingriffe“ zugeordnet.

7.16.1 Leistungsgruppe „Bariatrische Chirurgie“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe beinhaltet operative Eingriffe, die zu einer Gewichtsabnahme führen sollen sowie zu einer Verbesserung von Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus).

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Bariatrische Chirurgie“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes in Verbindung mit dem ICD-Code E66 definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
16.1	Bariatrische Chirurgie	OPS + ICD	E66 UND 5-434.3 5-434.4 5-434.5 5-434.6 5-445.4 5-445.5	Adipositas (nur Haupdiagnose) Biliopankreatische Diversion nach Scopinaro Biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch Herstellung eines Schlauchmagens (Sleeve Resection) Duodenal-Switch mit Bildung eines gemeinsamen Dünndarmschenkels (Common Channel) nach Herstellung eines Schlauchmagens Gastroenterostomie ohne Magenresektion (Bypassverfahren): mit Staplernaht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose Gastroenterostomie ohne Magenresektion (Bypassverfahren): mit Staplernaht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie analog Billroth II		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 4.257 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Bariatrische Chirurgie“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
16.1	Bariatrische Chirurgie	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie[1]	CT 24/7 oder MRT 24/7	FA Viszeralchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Diabetologische Kompetenz (mind. In Kooperation, ambulant und/oder stationär)
			Auswahl-kriterium	LG Komplexe Gastroenterologie[1]	LB Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Mind. ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mind. 225 kg				Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.16.2 Leistungsgruppe „Lebereingriffe“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe beinhaltet bestimmte operative Eingriffe an der Leber.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der Leistungsgruppe „Lebereingriffe“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
16.2	Lebereingriffe	OPS	5-502	Anatomische (typische) Leberresektion		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 1.311 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Lebereingriffe“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
16.2	Lebereingriffe	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LB Hämatologie und Onkologie[1] LG Komplexe Gastroenterologie[1] Angebot Strahlentherapie[1]	Röntgen 24/7, CT 24/7 oder MRT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 davon mind. 1 FA (VZÄ) mit ZW		Interdisziplinäre Tumorkonferenzen
			Auswahl-kriterium	LB Hämatologie und Onkologie[1] LG Komplexe Gastroenterologie[1] LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe Angebot Strahlentherapie[1]		24h Bereitschaft zur interventionellen Endoskopie inklusive ERC/P, interventionellen Radiologie und diagnostischen Angiographie				Psychosozialdienst

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.16.3 Leistungsgruppe „Ösophaguseingriffe“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe beinhaltet bestimmte operative Eingriffe an der Speiseröhre (Ösophagus).

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der Leistungsgruppe „Ösophaguseingriffe“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
16.3	Ösophaguseingriffe	OPS	5-423	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität		
			5-424	Patielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität		
			5-425	(Totale) Ösophagusektomie ohne wiederherstellung der Kontinuität		
			5-426	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität		
			5-427.0	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff) - im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum)		
			5-427.1	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff) - im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum)		
			5-429.p	Andere Operationen am Ösophagus - Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems		
			5-429.q	Andere Operationen am Ösophagus - Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems		
			5-438.0	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion - Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition		
			5-438.1	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion - Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition		
			5-438.x	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion - Sonstige		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 1.261 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Ösophaguseingriffe“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
16.3	Ösophaguseingriffe	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LB Hämatologie und Onkologie[1] Angebot Strahlentherapie[1]	Röntgen 24/7, CT 24/7 oder MRT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, 24h Bereitschaft zur interventionellen Endoskopie	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Med. u. Gastroenterologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 davon mind. 1 FA (VZÄ) beschäftigt 2 FA (VZÄ) beschäftigt		Ernährungsberatung/ Möglichkeit der Ernährungstherapie (mind. in Kooperation) Interdisziplinäre Tumorkonferenzen
			Auswahl-kriterium	LB Hämatologie und Onkologie[1] LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin Angebot Strahlentherapie[1]	LG Thoraxchirurgie	Bereitschaft zur diagnostischen Angiographie				Psychosozialdienst

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.16.4 Leistungsgruppe „Pankreaseingriffe“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe beinhaltet bestimmte operative Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse (Pankreas).

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der Leistungsgruppe „Pankreaseingriffe“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
16.4	Pankreaseingriffe	OPS	5-524.0	Partielle Resektion des Pankreas - Linksseitige Resektion (ohne Anastomose)		
			5-524.1	Partielle Resektion des Pankreas - Partielle Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens (OP nach Whipple)		
			5-524.2	Partielle Resektion des Pankreas - Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend		
			5-524.3	Partielle Resektion des Pankreas - Pankreaskopfresektion, duodenumerhaltend		
			5-524.4	Partielle Resektion des Pankreas - Pankreassegmentresektion		
			5-524.x	Partielle Resektion des Pankreas - Sonstige		
			5-525.0	(Totale) Pankreatektomie - Mit Teilresektion des Magens		
			5.525.1	(Totale) Pankreatektomie - Pyloruserhaltend		
			5-525.2	(Totale) Pankreatektomie - Duodenumerhaltend		
			5-525.3	(Totale) Pankreatektomie - Entfernung eines Pankreastransplantates		
			5-525.4	(Totale) Pankreatektomie - Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)		
			5-525.x	(Totale) Pankreatektomie - Sonstige		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 2.388 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Pankreaseingriffe“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
16.4	Pankreaseingriffe	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LB Hämatologie und Onkologie[1] Angebot Strahlentherapie[1]	Röntgen 24/7, CT 24/7 oder MRT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, 24h Bereitschaft zur interventionellen Endoskopie inklusive ERC/P	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Med. u. Gastroenterologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 davon mind. 1 FA (VZÄ) beschäftigt 2 FA (VZÄ) beschäftigt		Ernährungsberatung/ Möglichkeit der Ernährungstherapie (mind. in Kooperation) Interdisziplinäre Tumorkonferenzen
			Auswahl-kriterium	LB Hämatologie und Onkologie[1] LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin Angebot Strahlentherapie[1]		Bereitschaft zur interventionellen Radiologie und diagnostischen Angiographie				Psychosozialdienst

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.16.5 Leistungsgruppe „Tiefe Rektumeingriffe“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe beinhaltet bestimmte operative Eingriffe am Mastdarm (Rektum).

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der Leistungsgruppe „Tiefe Rektumeingriffe“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
16.5	Tiefe Rektumeingriffe	OPS	5-484.2 5-484.5 5-484.6 5-485	Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums Tiefe anteriore Resektion Tiefe anteriore Resektion mit peranaler Anastomose Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 3.753 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Tiefe Rektumeingriffe“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
16.5	Tiefe Rektumeingriffe	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LB Hämatologie und Onkologie[1] LG Komplexe Gastroenterologie[1] Angebot Strahlentherapie[1]	Röntgen 24/7, CT 24/7 oder MRT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 davon mind. 1 FA (VZÄ) mit ZW		Interdisziplinäre Tumorkonferenzen Physiotherapeutische Betreuung (zur Erhaltung der Kontinenz und Sexualfunktion) Schnellschnittbefähigung zu OP-Zeiten immer möglich, wenn auch nicht zwingend mit einer Pathologie am Standort
			Auswahl-kriterium	LB Hämatologie und Onkologie[1] LG Komplexe Gastroenterologie[1] LG Palliativmedizin LG Urologie Angebot Strahlentherapie[1]		24h Bereitschaft zur interventionellen Endoskopie	ZW Proktologie			Pathologie (mind. in Kooperation) Psychosozialdienst

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.17 Leistungsbereich „Augenheilkunde“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Augenheilkunde“ orientiert sich am Gebiet „Augenheilkunde“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Augenheilkunde“ zugeordnet.

7.17.1 Leistungsgruppe „Augenheilkunde“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Augenheilkunde“ orientieren sich am Gebiet „Augenheilkunde“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand des in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssels.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
17.1	Augenheilkunde	WBO		Orientierung am Gebiet Augenheilkunde	2700	Augenheilkunde

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 76.026 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Augenheilkunde“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
17.1	Augenheilkunde	RB	Mindest-voraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin[1]	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophtalmoskopie, Fluoreszenzangiographie	FA Augenheilkunde	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 oder Vertragliche Vereinbarung mind. 3 Belegärzte		
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Innere Medizin[1] LG MKG LB Neurologie		Optische Kohärenztomographie (OCT)				

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.18 Leistungsbereich „Haut- und Geschlechtskrankheiten“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ orientiert sich am Gebiet „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ zugeordnet.

7.18.1 Leistungsgruppe „Haut- und Geschlechtskrankheiten“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ orientieren sich am Gebiet „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand des in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssels.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
18.1	Haut- und Geschlechtskrankheiten	WBO		Orientierung am Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	3400 3460	Dermatologie Dermatologie/Tages-klinik

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 58.017 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe “Haut- und Geschlechtskrankheiten“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
18.1	Haut- und Geschlechts-krankheiten	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Frauenheilkunde[1] LG Urologie[1] Angebot Strahlentherapie[1]	Möglichkeit zur Lasertherapie, Photo(chemo)therapie und Balneophototherapie	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Interdisziplinäre Tumorkonferenzen Pathologie (mind. in Kooperation) Psychoonkologische Expertise (mind. in Kooperation)
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Frauenheilkunde[1] LG Neurochirurgie LG Urologie[1] Angebot Strahlentherapie[1]	LG HNO LG MKG LG Thoraxchirurgie Angebot Infektiologie		FA Innere Med. und Hämatologie und Onkologie ZW Allergologie			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.19 Leistungsbereich „MKG“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „MKG“ orientiert sich am Gebiet „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „MKG“ zugeordnet.

7.19.1 Leistungsgruppe „MKG“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „MKG“ orientieren sich am Gebiet „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand des in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssels.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
19.1	MKG	WBO		Orientierung am Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3500	Zahn-, Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 26.563 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „MKG“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
19.1	MKG	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin		Panendoskop, B-Bild-Sonograph, CT, OPG-Röntgengerät	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 oder Vertragliche Vereinbarung mind. 3 Belegärzte		Interdisziplinäre Tumorkonferenzen
			Auswahl-kriterium	LG Neurochirurgie LB Orthopädie und Unfallchirurgie Angebot Schmerztherapie	LG Augenheilkunde LG HNO					Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.20 Leistungsbereich „Urologie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Urologie“ orientiert sich am Gebiet „Urologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Urologie“ zugeordnet.

7.20.1 Leistungsgruppe „Urologie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Urologie“ orientieren sich am Gebiet „Urologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
20.1	Urologie	WBO		Orientierung am WBO-Gebiet Urologie	2200 2290	Urologie Urologie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 198.898 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Urologie“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
20.1	Urologie	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin,	LG Komplexe Nephrologie[1]	Endoskop/ Laparoskop, Sonographiegerät (inkl. Doppler- und Duplexsonographie)	FA Urologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation
			Auswahl-kriterium	LG Komplexe Nephrologie[1]	LG Allgemeine Frauenheilkunde LB Hämatologie und Onkologie Angebot Infektiologie Angebot Nuklearmedizin Angebot Strahlentherapie Angebot Schmerztherapie	CT, MRT, PET/ PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie	ZW Andrologie			Interdisziplinäre Fall- und Tumorkonferenzen

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.21 Leistungsbereich „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“

Der Leistungsbereich „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ umfasst Leistungen, die im Krankenhausplan 2015 ohne weitere Differenzierung durch das Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ abgebildet wurden.

In welchem Umfang in den jeweiligen Krankenhäusern sowohl ein frauenheilkundliches als auch ein geburtshilfliches Angebot vorgehalten wurde, war bisher nicht Gegenstand der Planung.

Die seit dem Inkrafttreten des Krankenhausplans 2015 gesammelten Erfahrungen sprechen für eine differenziertere Steuerung.

Offensichtlich ist die besondere Bedeutung der geburtshilflichen Versorgung. Hier kommt es zum einen auf eine möglichst wohnortnahe Versorgung an. Zum anderen geht es für werdende Mütter und ihre Kinder um eine Versorgung auf dem mit Blick auf das jeweilige Risiko erforderlichen Qualitätsniveau.

Im Bereich der Frauenheilkunde ist ein besonderes Augenmerk auf die Versorgung von zwei Krebserkrankungen zu richten, bei denen der Behandlungserfolg in besonderer Weise von der im jeweiligen Krankenhaus vorhandenen Expertise abhängt: Dies sind der Brustkrebs und der Eierstockkrebs. Diese beiden Versorgungsbereiche werden deswegen über eigene Leistungsgruppen geplant.

Im neuen Krankenhausplan werden dem Leistungsbereich „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ deswegen insgesamt vier Leistungsgruppen zugeordnet:

Allgemeine Frauenheilkunde, Ovarial-CA (Eierstock-Krebs), Senologie (Brustkrebs) und Geburten.

Die neonatologische Versorgung (Versorgung von Frühgeborenen) ist in einem separaten Leistungsbereich „Neonatologie“ verortet und wird in einem eigenen Kapitel behandelt.

7.21.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“

Leistungsgruppendefinition

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

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
21.1	Allgemeine Frauenheilkunde	WBO		Orientierung am Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	2400 2405 2406 2425 2490 2500	Frauenheilkunde und Geburtshilfe Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie Frauenheilkunde Frauenheilkunde Geburtshilfe

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 168.994 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“

Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
Allgemeine Frauen-heilkunde	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin,			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 oder Vertragliche Vereinbarung mind. 3 Belegärzte		
		Auswahl-kriterium	LG Urologie LB Viszeralchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.21.2 Leistungsgruppe „Ovarial-CA“

Das Ovarialkarzinom ist ein maligner Tumor des Ovars (Eierstocks). Es ist der zweithäufigste bösartige Genitaltumor der Frau, der mit einer hohen Mortalität verbunden ist.

Leistungsgruppendefinition

Zur spezifischen Leistungsgruppe „Ovarial-Ca“ gehören stationäre Behandlungen von Patientinnen, die durch die Kombination des Diagnose-Schlüssels (ICD-Code) C56 „Bösartige Neubildung des Ovars“ (nur als Hauptdiagnose) mit spezifischen Prozeduren-Schlüsseln (OPS-Codes) für die Behandlung des Ovarialkarzinoms gekennzeichnet sind.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
21.2	Ovarial-CA	OPS + ICD	C56	Bösartige Neubildung des Ovars (nur als Hauptdiagnose)		
			UND			
			5-652	Ovariektomie		
			5-653	Salpingoovariektomie		
			5-685	Radikale Uterusexstirpation		
			5-687	Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens		
			5-404	Radikale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff		
			5-406	Regionale Lymphadektomie im Rahmen einer anderen Operation		
			5-407	Radikale Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation		
			5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe		
			5-547	Resektion von Gewebe in der Bauchregion ohne sichere Organzuordnung		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 1.854 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Ovarial-CA“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
21.2	Ovarial-CA	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie[1]		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 davon mind. 1 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie		Interdisziplinäre Tumorkonferenzen Strahlentherapie in Kooperation (ambulant und/oder stationär)
			Auswahl-kriterium	LB Hämatologie und Onkologie LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie[1] LB Viszeralchirurgie	Angebot Nuklearmedizin Angebot Strahlentherapie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin			genetische Beratung in Kooperation[3] Pathologie in Kooperation (ambulant und/oder stationär)

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.21.3 Leistungsgruppe „Senologie“

Nordrhein-Westfalen hat zur qualitativ hochwertigen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs seit vielen Jahren Brustzentren ausgewiesen und über ein Zertifizierungsverfahren durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe abgesichert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Struktur in seinen Zentrumsregelungen bisher trotz entsprechender Forderungen aus Nordrhein-Westfalen nicht aufgegriffen.

Um die hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs in Nordrhein-Westfalen auch weiterhin krankenhausplanerisch abzubilden, wird eine Leistungsgruppe „Senologie“ aufgenommen.

Die Behandlung von Brustkrebspatientinnen ist künftig an die Zuweisung dieser Leistungsgruppe im Feststellungsbescheid des Krankenhauses gebunden.

Voraussetzung ist eine Bestätigung der qualitativen Voraussetzungen durch die landeseigene Zertifizierung über die Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Krankenhäuser, denen diese Leistungsgruppen zugewiesen wird, erhalten aufgrund der fehlenden bundesrechtlichen Voraussetzungen keine Zentrumszuschläge mehr (soweit sie nicht künftig auf Grundlage der G-BA-Regelungen als onkologische Zentren ausgewiesen werden können).

Ihnen werden aber die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten nunmehr krankenhausplanerisch exklusiv zugewiesen.

Damit können sich die betroffenen Patientinnen weiterhin darauf verlassen, nur in Krankenhäusern behandelt zu werden, die über die notwendige Expertise und Erfahrung verfügen.

Die betreffenden Krankenhäuser sind ihrerseits über die „Exklusivität“ der Leistungserbringung davor geschützt, das andere Krankenhäuser die Leistungen mit geringerem Qualitäts- und Ressourcenaufwand erbringen.

<u>Leistungsgruppendefinition</u>

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Senologie“ werden künftig über die aufgeführten OPS- und ICD-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
21.3	Senologie	OPS + ICD	C50 UND 5-870 außer 5-879 5-404.0 5-406.1 5-407.0	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (nur als Hauptdiagnose) Exzision und Resektion der Mamma Andere Exzision und Resektion der Mamma Radikale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff - Axillär Regionale Lymphadektomie im Rahmen einer anderen Operation - Axillär Radikale Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation - Axillär		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 17.772 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Senologie“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
21.3	Senologie	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Regelmäßige erfolgreiche (Re-) Zertifizierung als Brustzentrum durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe Strahlentherapie in Kooperation (ambulant und/oder stationär)
			Auswahl-kriterium	LB Hämatologie und Onkologie LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie Angebot Strahlentherapie	Angebot Nuklearmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.21.4 Leistungsgruppe „Geburten“

Die Leistungsgruppe „Geburten“ umfasst die geburtshilfliche Versorgung.

Im Jahr 2019 wurden in Nordrhein-Westfalen 170 391 Kinder geboren. Wie das Statische Landesamt (Information und Technik Nordrhein-Westfalen, IT-NRW) mitteilt, waren das wiederum 2 759 bzw. 1,6 Prozent weniger Kinder als im Jahr zuvor (2018: 173 150). Dennoch waren es 19 Prozent mehr Neugeborene als im Jahr 2011, das mit 143 097 Kindern den bisherigen Tiefstand markierte. Der allgemeine, kontinuierliche Trend zur Abnahme der Anzahl der Geburten ist demnach vorerst durchbrochen. Die weiteren Entwicklungen werden zu beobachten sein.

Das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes lag im Jahr 2019 mit 30 Jahren um 0,2 Jahre höher als ein Jahr zuvor. Im Vergleich zu den Frauen, die im Jahr 2009 ihr erstes Kind bekommen haben, waren Frauen im Jahr 2019 bei der Geburt ihres ersten Kindes etwa ein Jahr älter (damals: 28,9 Jahre). Rund zwei Prozent aller Mütter brachten Mehrlinge zur Welt. Unter den 3 277 Mehrlingsgeburten befanden sich 3 199 Zwillings- und 76 Drillingsgeburten sowie zwei Mehrlingsgeburten mit vier oder mehr Kindern.

Der bereits vor Einführung des Krankenhausplans 2015 beobachtete Anstieg des Alters der erstgebärenden Mütter sowie der Anzahl von Mehrlingsgeburten hat sich demnach seitdem fortgesetzt. Die Gründe für letzteres liegen im steigenden Alter der Mütter und in der Zunahme künstlicher Befruchtungen.

Die regionale Betrachtung der Geburtenzahlen zeigt, dass in 17 kreisfreien Städten und Kreisen die Zahl der Geborenen im Vergleich zu 2018 gestiegen und in 35 kreisfreien Städten und Kreisen und in der Städteregion Aachen gesunken ist. Den höchsten prozentualen Geburtenanstieg gab es in der Stadt Bottrop (+4,4 Prozent), während im Kreis Euskirchen (−9,8 Prozent) der höchste Rückgang der Geburtenzahl zu verzeichnen war.

Diesen Entwicklungen in der Geburtshilfe und Neonatologie muss die zukünftige Versorgungslandschaft auf hohem medizinischen Niveau gerecht werden. Die Krankenhausplanung muss hier auf unterschiedliche, spezifische Versorgungsbedürfnisse gleichermaßen eingehen.

Dazu zählen eine wohnortnahe medizinische Versorgung für unkomplizierte Geburten einerseits sowie eine spezialisierte Versorgung in perinatalen Schwerpunkten und Perinatalzentren andererseits.

Die entsprechende Aufteilung in mehrere Leistungsgruppen innerhalb der beiden Leistungsbereiche „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ sowie „Neonatologie“ trägt diesen unterschiedlichen Anforderungen Rechnung.

Leistungsgruppendefinition

Die dieser spezifischen Leistungsgruppe zuzuordnenden Leistungen orientieren sich am Teil "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" des Gebietes "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" sowie den weiteren für die Geburtshilfe erforderlichen Leistungen dieses Gebietes.

Mit Blick auf die Fallzahlermittlung für die Bedarfsbestimmung und –prognose erfolgt die Bestimmung der Gesamtzahl der Geburten aus dem mütterlichen Datensatz über den Sekundärkode aus Z37.-! (Resultat der Entbindung).

Der Versorgungsauftrag richtet sich nach den Vorgaben der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ in der Fassung vom 20.09.2005, zuletzt geändert am 01.04.2021. Geburten der Versorgungsstufen I bis III nach dieser Richtlinie dürfen nur versorgt werden, soweit auch die entsprechende(n) Leistungsgruppen des Leistungsbereichs „Neonatologie“ zugewiesen sind.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
23.4	Geburten	WBO + QFR-RL + Gewicht		Orientierung am Teil "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" des Gebietes "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" sowie den weiteren, für die Geburtshilfe erforderlichen Leistungen dieses Gebietes. Die Zuordnung richtet sich nach den Vorgaben der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen". Geburten der Versorgungsstufen I bis III nach dieser Richtlinie dürfen nur versorgt werden, soweit auch die entsprechende(n) LG des LB Neonatologie zugewiesen sind.		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 164.648 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppe „Geburten“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
21.4	Geburten	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin[1]		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin[1] LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Permanente fachärztliche Anwesenheit		Intergrierter Sectio-OP

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass neben dem Vorhalten von einer entsprechenden Anzahl von Fachärztinnen und Fachärzten Hebammen eine weitere personelle Grundvoraussetzung für die Vorhaltung und den Betrieb einer geburtshilflichen Abteilung sind. Der Krankenhausplan nimmt dazu keine gesonderte Vorgabe auf. Bundesgesetzlich ist jedoch im Hebammengesetz bereits geregelt, dass Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, dafür Sorge zu tragen, dass für die Geburt eine Hebamme hinzugezogen wird. Dies haben die Krankenhäuser über eine entsprechende Ausstattung mit Hebammen für jede Geburt sicherzustellen.

Unter fachlichen Gesichtspunkten sind weitergehende Ziele anzustreben. So empfiehlt die 2020 veröffentlichte S-3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“[17]: „Unabhängig von der jährlichen Geburtenrate sollten so viele Hebammen in der geburtshilflichen Abteilung anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95% der Zeit eine Eins-zu-eins-Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist.“ Auf der anderen Seite ist die Versorgung gerade in diesem Bereich von Personalengpässen gekennzeichnet. So kann der IGES Studie „Stationäre Hebammenversorgung“ (2019) entnommen werden, dass mehr als jede zweite befragte Klinik Probleme bei der Personalbeschaffung hatte und bei mehr als der Hälfte der Häuser rund 18 Prozent der Planstellen für angestellte Hebammen unbesetzt waren. Die IGES-Studie bildet ab, dass Geburtskliniken stellenweise mit erheblichen Versorgungsengpässen zu kämpfen haben, die Hebammen aufgrund der Rahmenbedingungen mit der eigenen beruflichen Situation unzufrieden sind und daher die geburtshilfliche Tätigkeit aufgeben. Dies läuft dem Anspruch einer flächendeckenden guten geburtshilflichen Versorgung zuwider.

Umso größere Bedeutung kommt, auch im Hinblick auf die Akademisierung der Hebammen-Ausbildung, Anstrengungen zur Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen in der klinischen Geburtshilfe zu. In diesen Zusammenhang gehört auch die besondere Berücksichtigung des hebammengeleiteten Kreißsaals im Rahmen des entsprechenden Förderschwerpunktes der Einzel-Investitionsförderung des Landes im Jahr 2021 sowie das Förderprogramm zur Implementierung von Hebammenkreißsälen.

Das Land wird die weitere Entwicklung engmaschig begleiten und bei der Fortschreibung des Krankenhausplans prüfen, welche weiteren Struktur- und Prozesskriterien, wie z.B. der hebammengeleitete Kreißsaal, die strukturierte

[17] https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-083.html

Stillberatung und die Kooperation mit Lotsendiensten, künftig planerisch berücksichtigt werden können.

7.22 Leistungsbereich „Neonatologie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Neonatologie“ orientiert sich an dem Schwerpunkt „Neonatologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die drei spezifischen Leistungsgruppen „Perinataler Schwerpunkt“, „Perinatalzentrum Level 1“ und „Perinatalzentrum Level 2“ zugeordnet. Diese Leistungsgruppen bilden ausschließlich die Versorgung der Kinder ab. Die geburtshilfliche Versorgung ist über die Leistungsgruppe „Geburten“ abgebildet.

Bei der Versorgung von Frühgeborenen kommt Qualitätsaspekten eine besondere Bedeutung zu. Das Land wird die Entwicklung weiter beobachten und zu gegebener Zeit mit den Beteiligten über die planerische Berücksichtigung weiterer Qualitätsaspekte, wie einer strukturierten Stillförderung und das Vorhandensein einer Muttermilchbank, beraten.

7.22.1 Leistungsgruppe „Perinataler Schwerpunkt“

<u>Leistungsgruppendefinition</u>

Für die Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Neonatologie“ gilt eine Orientierung am Schwerpunkt "Neonatologie" nach den Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Zuordnung ergibt sich für die jeweilige Leistungsgruppe aus der entsprechenden Versorgungsstufe der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ (QFR-RL) in der Fassung vom 20.09.2005, zuletzt geändert am 01.04.2021. Für die Bedarfsbestimmung und –prognose erfolgt die Fallzahlermittlung für die

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
22.1	Perinataler Schwerpunkt	WBO + QFR-RL + Gewicht		Orientierung am Schwerpunkt Neonatologie. Die Zuordnung richtet sich nach der Versorgungsstufe III "Perinataler Schwerpunkt" der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“		

Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Neonatologie“ über die Gewichtsabgrenzungen der QFR-RL (Aufnahmegewicht).

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 2.594 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Perinataler Schwerpunkt“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
22.1	Perinataler Schwerpunkt	VG	Mindest-voraussetzung	Die Qualitätsvorgaben richten sich nach den Vorgaben für die Versorgungsstufe III "Perinataler Schwerpunkt" der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen"						
			Auswahl-kriterium							

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.22.2 Leistungsgruppe „Perinatalzentrum Level 1“

Leistungsgruppendefinition

Für die Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Neonatologie“ gilt eine Orientierung am Schwerpunkt "Neonatologie" nach den Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Zuordnung ergibt sich für die jeweilige Leistungsgruppe aus der entsprechenden Versorgungsstufe der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ (QFR-RL) in der Fassung vom 20.09.2005, zuletzt geändert am 01.04.2021. Für die Bedarfsbestimmung und –prognose erfolgt die Fallzahlermittlung für die Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Neonatologie“ über die Gewichtsabgrenzungen der QFR-RL (Aufnahmegewicht).

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
22.2	Perinatalzentrum Level 1	WBO + QFR-RL + Gewicht		Orientierung am Schwerpunkt Neonatologie. Die Zuordnung richtet sich nach der Versorgungsstufe I "Perinatalzentrum Level 1" der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 1.600 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Perinatalzentrum Level 1“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
22.2	Perinatal-zentrum Level 1	RB	Mindest-voraussetzung	Die Qualitätsvorgaben richten sich nach den Vorgaben für die Versorgungsstufe I "Perinatalzentrum Level 1" der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“						
			Auswahl-kriterium				FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.22.3 Leistungsgruppe „Perinatalzentrum Level 2“

Leistungsgruppendefinition

Für die Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Neonatologie“ gilt eine Orientierung am Schwerpunkt "Neonatologie" nach den Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Zuordnung ergibt sich für die jeweilige Leistungsgruppe aus der entsprechenden Versorgungsstufe der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ (QFR-RL) in der Fassung vom 20.09.2005, zuletzt geändert am 01.04.2021. Für die Bedarfsbestimmung und –prognose erfolgt die Fallzahlermittlung für die Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Neonatologie“ über die Gewichtsabgrenzungen der QFR-RL (Aufnahmegewicht).

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
22.3	Perinatalzentrum Level 2	WBO + QFR-RL + Gewicht		Orientierung am Schwerpunkt Neonatologie. Die Zuordnung richtet sich nach der Versorgungsstufe II "Perinatalzentrum Level 2" der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 789 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Perinatalzentrum Level 2“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
22.3	Perinatal-zentrum Level 2	RB	Mindest-voraussetzung	Die Qualitätsvorgaben richten sich nach den Vorgaben für die Versorgungsstufe II "Perinatalzentrum Level 2" der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“						
			Auswahl-kriterium							

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.23 Leistungsbereich „Kinder- und Jugendmedizin“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Kinder- und Jugendmedizin“ orientiert sich am Gebiet „Kinder- und Jugendmedizin“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendmedizin“, die spezifische Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und -Onkologie -Stammzelltransplantation“ und die spezifische Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und -Onkologie -Leukämie und Lymphome“ zugeordnet.

7.23.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ orientieren sich am Gebiet „Kinder- und Jugendmedizin“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel. Einzelheiten ergeben sich aus dem Kapitel zur Bedarfsbestimmung und -prognose.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	WBO		Orientierung am Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	1000	Pädiatrie
					1004	Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
					1005	Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
					1009	Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
					1011	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
					1012	Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
					1028	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
					1090	Pädiatrie - Sonstiger Schwerpunkt
					1091	Pädiatrie - Sonstiger Schwerpunkt
					1100	Kinderkardiologie
					1200	Neonatologie
					3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 220.760 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	VG	Mindest-voraussetzung		LG Intensivmedizin[1]		FA Kinder- und Jugendmedizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium	LG Geburten LG Intensivmedizin, LG Kinder- und Jugendchirurgie[1] LB Neonatologie			FA Kinderchirugie			Sozialpädiatrisches Zentrum am Standort (alternativ in Kooperation)

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.23.2 Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und –Onkologie – Stammzellentransplantation“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und –Onkologie -Stammzelltransplantation“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert. Bei der Fallzuordnung für die Bedarfsbestimmung und -prognose erfolgt die Abgrenzung zur Leistungsgruppe „Stammzelltransplantation“ über das Alter (unter 18 Jahren). Mit Blick auf den Versorgungsauftrag ist bei diesen beiden Leistungsgruppen eine Über-/Unterschreitung der Altersgrenze im Rahmen der Transition in einem begrenzten Umfang zulässig.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	OPS + Alter	5-411 8-805	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen Alter < 18 Jahre*)		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 122 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzell-transplantation	Landesteil	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsan-forderung Hochkomplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie- Leukämie und Lymphome[1] LG Palliativmedizin[1]	CT 24/7 oder MRT 24/7, Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr (nur bei allogener Stammzelltransplantation), Möglichkeit zum zentralen Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Möglichkeit zur nichtinvasiven Beatmung (inkl. HFNC)	FA Kinder- und Jugendmedizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die Qualitätsvorgaben richten sich nach den Vorgaben der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten“	Psychoonko-logische Expertise in Kooperation
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie- Leukämie und Lymphome[1] LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin[1] LG Stammzell-transplantation Angebot Strahlentherapie	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome	Telemedizinische Behandlung	FA Transfusionsme dizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		sobald verbindlich: Erfüllung der Qualitätsan-forderungen für Kinderonkologische Zentren nach G-BA Richtlinie zur Zentrumsregelung	

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

7.23.3 Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und –Onkologie – Leukämie und Lymphome“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und -Onkologie -Leukämie und Lymphome“ werden künftig über die aufgeführten OPS- und ICD-Codes definiert. Bei der Fallzuordnung für die Bedarfsbestimmung und -prognose erfolgt die Abgrenzung zur Leistungsgruppe „Leukämie und Lymphome“ über das Alter (unter 18 Jahren). Mit Blick auf den Versorgungsauftrag ist bei diesen beiden Leistungsgruppen eine Über-/Unterschreitung der Altersgrenze im Rahmen der Transition in einem begrenzten Umfang zulässig.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	ICD + OPS + Alter	C81 C82 C83 C84 C85 C86 C88.*0 C90.*0 C91.*0 C92.*0 C93.*0 C94.*0 C95.*0 UND 8-543 8-544	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose] Follikuläres Lymphom Nicht follikuläres Lymphom Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome Bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer kompletten Remission Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen: Ohne Angabe einer kompletten Remission Lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission Myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie Es gelten nur Hauptdiagnosen. Alter < 18 Jahre*)		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 966 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzell-transplantation[1] LG Palliativmedizin[1]	CT 24/7 oder MRT 24/7	FA Kinder- und Jugendmedizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die Qualitätsvorgaben richten sich nach den Vorgaben der G-BA Richtlinie über "Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten“	Psychoonkologische Expertise in Kooperation
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation[1] LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin[1] Angebot Strahlentherapie	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Stammzell-transplantation[1]	Telemedizinische Behandlung	FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		sobald verbindlich: Erfüllung der Qualitätsanforderungen für Kinderonkologische Zentren nach G-BA Richtlinie zur Zentrumsregelung	

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.24 Leistungsbereich „HNO“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „HNO“ orientiert sich am Gebiet „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die allgemeine Leistungsgruppe „HNO“ und die spezifische Leistungsgruppe „Cochleaimplantate“ zugeordnet.

7.24.1 Leistungsgruppe „HNO“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „HNO“ orientieren sich am Gebiet „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt über den in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
24.1	HNO	WBO		Orientierung am Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 114.163 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „HNO“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
24.1	HNO	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin,		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 oder vertragliche Vereinbarung mind. 3 Belegärzte		Interdisziplinäre Tumorkonferenzen Kooperation mit Phoniatrie oder niedergelassenen Phoniatern Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG Angebot Strahlentherapie	MRT, PET-CT, Doppler-/Duplex-Sonographien	ZW Allergologie			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.24.2 Leistungsgruppe Cochleaimplantate

Das Cochlea-Implantat ist eine Hörprothese für Gehörlose und Ertaubte, deren Hörnerv als Teilorgan der auditiven Wahrnehmung noch funktionsfähig ist, sowie für hochgradig Schwerhörige. Im Gegensatz zu einem Hörgerät, das den ankommenden Schall aufnimmt, verarbeitet und ihn verstärkt in den Gehörgang abgibt, ist ein Cochlea-Implantat nicht auf die Umwandlung des Schalls durch das Innenohr angewiesen. Es umgeht stattdessen die beschädigten Haarsinneszellen und stimuliert den Hörnerv direkt elektrisch.[18]

In der Regel ist für den Einsatz eines Implantates ein Aufenthalt in der Klinik erforderlich. Auf dem Weg zum neuen Hören muss der Patient jedoch von Ärzten, Audiologen und Therapeuten begleitet werden und die Funktionsweise und die richtige Einstellung des Cochlea-Implantates muss jährlich überprüft werden. Um diese gezielte Versorgung der Patienten zu unterstützen, ist die Einführung einer eigenen Leistungsgruppe sinnvoll.

<u>Leistungsgruppendefinition</u>

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Cochleaimplantate“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

[18] https://www.aerzteblatt.de/archiv/136885/Cochlea-Implantate-Wenn-Hoergeraete-nicht-mehr-helfen.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
24.2	Cochleaimplantate	OPS	5-209.2	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Einführung eines Kochleaimplantates		
			5-209.7	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Wechsel eines Kochleaimplantates		
			5-209.8	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Entfernung eines Kochleaimplantates		
			5-209.b	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Wechsel eines aktiven mechanischen Hörimplantates		
			5-209.c	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Entfernung eines aktiven mechanischen Hörimplantates		
			5-209.e	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Einführung eines aktiven mechanischen Hörimplantates		
			5-209.f	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Einführung eines Implantates zur direkten akustischen Stimulation der Kochlea [DACI]		
			5-209.g	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Wechsel eines Implantates zur direkten akustischen Stimulation der Kochlea [DACI]		
			5-209.h	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Entfernung eines Implantates zur direkten akustischen Stimulation der Kochlea [DACI]		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 ist nach der durchgeführten Bedarfsprognose eine Fallzahl von 869 Fällen zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Cochleaimplantate“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
24.2	Cochlea-implantate	Landesteil	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, LG HNO		elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Kooperation mit Phoniatrie oder niedergelassenen Phoniatern Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT Doppler-/Duplex-Sonographien	FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen			Nachsorgekonzepte

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.25 Leistungsbereich „Neurochirurgie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Neurochirurgie“ orientiert sich am Gebiet „Neurochirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die allgemeine Leistungsgruppe „Neurochirurgie“ und die spezifische Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“ zugeordnet.

7.25.1 Leistungsgruppe „Neurochirurgie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Neurochirurgie“ orientieren sich an dem Gebiet „Neurochirurgie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
25.1	Neurochirurgie	WBO		Orientierung am Gebiet Neurochirurgie	1700 1790 1791	Neurochirurgie Neurochirurgie - Sonstiger Schwerpunkt Neurochirurgie - Sonstiger Schwerpunkt

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 31.282 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Neurochirurgie“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
25.1	Neurochirurgie	RB	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Allgemeine Neurologie[1] LG Stroke Unit[1] Angebot Polytrauma[1]	EEG, evozierte Potentiale, EMG, ENG, Sonographie inkl. extra- und intrakranielle Doppler und Farbduplexsonographie, CT 24/7, MRT	FA Neurochirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Neurologie[1] LB Orthopädie und Unfallchirurgie LG Stroke Unit[1] LG Wirbelsäulenchirurgie Angebot Polytrauma[1]	LG HNO LG MKG LG Palliativmedizin Angebot Strahlentherapie	MRT 24/7	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW spezielle Schmerztherapie			Neuroradiologische und neuropathologische Kompetenz am Standort

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.25.2 Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“

Das Versorgungsspektrum dieser Leistungsgruppe umfasst bestimmte Operationen an der Wirbelsäule. Solche Operationen werden sowohl in der „Neurochirurgie“ als auch in der „Orthopädie/Unfallchirurgie“ durchgeführt. Die Leistungsgruppe kann daher sowohl dem Leistungsbereich „Neurochirurgie“ als auch dem Leistungsbereich „Orthopädie/Unfallchirurgie“ zugeordnet werden.

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
14.5/ 25.2	Wirbelsäuleneingriffe	OPS	5-83 außer 5-830 5-839.0 5-83a 5-83b	Operationen an der Wirbelsäule Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule Entfernung von Osteosynthesematerial Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie) Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 59.928 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
14.5/ 25.2	Wirbelsäulen-eingriffe	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin	Angebot Schmerztherapie[1]	Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie oder FA Neurochirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		Konservative Schmerztherapie
			Auswahl-kriterium	Angebot Schmerztherapie[1]	LG Neurochirurgie	CT 24/7, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie			Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.26 Leistungsbereich „Neurologie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich Neurologie orientiert sich am Gebiet „Neurologie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Der Leistungsbereich umfasst neben der allgemeinen Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“ die beiden spezifischen Leistungsgruppen „Stroke Unit“ und „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“.

7.26.1 Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe Allgemeine Neurologie orientieren sich am Gebiet Neurologie der Weiterbildungsordnung der beiden Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
26.1	Allgemeine Neurologie	WBO		Orientierung am Gebiet Neurologie	2800 2856 2890 2891	Neurologie Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units) Neurologie Neurologie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 169.837 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
26.1	Allgemeine Neurologie	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin[2]	LB Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie[1]	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EEG, EMG, evozierte Potentiale, ENG, Sonographie inkl. extra- und intrakranielle Doppler und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.	
			Auswahl-kriterium	LG Geriatrie LB Kardiologie LG Neurochirurgie LB Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie[1] Angebot Schmerztherapie	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO	Polysomnographie	ZW Geriatrie ZW Intensivmedizin ZW Palliativmedizin ZW Schlafmedizin			Physiotherapeutische, Logopädische, Ergotherapeutische Kompetenz vor Ort verfügbar

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.26.2 Leistungsgruppe „Stroke Unit“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe Stroke Unit werden künftig über den nachstehend aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
26.2	Stroke Unit	OPS	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		

Sonderregelung
zu internistisch geführten Stroke Units und Tele-Stroke-Units

Die Schlaganfallversorgung kann in Nordrhein-Westfalen fast flächendeckend über neurologische geführte Stroke Units sichergestellt werden. Die Einbeziehung internistisch geführter Stroke Units oder von Tele-Stroke-Units kommt nur in Einzelfällen aufgrund besonderer Konstellationen in Betracht, wenn dies zur Verbesserung der Versorgung erforderlich ist.

Diese Komplexbehandlungen werden über den OPS-Code 8-98b „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ kodiert (8-98b.2 „Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes“; 8-98b.3 „Mit Anwendung eines Telekonsildienstes“). Auch diese OPS-Codes gehören daher zum Definitionsumfang der spezifischen Leistungsgruppe „Stroke Unit“.

Im Feststellungsbescheid wird der Versorgungsauftrag gemäß § 16 Abs. 1 Satz 6 KHGG NRW jeweils auf den für die jeweilige Stroke Unit zutreffenden OPS-Code eingeschränkt.

Bei der Bedarfszuteilung für internistisch geführte Stroke Units oder Tele-Stroke-Units ist auf das Fallzahlvolumen der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zuzugreifen, da die bisher auf diese Weise erbrachten Schlaganfallbehandlungen in der Bedarfsbestimmung und -prognose über die Fachabteilungsschlüssel der Inneren Medizin zugeordnet werden.

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 57.405 Fälle zu erwarten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Die Behandlungsmöglichkeiten bei akuten Schlaganfällen haben sich in den letzten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Versorgungsstrukturen müssen mit dieser Entwicklung Schritt halten. Nicht jede Stroke Unit kann und muss das komplette Behandlungsspektrum bis hin zur rekanalisierenden Therapie vorhalten.

Umso mehr kommt es darauf an, die Schlaganfallversorgung regional und überregional in vernetzten Strukturen zu planen. Dabei gilt es, das gesamte Spektrum von der Aufklärung der Bevölkerung, über den Rettungsdienst, Stroke Units mit regionalem und überregionalem Versorgungsspektrum bis hin zu Neurovaskulären Zentren nach den Vorgaben des G-BA und die Rehabilitation in den Blick zu nehmen.

Dabei muss stets der Patient im Mittelpunkt stehen. In diesem Zusammenhang steht auch der Einsatz von sog. Schlaganfall-Lotsen, die Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten für ein Jahr begleiten. Dieser Ansatz ist Gegenstand eines vom G-BA-Innovationsfonds geförderten Projektes der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe gewesen, das aktuell wissenschaftlich ausgewertet wird. Das Land wird die Ergebnisse bei der Weiterentwicklung der Schlaganfallversorgung in Nordrhein-Westfalen berücksichtigen.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Stroke Unit“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
26.2	Stroke Unit	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	LB Gefäßchirurgie[1] LG Neurochirurgie[1]	CT 24/7 oder MRT 24/7, CTA 24/7 oder MRA 24/7, Intra- und extrakranielle Sonographie inkl. Farbduplex 24/7, TTE, TEE, Möglichkeit zur systemischen Fibrinolyse, DSA	FA Neurologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.	Teil eines Netzwerkes mit verbindlichen schriftlichen Absprachen in Form von Behandlungspfaden zur Organisation der Versorgung von Schlaganfallpatienten Organisation von unmittelbar anschließender Weiterbehandlung, Frührehabilitation, Rehabilitation
			Auswahl-kriterium	LB Gefäßchirurgie[1] LB Kardiologie LG Neurochirurgie[1] LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Neuroradiologische Behandlungs-möglichkeit (Thrombektomie) 24/7 mind. In Kooperation	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie			

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

Sonderregelung
zu internistisch geführten Stroke Units und Tele-Stroke-Units

In Einzelfällen, in denen aufgrund besonderer Konstellationen Stroke Units als internistisch geführte Stroke Units oder Tele-Stroke-Units geführt werden, tritt an die Stelle der Vorhaltung der Leistungsgruppe Allgemeine Neurologie am Standort und der Beschäftigung von 3 FA für Neurologie (VZÄ) die Kooperation mit einer Klinik, die die LG Allgemeine Neurologie und die Leistungsgruppe Stroke Unit am Standort vorhält. Die erforderliche Einbindung des neurologischen Sachverstandes ist auf Basis der Vorgaben des OPS-Codes 8-98b nachzuweisen.

7.26.3 Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“

Krankenhäuser sind verpflichtet, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags alle Leistungen zu erbringen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die Versorgung notwendig sind; die Krankenhausbehandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Die Leistungen dürfen als Teil der Krankenhausbehandlung nur so lange erbracht werden, wie diese erforderlich ist.

Liegt keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mehr vor, kann die Rehabilitation in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V fortgesetzt werden.

Für Patientinnen und Patienten, die schwere Schlaganfälle oder andere Erkrankungen des Gehirns erlitten haben, kommt einer qualifizierten neurologisch-neurochirurgischen Frührehabiliation als Teil der akutstationären Behandlung besondere Bedeutung zu. Krankenhäuser, die diese Frührehabilitation erbringen, müssen über eine hohe Kompetenz sowohl mit Blick auf die akut-somatische und intensivmedizinsche Versorgung als auch mit Blick auf eine umfassende rehabilitative Versorgung verfügen.

Die Versorgungsstrukturen im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation sind in den vergangenen Jahren immer wieder zum Gegenstand von teils auch öffentlich geführten Diskussionen geworden. Es bleibt Ziel des Landes, in beiden Landesteilen ein bedarfsgerechtes, leistungsfähiges Versorgungsangebot mit angemessenen Erreichbarkeiten zu etablieren. Die Planung über eine eigene Leistungsgruppe schafft dafür die Voraussetzungen.

<u>Leistungsgruppendefinition</u>

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ werden künftig über den nachstehend aufgeführten OPS-Komplexcode definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
26.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	OPS	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 2.615 Fälle zu erwarten. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass das Gutachten zur Krankenhauslandschaft eine deutliche Unterversorgung in großen Teilen von NRW festgestellt hat. Die Prognosezahlen sind demnach im Kontext der aktuellen Versorgung zu interpretieren. Der tatsächliche Bedarf ist deutlich höher. In Regionen mit bestehender Unterversorgung sind deswegen Angebote auch über den prognostizierten Bedarf hinaus zu etablieren.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Im Sinne der Kontinuität der Versorgung und des Charakters der Frührehabilitation als Teil der akutstationären Behandlung ist die Ausweisung neuer Standorte bevorzugt in Akutkrankenhäuser vorzusehen. In Regionen, in denen auf diese Weise kein ausreichendes Angebot zu realisieren ist, kommt auch die Ausweisung an Rehabilitationskliniken in Betracht, wenn die Leistungsfähigkeit mit Blick auf die somatische und intensivmedizinische Versorgung nachgewiesen ist.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
26.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	RB	Mindest-voraussetzung	LG Intensivmedizin,	LG Allgemeine Innere Medizin[1] LG Allgemeine Neurologie[1]	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, Evozierte Potentiale (EVP, MEP), Mobiles Ultraschallgerät inkl. Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Rehabilitationsmedizin	3 FA aus den genannten Gruppen (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.	Konzepte zur Notfallversorgung intensivpflichtiger Patienten und zur nahtlosen Weiterverlegung in die nächste indizierte Rehabilitationsstufe Kooperationspartner in Entfernung von max. 30 Autominuten (keine weiteren Vorgaben zur Erreichbarkeit der Kooperationspartner) Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sozialdienst und Neuropsychologie (mind. in Kooperation)
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Innere Medizin[1] LG Allgemeine Neurologie[1]						Akutkrankenhaus mit angegliederter Reha Einrichtung

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.27 Leistungsbereich „Geriatrie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Geriatrie“ orientiert sich an der Zusatzweiterbildung „Geriatrie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die spezifische Leistungsgruppe „Geriatrie“ zugeordnet.

7.27.1 Leistungsgruppe „Geriatrie“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Geriatrie“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
27.1	Geriatrie	OPS	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		

Bei der Bedarfsbestimmung werden die derzeit außerhalb von geriatrischen Fachabteilungen erbrachten Fälle mit dem OPS-8-550 mit einbezogen.

Bei der Bedarfsfeststellung und –prognose werden Fälle, die den Fachabteilungsschlüssel „Geriatrie“ haben, nicht jedoch mit dem für die Leistungsgruppe vorgesehenen OPS-Komplexcode verschlüsselt sind, der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet.

Krankenhäuser, denen die Leistungsgruppe „Geriatrie“ zugeordnet wird, erhalten 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 OPS-Komplexcode abgerechneten Fälle abzubilden.

Dazu ist diesen Krankenhäusern auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zuzuordnen. Im Fall geriatrischer Fachkliniken wird dafür die Erfüllung der über die Anforderungen der Leistungsgruppe „Geriatrie“ hinausgehenden Mindestanforderungen nicht gefordert. Gemäß § 16 Abs. 1 Satz 6 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.

Geriatrische Leistungen außerhalb des OPS 8-550 können sowohl von Standorten mit der LG Geriatrie als auch von Standorten mit den Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“, LG „Allgemeine Chirurgie“ oder LG „Neurologie“ erbracht werden (nicht abschließende Aufzählung).

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 110.703 Fälle zu erwarten.

Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter steigen. Deshalb wird in der Geriatrie eine Reduktion der Leistungserbringer nicht angestrebt. Eine Erhöhung der Zahl der Krankenhäuser mit geriatrischer Fachabteilung ist durchaus wünschenswert.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Geriatrie“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
27.1	Geriatrie	Kreis	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin[2] LG Intensivmedizin[2]	LB Neurologie[1] LB Orthopädie und Unfallchirurgie[1] LG Urologie	CT (wenn Stand-alone Leistungserbringung, dann CT mind. in Kooperation)	ZW Geriatrie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, davon 2 mit ZW, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.	Multiprofessionelle Fallkonferenzen Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Chirurgie LB Orthopädie und Unfallchirurgie[1] LB Neurologie[1] LG Palliativmedizin						Demenzsensitives Versorgungskonzept am KH-Standort Qualitätssiegel Geriatrie (Bundesverband Geriatrie)

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

Die Struktur der geriatrischen Versorgungsverbünde hat sich in Nordrhein-Westfalen grundsätzlich bewährt. Die entsprechende Konzeption des Krankenhausplans NRW 2015 wird deswegen fortgeführt. Der Landesausschuss für Krankenhausplanung wird sich mit Blick auf eine mögliche Fortschreibung des Krankenhausplans zu gegebener Zeit mit einer eingehenderen Evaluation dieses Konzeptes und möglichen Weiterentwicklungen befassen.

7.28 Leistungsbereich „Intensivmedizin“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Intensivmedizin“ orientiert sich an der Zusatz-Weiterbildung „Intensivmedizin“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ zugeordnet.

7.28.1 Leistungsgruppe „Intensivmedizin“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe Intensivmedizin orientieren sich an der Zusatz-Weiterbildung „Intensivmedizin“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
28.1	Intensivmedizin	WBO		Orientierung an der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin		

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für die Intensivmedizin erfolgt – analog zum Vorgehen in der bisherigen Krankenhausplanung – keine separate Bedarfsberechnung, weil die entsprechenden Kapazitäten als „davon-Werte“ der jeweiligen somatischen Kapazitäten ausgewiesen werden.

Als Lehre aus der Pandemie ist die besondere Bedeutung ausreichender, flächendeckend vorgehaltener intensivmedizinischer Kapazitäten festzuhalten. Gleichzeitig hat die Pandemie noch einmal gezeigt, wie komplex die Anforderungen an die intensivmedizinische Versorgung in Abhängigkeit von der Erkrankungsschwere des Patienten werden können.

Die Krankenhausplanung verfolgt deswegen das Ziel, einerseits die intensivmedizinische Versorgung in der Fläche zu stärken und zugleich über abgestufte Qualitätsanforderungen dafür zu sorgen, dass die Patienten auf dem zur Beherrschung ihres jeweiligen Krankheitsbildes erforderlichen Niveau versorgt werden können.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
28.1	Intensivmedizin	Kreis	Mindest-voraussetzung			Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung FA Anästhesiologie ZW Intensivmedizin	3 intensivmedizinsch erfahrene Fachärzte (VZÄ) mind. Rufbereitschaft 24/7 davon einer mit ZW Intensivmedizin oder FA Anästhesiologie	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.	
			Qualitäts-anforderung **Komplex**			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- / Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren (24h-Einsatzfähigkeit) b. Flexible Bronchoskopie (Tagdienst) c. Ultraschall-Verfahren (Tagdienst): Abdomen, TTE TEE am Satndort (Tagdienst) Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin	3 intensivmedizinisch erfahrene Fachärzte (VZÄ), mind. Rufbereitschaft 24/7 davon 2 mit ZW „Intensivmedizin“ Ständige Anwesenheit eines Arztes auf der Intensivstation. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden.	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.	
			Qualitäts-anforderung **Hochkomplex**			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- / Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren (24h-Einsatzfähigkeit) b. Flexible Bronchoskopie (24h-Einsatzfähigkeit) c. Ultraschall-Verfahren (24h-Einsatzfähigkeit): Abdomen, TTE TEE am Standort (Tagdienst) Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	ZW Intensivmedizin	3 Fachärzte (VZÄ) mit ZW „Intensivmedizin“, mind. Rufbereitschaft 24/7 Ständige Anwesenheit eines Arztes auf der Intensivstation. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden.	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV.	

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

Zur Ausweisung der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ sind die in der Tabelle genannten Mindestanforderungen zu erfüllen.

Bei Zuweisung bestimmter weiterer Leistungsgruppen gelten für die erforderliche intensivmedizinische Versorgung der Patienten dieser Leistungsgruppen die erweiterten Anforderungen der Qualitätsanforderung „Komplex“ oder „Hochkomplex“. Dies ist bei den Qualitätsanforderungen der jeweiligen Leistungsgruppen gesondert ausgewiesen.

7.29 Leistungsbereich „Palliativmedizin“

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen (http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de), der neben dem Land NRW u.a. auch alle wesentlichen Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens auf Spitzenverbandsebene beigetreten sind, hält fest, dass die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu den wesentlichen Versorgungsaufgaben von Krankenhäusern in Deutschland gehört.

Deswegen müssen in allen Krankenhäusern, in denen regelmäßig schwerstkranke und sterbende Menschen betreut und behandelt werden, die Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben nachhaltig gesichert und ausgebaut werden. Dabei sind grundlegende Anforderungen der Palliativversorgung wie das Prinzip der Patientenorientierung, Multiprofessionalität und der Vernetzung umzusetzen.

In Nordrhein-Westfalen ist die Pflicht zur besonderen Beachtung der Würde sterbender Patientinnen und Patienten im Krankenhausgestaltungsgesetz ausdrücklich verankert. Dazu gehört, dass Hinterbliebene angemessen Abschied nehmen können (§ 3 Abs. 3 KHGG NRW).

Zur Umsetzung dieser Ziele sind in allen Krankenhäusern und im Gesundheitssystem insgesamt vielfältige Maßnahmen erforderlich, die die Charta im Einzelnen ausführt.

Eine wesentliche Rolle im Zusammenspiel vieler Faktoren und Akteure spielen spezialisierte Palliativstationen in Krankenhäusern.

Wegen ihrer besonderen Steuerungsrelevanz sind diese Stationen über den Leistungsbereich und die Leistungsgruppe „Palliativmedizin“ explizit Gegenstand der Krankenhausplanung.

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Palliativmedizin“ orientiert sich an der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich ist die spezifische Leistungsgruppe „Palliativmedizin“ zugeordnet.

7.29.1 Leistungsgruppe „Palliativmedizin“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Palliativmedizin“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
29.1	Palliativmedizin	OPS	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung		

Mit dieser Definition wird ausschließlich die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung zum Gegenstand der Planung über diese Leistungsgruppe gemacht.

Auf den Palliativstationen der Krankenhäuser, denen diese Leistungsgruppe zugeordnet wird, können jedoch auch Patienten behandelt werden, bei denen dieser OPS-Code nicht zur Abrechnung kommt. Dies ist – analog zum Vorgehen bei der LG Geriatrie – bei der Fallzuweisung ggf. gesondert zu berücksichtigen.

Auf der anderen Seite lässt dieser Planungsansatz die Erbringung palliativmedizinischer Leistungen jenseits des OPS-Codes 8-98e in Krankenhäusern, denen diese Leistungsgruppe nicht zugewiesen wurde, ausdrücklich zu. Dazu gehören die Komplexleistungen nach den OPS-Codes 8-982 „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ und 8-98h „Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst“. Damit ermöglicht die Planung die Entwicklung einer ganzheitlichen Versorgungsstruktur in der Krankenhauslandschaft, die den Zielen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland gerecht wird.

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 8.391 Fälle zu erwarten.

Wie oben ausgeführt, ist zu beachten, dass sich diese Fallzahlprognose ausschließlich auf die stationäre Behandlung gemäß OPS-Komplexcode 8-98e bezieht und nicht das gesamte Spektrum der palliativmedizinischen Versorgung in den Krankenhäusern abbildet.

Eine umfassende Analyse der stationären palliativmedizinischen Versorgung ist mit dem vom Land beauftragten Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2019 vorgelegt worden. Dabei ergaben sich Hinweise auf bestehende lokale Versorgungslücken.

Außerdem war im Vergleich mit anderen Bundesländern der Anteil der durch den komplexeren Kode 8-98e versorgten Fälle vergleichsweise gering. Zugleich bestanden relevante regionale Unterschiede.

Diese Ergebnisse sprechen für eine dezidierte Planung der spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung. Zugleich ist zu bedenken, dass die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen in Regionen mit einer Unterversorgung den Bedarf auch für das Jahr 2024 unterschätzt. Deswegen kann die Planungsbehörde in diesen Regionen bei der Zuteilung von Versorgungsaufträgen über den prognostizierten Bedarf hinausgehen.

Ziel des Landes ist es, die weitere Umsetzung der Ziele der Charta durch eine sinnvolle Weiterentwicklung der stationären palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen zu unterstützen. Darauf wird bei der Umsetzung der Planung in den regionalen Planungskonzepten unter ausdrücklicher Berücksichtigung vernetzter und auch sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen besonders zu achten sein.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Palliativmedizin“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
29.1	Palliativmedizin	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin[2] oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin[2]			ZW Palliativmedizin	3 FA (VZÄ) beschäftigt, Rufbereitschaft 24/7 davon mind. 2 mit ZW Palliativmedizin		Kooperation mit ambulanter Palliativversorgung Psychosozialdienst, Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation Wöchentliche Teambesprechung des Palliativdienstes (Arzt + Pflege)
			Auswahl-kriterium	LB Hämatologie und Onkologie LG Intensivmedizin, LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie-Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation LB Neurologie	LG Geriatrie Angebot Schmerztherapie		FA Kinder- und Jugendmedizin			Weitere Therapieformen: Kunst-, Musik-, Entspannungs- und Bewegungstherapie

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.30 Leistungsbereich „Transplantation solider Organe“

Die Transplantation von Organen stellt an die Versorger besonders hohe Qualitätsansprüche. Transplantationszentren tragen eine besondere Verantwortung.

Dem Leistungsbereich sind insgesamt sechs verschiedene spezifische Leistungsgruppen zugeordnet: Die Leistungsgruppen „Darmtransplantation“, „Herztransplantation“, „Lebertransplantation“, „Lungentransplantation“, „Nierentransplantation“ und „Pakreastransplantation“.

7.30.1 Leistungsgruppe „Darmtransplantation“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Darmtransplantation“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben
30.1	Darmtransplantation	OPS	5-467.6	Dünndarmtransplantation

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Aus der Tabelle zum Ergebnis der Bedarfsbestimmung und –prognose im Anhang ergeben sich die im Jahr 2019 in den sechs Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Transplantation solider Organe“ erreichten Transplantationszahlen. Es bleibt das Ziel des Landes, die Zahl der Organtransplantationen weiter zu steigern und die Wartezeiten der Patientinnen und Patienten, die auf ein Spenderorgan angewiesen sind, zu verkürzen. Eine Bedarfsprognose allein auf Basis der Werte des Jahres 2019 und der demographischen Entwicklung führt bis zum Jahr 2024 zu unveränderten oder nur leicht erhöhten Werten und kann kein abschließendes Ergebnis liefern. Für die Krankenhäuser, denen die entsprechenden Leistungsgruppen zugewiesen werden, stellen die im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Fallzahlen und Schwankungsbreiten deswegen ausdrücklich keine Begrenzung bei ihrer Tätigkeit im Bereich der Transplantationen dar. Die Planung über jeweils eigene Leistungsgruppen ermöglicht Gewährleistung der erforderlichen, hohen Versorgungsqualität in diesem wichtigen Versorgungsbereich.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Darmtransplantation“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
30.1	Darm-transplantation	Landesteil	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LB Viszeralchirurgie		Röntgen, CT 24/7, Teleradio-logischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantations-medizin (sobald eingeführt)	3 FA (VZÄ) je Disziplin beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7 mind. 1 FA mit ZW (sobald eingeführt)	Transplantations-beauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz	gemäß der Checkliste "Zentrum für Transplantation": Erfüllung der organbezogenen Anforderungen des TPG Einhaltung der Mindestmengenregelungen des G-BA transplantationsspezifische QM-Instrumente Entnahme- und Transplantationsteams Transplantationsambulanzen Transplantationsbüro mit 24/7-Besetzung
			Auswahl-kriterium	LB Gefäßchirurgie			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantations-medizin (sobald eingeführt)	Fachärzte der jeweiligen Disziplin mit ZW "Transplantationsmedizin"		

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.30.2 Leistungsgruppe „Herztransplantation“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Herztransplantation“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben
30.2	Herztransplantation	OPS	5-375 besondere Kriterien für 5-375.2 5-375.4	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc) Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthalts

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Aus der Tabelle zum Ergebnis der Bedarfsbestimmung und –prognose im Anhang ergeben sich die im Jahr 2019 in den sechs Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Transplantation solider Organe“ erreichten Transplantationszahlen. Es bleibt das Ziel des Landes, die Zahl der Organtransplantationen weiter zu steigern und die Wartezeiten der Patientinnen und Patienten, die auf ein Spenderorgan angewiesen sind, zu verkürzen. Eine Bedarfsprognose allein auf Basis der Werte des Jahres 2019 und der demographischen Entwicklung führt bis zum Jahr 2024 zu unveränderten oder nur leicht erhöhten Werten und kann kein abschließendes Ergebnis liefern. Für die Krankenhäuser, denen die entsprechenden Leistungsgruppen zugewiesen werden, stellen die im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Fallzahlen und Schwankungsbreiten deswegen ausdrücklich keine Begrenzung bei ihrer Tätigkeit im Bereich der Transplantationen dar. Die Planung über jeweils eigene Leistungsgruppen ermöglicht Gewährleistung der erforderlichen, hohen Versorgungsqualität in diesem wichtigen Versorgungsbereich.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Herztransplantation“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
30.2	Herz-transplantation	Landesteil	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie[2] LG Allgemeine Innere Medizin LB Herzchirurgie LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LB Kardiologie		Herzkatheterlabor (r/l), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie ZW Transplantationsmedizin (sobald eingeführt)	3 FA (VZÄ) je Disziplin beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7 mind. 1 FA mit ZW (sobald eingeführt)	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz	gemäß der Checkliste "Zentrum für Transplantation": Erfüllung der organbezogenen Anforderungen des TPG Einhaltung der Mindestmengenregelungen des G-BA transplantationsspezifische QM-Instrumente Entnahme- und Transplantationsteams Transplantationsambulanzen Transplantationsbüro mit 24/7-Besetzung
			Auswahl-kriterium	LG Thoraxchirurgie		ECMO	FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin (sobald eingeführt)	Fachärzte der jeweiligen Disziplin mit ZW Transplantationsmedizin		

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.30.3 Leistungsgruppe „Lebertransplantation“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Lebertransplantation“ werden künftig über die aufgeführten OPS-Codes definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben
30.3	Lebertransplantation	OPS	5-503 außer 5-503.0	Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation) Hepatektomie, postmortal
			5-504	Lebertransplantation

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Aus der Tabelle zum Ergebnis der Bedarfsbestimmung und –prognose im Anhang ergeben sich die im Jahr 2019 in den sechs Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Transplantation solider Organe“ erreichten Transplantationszahlen. Es bleibt das Ziel des Landes, die Zahl der Organtransplantationen weiter zu steigern und die Wartezeiten der Patientinnen und Patienten, die auf ein Spenderorgan angewiesen sind, zu verkürzen. Eine Bedarfsprognose allein auf Basis der Werte des Jahres 2019 und der demographischen Entwicklung führt bis zum Jahr 2024 zu unveränderten oder nur leicht erhöhten Werten und kann kein abschließendes Ergebnis liefern. Für die Krankenhäuser, denen die entsprechenden Leistungsgruppen zugewiesen werden, stellen die im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Fallzahlen und Schwankungsbreiten deswegen ausdrücklich keine Begrenzung bei ihrer Tätigkeit im Bereich der Transplantationen dar. Die Planung über jeweils eigene Leistungsgruppen ermöglicht Gewährleistung der erforderlichen, hohen Versorgungsqualität in diesem wichtigen Versorgungsbereich.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Lebertransplantation“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
30.3	Leber-transplantation	Landesteil	Mindest-voraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Gastroenterologie LB Viszeralchirurgie		Röntgen, CT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie ZW Transplantationsmedizin (sobald eingeführt)	3 FA (VZÄ) je Disziplin beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7 mind. 1 FA mit ZW (sobald eingeführt)	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz	gemäß der Checkliste "Zentrum für Transplantation": Erfüllung der organbezogenen Anforderungen des TPG Einhaltung der Mindestmengenregelungen des G-BA transplantationsspezifische QM-Instrumente Entnahme- und Transplantationsteams Transplantationsambulanzen Transplantationsbüro mit 24/7-Besetzung
			Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LB Gefäßchirurgie			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin ZW Transplantationsmedizin (sobald eingeführt)	Fachärzte der jeweiligen Disziplin mit ZW Transplantationsmedizin		

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.30.4 Leistungsgruppe „Lungentransplantation“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Lungentransplantation“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben
30.4	Lungentransplantation	OPS	5-335	Lungentransplantation (Herz-Lungentransplantation nicht inbegriffen)

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Aus der Tabelle zum Ergebnis der Bedarfsbestimmung und –prognose im Anhang ergeben sich die im Jahr 2019 in den sechs Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Transplantation solider Organe“ erreichten Transplantationszahlen. Es bleibt das Ziel des Landes, die Zahl der Organtransplantationen weiter zu steigern und die Wartezeiten der Patientinnen und Patienten, die auf ein Spenderorgan angewiesen sind, zu verkürzen. Eine Bedarfsprognose allein auf Basis der Werte des Jahres 2019 und der demographischen Entwicklung führt bis zum Jahr 2024 zu unveränderten oder nur leicht erhöhten Werten und kann kein abschließendes Ergebnis liefern. Für die Krankenhäuser, denen die entsprechenden Leistungsgruppen zugewiesen werden, stellen die im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Fallzahlen und Schwankungsbreiten deswegen ausdrücklich keine Begrenzung bei ihrer Tätigkeit im Bereich der Transplantationen dar. Die Planung über jeweils eigene Leistungsgruppen ermöglicht Gewährleistung der erforderlichen, hohen Versorgungsqualität in diesem wichtigen Versorgungsbereich.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Lungentransplantation“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
30.4	Lungen-transplantation	Landesteil	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie ODER LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantations-medizin (sobald eingeführt)	5 FA (VZÄ) Herzchirurgie und 1 FA Thoraxchirurgie beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7 ODER 3 FA (VZÄ) Thoraxchirurgie und 1 FA Herzchirurgie beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7 mind. 1 FA mit ZW (sobald eingeführt)	Transplantations-beauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz	gemäß der Checkliste "Zentrum für Transplantation": Erfüllung der organbezogenen Anforderungen des TPG Einhaltung der Mindestmengenregelungen des G-BA transplantationsspezifische QM-Instrumente Entnahme- und Transplantationsteams Transplantationsambulanzen Transplantationsbüro mit 24/7-Besetzung
			Auswahl-kriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin ZW Transplantations-medizin (sobald eingeführt)	Fachärzte der jeweiligen Disziplin mit ZW Transplantationsmedizin		

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.30.5 Leistungsgruppe „Nierentransplantation“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Nierentransplantation“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben
30.5	Nierentransplantation	OPS	5-555	Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Aus der Tabelle zum Ergebnis der Bedarfsbestimmung und –prognose im Anhang ergeben sich die im Jahr 2019 in den sechs Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Transplantation solider Organe“ erreichten Transplantationszahlen. Es bleibt das Ziel des Landes, die Zahl der Organtransplantationen weiter zu steigern und die Wartezeiten der Patientinnen und Patienten, die auf ein Spenderorgan angewiesen sind, zu verkürzen. Eine Bedarfsprognose allein auf Basis der Werte des Jahres 2019 und der demographischen Entwicklung führt bis zum Jahr 2024 zu unveränderten oder nur leicht erhöhten Werten und kann kein abschließendes Ergebnis liefern. Für die Krankenhäuser, denen die entsprechenden Leistungsgruppen zugewiesen werden, stellen die im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Fallzahlen und Schwankungsbreiten deswegen ausdrücklich keine Begrenzung bei ihrer Tätigkeit im Bereich der Transplantationen dar. Die Planung über jeweils eigene Leistungsgruppen ermöglicht Gewährleistung der erforderlichen, hohen Versorgungsqualität in diesem wichtigen Versorgungsbereich.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Nierentransplantation“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
30.5	Nieren-transplantation	Landes-steil	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Nephrologie[3] LG Urologie[34] LB Viszeralchirurgie[34]	LG Urologie[4] LB Viszeral-chirurgie[4]	Röntgen, CT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie, FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantations-medizin (sobald eingeführt)	3 FA (VZÄ) je Disziplin beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7 mind. 1 FA mit ZW (sobald eingeführt)	Transplantations-beauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz	gemäß der Checkliste "Zentrum für Transplantation": Erfüllung der organbezogenen Anforderungen des TPG Einhaltung der Mindestmengenregelungen des G-BA transplantationsspezifische QM-Instrumente Entnahme- und Transplantationsteams Transplantationsambulanz Transplantationsbüro mit 24/7-Besetzung
			Auswahl-kriterium	LB Gefäßchirurgie			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantations-medizin (sobald eingeführt)	Fachärzte der jeweiligen Disziplin mit ZW "Transplantationsmedizin"		

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

7.30.6 Leistungsgruppe „Pankreastransplantation“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der spezifischen Leistungsgruppe „Pankreastransplantation“ werden künftig über den aufgeführten OPS-Code definiert.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben
30.6	Pankreastransplantation	OPS	5-528	Transplantation von Pankreas(gewebe)

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Aus der Tabelle zum Ergebnis der Bedarfsbestimmung und –prognose im Anhang ergeben sich die im Jahr 2019 in den sechs Leistungsgruppen im Leistungsbereich „Transplantation solider Organe“ erreichten Transplantationszahlen. Es bleibt das Ziel des Landes, die Zahl der Organtransplantationen weiter zu steigern und die Wartezeiten der Patientinnen und Patienten, die auf ein Spenderorgan angewiesen sind, zu verkürzen. Eine Bedarfsprognose allein auf Basis der Werte des Jahres 2019 und der demographischen Entwicklung führt bis zum Jahr 2024 zu unveränderten oder nur leicht erhöhten Werten und kann kein abschließendes Ergebnis liefern. Für die Krankenhäuser, denen die entsprechenden Leistungsgruppen zugewiesen werden, stellen die im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Fallzahlen und Schwankungsbreiten deswegen ausdrücklich keine Begrenzung bei ihrer Tätigkeit im Bereich der Transplantationen dar. Die Planung über jeweils eigene Leistungsgruppen ermöglicht Gewährleistung der erforderlichen, hohen Versorgungsqualität in diesem wichtigen Versorgungsbereich.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Pankreastransplantation“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
30.6	Pankreas-transplantation	Landesteil	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LB Viszeralchirurgie		Röntgen, CT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin (sobald eingeführt)	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7 mind. 1 FA mit ZW (sobald eingeführt)	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz	gemäß der Checkliste "Zentrum für Transplantation": Erfüllung der organbezogenen Anforderungen des TPG Einhaltung der Mindestmengenregelungen des G-BA transplantationsspezifische QM-Instrumente Entnahme- und Transplantationsteams Transplantationsambulanzen Transplantationsbüro mit 24/7-Besetzung
			Auswahl-kriterium	LB Gefäßchirurgie			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin ZW Transplantationsmedizin (sobald eingeführt)	Fachärzte der jeweiligen Disziplin mit ZW "Transplantationsmedizin"		

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

8 Bedarfsermittlung und –prognose Psychiatrie und Psychosomatik

8.1 Methodisches Vorgehen

Bedarfsberechnung und - prognose der Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PP) bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik (KJP)

Generell wird die Bedarfsermittlung und -prognose für den Planungsbereich PP und KJP entlang der in Kapitel 6 beschriebenen Methodik durchgeführt. Abschließend werden im Folgenden einige Hinweise zu den wenigen Unterschieden zur beschriebenen Methodik gegeben. Ausführlichere Erläuterungen und Hintergrundinformationen zu allen Themen sind im Gutachten zur Krankenhauslandschaft NRW gegeben (MAGS 2019).

Erstens sind neben der Fallzahl eine wesentliche Kennzahl zur Beschreibung des Bedarfs im Planungsbereich PP und KJP die Behandlungstage (kalkulatorisch gleich den BT bzw. Grundlage der Berechnung der (durchschnittlichen) VWD; BT/Fallzahl=VWD). Gründe hierfür sind, dass

- die Fallzählweise seit Einführung des PEPP-Abrechnungssystems mehrfach Änderungen unterzogen wurde (Bedingungen für Fallzusammenführungen) und die Anzahl der Fälle, gerade im Vergleich zwischen mehreren Jahren, schwierig zu interpretieren ist;
- die Anzahl der Behandlungstage im Planungsbereich PP und KJP selbst für die Behandlung, die Behandlungsintensität und damit für den Versorgungsbedarf steht. Vor diesem Hintergrund wurde auch mit Blick auf das Vergütungssystem auf Bundesebene kein Übergang auf das Fallpauschalensystem der Somatik vollzogen, sondern ein System mit tagesgleichen Vergütungssätzen entwickelt.

Zweitens sind im Planungsbereich PP und KJP nur allgemeine LG über FAB-Codes definiert. Deshalb sind nur die entsprechenden Teilschritte für allgemeine LG der in Kapitel 6 ausgeführten Bedarfsermittlung notwendig. Die Klassifizierung erfolgt dabei 2-stufig: zunächst werden die Fälle auf Basis ihres Fachabteilungscodes den LB Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik zugeordnet[19]. Die Aufteilung in die LG der beiden LB – also die Zuordnung der Fälle in die korrekte Versorgungsform – erfolgt in einem zweiten Schritt anhand des fallspezifischen Markers für voll- oder teilstationäre Behandlung.[20] Zu Fallzahlen der Leistungsgruppen werden die Behandlungstage, die dem Datensatz entnommen werden können, entsprechend ausgewiesen.

Drittens wird bei der Bedarfsprognose keine Ambulantisierung modelliert. Unter den aktuellen bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen kann sich eine entsprechende Entwicklung derzeit nicht entfalten. Der anhaltende Trend hin zu teilstationären Leistungen wird implementiert. Hierzu wird ein Vergleich des teilstationären Versorgungsanteils (in BT) je LB zwischen den VG angestellt und ein Zielwert als minimaler teilstationärer Anteil je LG abgeleitet. Dieser orientiert sich an den beobachteten NRW-weiten TK-Anteilen. Die Implementierung erfolgt so, dass für VG deren TK-Anteil unterhalb des TK-Zielanteils liegen, dieser schrittweise auf ein jährliches Mindestniveau angehoben wird, bis der Mindestwert im Zieljahr 2024 erreicht ist. Die jährlichen Mindestwerte berechnen sich linear über den niedrigsten beobachteten Wert je VG und dem Zielwert (mit Erreichung dieses Wertes in 2024). Die Berechnung des TK-Anteils wird auf Ebene des Behandlungsortes abgeleitet und auf dieser Ebene auch umgesetzt. Hier wurde bewusst nicht der Wohnort als Ebene gewählt, da die außerhalb von NRW wohnhaften Fälle aufgrund der resultierenden längeren Fahrzeit eine deutlich höhere Tendenz zur vollstationären Behandlungsform haben und der Behandlungsort das regionale Behandlungsgebiet und damit insbesondere die wohnortnahe Versorgung besser abbildet.

Der resultierende TK-Anteil über alle Gebiete von NRW ist entsprechend (deutlich) höher als der Zielwert, da Gebiete mit einem höheren Anteil an tagesklinischer Versorgung diesen auch für die Zukunft beibehalten. Beim Zielanteil für die tagesklinische Versorgung wird zwischen PP und KJP unterschieden – siehe Tabelle 2.

Algorithmisch wird diese Berechnung so umgesetzt, dass die Belegtage eines jeden Falls in den relevanten Gebieten (also den VG mit einem tagesklinischen Anteil unterhalb des Zielwertes) in „vollstationäre“ und „teilstationäre“ Belegtage aufgeteilt

[19] Die entsprechenden Fachabteilungskodes sind in den Listen (siehe Excel-Tabelle *FAB_je_allg_LG* im Anhang) zur Somatik enthalten
[20] Stationsäquivalente Behandlung wird dabei als vollstationär eingestuft

werden, wobei die Relation der beiden Größen genau dem entsprechenden Anteil entspricht. Das Vorgehen ist also so implementiert, dass für Gebiete mit niedrigem tagesklinischem Anteil eine Umwandlung von vollstationären Belegtagen in teilstationäre Belegtage erfolgt, nicht umgekehrt.

		PP			KJP		
lfd. Nr.	VG	Belegtage teilstat.	Belegtage vollstat.	Anteil TK	Belegtage teilstat.	Belegtage vollstat.	Anteil TK
A	B	C	D	E	F	G	H
1	1	105.806	560.115	15,9%	16.263	28.362	36,4%
2	2	46.629	279.890	14,3%	10.203	18.904	35,1%
3	3	40.048	236.410	14,5%	9.878	19.653	33,4%
4	4	73.441	364.833	16,8%	12.333	44.159	21,8%
5	5	116.634	417.871	21,8%	16.162	38.268	29,7%
6	6	44.898	371.541	10,8%	12.554	15.472	44,8%
7	7	57.401	285.967	16,7%	12.194	15.209	44,5%
8	8	46.027	217.352	17,5%	12.677	58.570	17,8%
9	9	78.911	516.846	13,2%	24.252	17.409	58,2%
10	10	95.893	381.362	20,1%	15.153	21.350	41,5%
11	11	23.992	105.529	18,5%	4.874	7.304	40,0%
12	12	46.844	169.132	21,7%	9.320	39.457	19,1%
13	13	58.044	367.394	13,6%	10.089	24.409	29,2%
14	14	37.925	238.582	13,7%	3.632	29.415	11,0%
15	15	12.505	62.413	16,7%	2.428	20.737	10,5%
16	16	12.891	126.563	9,2%	1.518	1.990	43,3%
17	NRW	897.889	4.701.800	16,0%	173.530	400.668	30,2%
18	Zielanteil für VG unterhalb von…			16,0%			30,0%

Tabelle 2: Übersicht der TK-Anteile je VG und Herleitung des Zielanteils für TK-Versorgung.

Anschließend erfolgt eine Aggregation auf LK-Ebene, wie in Kapitel 6 beschrieben.

Viertens wird kein Verweildauertrend modelliert. Gründe hierfür sind:

1. es wird kein historischer Trend beobachtet;
2. im PEPP-System (und im vorherigen Abrechnungssystem) besteht nicht derselbe Grad an kontinuierlichem VWD-Rückgang wie im DRG-System;
3. der medizinisch-technische Fortschritt wirkt im Planungsbereich Psychiatrie weniger auf die VWD als vielmehr auf die medizinische Qualität der Leistungserbringung (z.B. weniger Nebenwirkungen und bessere Verträglichkeit von Medikamenten);
4. die VWD ist geprägt von der Therapie / Behandlung (vgl. Ausführungen weiter oben);

Fünftens und letztens bestand historisch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in einer Reihe von Regionen eine Unterversorgung. Reine

Trendfortschreibungen des tatsächlichen Versorgungsgeschehens schreiben eine solche Unterversorgung fort. Das Land hat darauf bereits im Krankenhausplan 2015 mit Planvorgaben reagiert, die deutlich über den Ergebnissen der mathematischen Trendberechnungen lagen. Die Umsetzung dieser Planung konnte in den folgenden Jahren nur schrittweise erfolgen. Sie ist mittlerweile zwar auf Ebene der Feststellungsbescheide (SOLL-Betten) erfolgt. Die Umsetzung in der Versorgung konnte jedoch noch nicht überall realisiert werden, auch weil dazu teils auch Bauvorhaben umgesetzt werden müssen. Deswegen ist eine reine Trendfortschreibung auch bei der jetzigen Bedarfsprognose nicht angemessen. Das Land hält seine in den letzten Jahren in den regionalen Planungsverfahren vorgenommenen Bewertungen zum Versorgungsbedarf ausdrücklich aufrecht. Deswegen wird für Versorgungsgebiete, in denen sich aus der Bedarfsprognose eine geringere Bettenzahl ergibt als zuletzt im SOLL ausgewiesen, ein Ausgleichsfaktor zur Anpassung der Bedarfsprognose definiert. Dieser Faktor ergibt sich aus der Differenz zwischen den in den aktuellen FSB im SOLL definierten Betten und den berechneten Ergebnissen der Bedarfsprognose. Für die Umrechnung von Belegtagen in Kapazitäten werden dabei folgende Parameter verwendet:

1. Vollstationäre Versorgungsform: 365 Betriebstage bei 90% Bettennutzungsgrad
2. Teilstationäre Versorgungsform: 250 Betriebstage bei 90% Auslastungsgrad.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass auch für den psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich eine Neuberechnung des Bedarfs im Jahr 2024 erfolgen wird. Dabei wird auch die Methodik der Bedarfsberechnung im Lichte der bis dahin eingetretenen Entwicklungen neu zu bewerten sein.

8.2 Schwankungsbreite

Siehe Kapitel 6.5 „Schwankungsbreite“.

8.3 Integratives Versorgungskonzept

Das bereits mit dem Krankenhausplan NRW 2015 eingeführte Integrative Versorgungskonzept für die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung hat sich bewährt und wird, auch mit der aktuellen Krankenhausplanung weitergeführt.

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

Der Versorgungsauftrag ist so zu gestalten, dass er sowohl den quantitativen als auch den qualitativen Anforderungen an eine differenzierte psychiatrische und psychosomatische Versorgung gerecht wird. Auf Grund der Komplexität psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder ist ein ganzheitlicher integrativer Behandlungsansatz notwendig, der von einem engen Zusammenwirken beider Gebiete sowie aller an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen getragen wird. Die Einbindung beider Gebiete in ein gemeinsam verantwortetes Versorgungsangebot dient nicht zuletzt der Sicherung und Verbesserung der Qualität der Versorgung von psychisch und psychosomatisch erkrankten Patientinnen und Patienten. Dieser ganzheitliche Ansatz erfordert zudem eine enge Zusammenarbeit mit den somatischen Gebieten. Hierdurch kann nicht nur eine Chronifizierung psychischer und psychosomatischer Krankheiten wirksam verhindert, sondern insbesondere auch einer Stigmatisierung und Ausgrenzung der betroffenen Patienten gezielt entgegengewirkt werden.

<u>Allgemein strukturelle und fachlich-inhaltliche Zielsetzungen</u>

Die bedarfsgerechten Versorgungskapazitäten für Psychiatrie und Psychosomatik sind mittels gemeinsamer Planung auf regionaler Ebene unter besonderer Berücksichtigung des Prinzips „ambulant vor teilstationär vor vollstationär“ sowie der

Anforderungen an die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) festzulegen.

Im Hinblick auf Stadium, Schweregrad und Komplexität psychischer und psychosomatischer Störungsbilder bedarf es einer krankheitsspezifisch differenzierten Diagnostik und Behandlung aus Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und anderen Therapieverfahren durch ein multiprofessionelles Team aus therapeutischen und pflegerischen Fachkräften.

Konsiliar- und Liaisondienste sowie verbindliche Kooperationsvereinbarungen stellen die Verknüpfung zu den somatischen Gebieten der jeweiligen Versorgungsregion auch sektorenübergreifend sicher.

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

Die Versorgungsangebote für Psychiatrie und Psychosomatik sind so auszugestalten, dass ein angemessenes Weiterbildungsangebot nach den ärztlichen Weiterbildungsordnungen für beide Gebiete vorgehalten wird.

Grundsätzlich sind alle bestehenden Fachkrankenhäuer und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie und für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in das Integrative Versorgungskonzept einzubeziehen und weiterzuentwickeln.

Zu den personellen und fachlich-inhaltlichen Anforderungen wird auf die Qualitätskriterien je LG verwiesen. § 31 Abs. 2 Satz 4 KHGG NRW bleibt unberührt.

9 Psychiatrische und psychosomatische Leistungsbereiche und –gruppen

9.1 Leistungsbereich „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ orientiert sich an den Gebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob und inwieweit spezielle überregionale Angebote für besonders komplexe psychische und psychosomatische Störungen erforderlich sind.

Dem Leistungsbereich sind die allgemeinen Leistungsgruppen „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär“ und „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär“ zugeordnet.

Mit dem Krankenhausplan 2015 hat das Land ein integratives Versorgungskonzept für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie etabliert und zugleich den deutlich gestiegenen Versorgungsbedarf in diesem Bereich anerkannt. In der Umsetzung hat sich das integrative Versorgungskonzept grundsätzlich bewährt. Der Landesausschuss für Krankenhausplanung hat sich deswegen dafür ausgesprochen, dieses Konzept beizubehalten. Der Landesausschuss für Krankenhausplanung hat zugleich vereinbart, die weitere Entwicklung in diesem Versorgungsbereich eng zu begleiten und auf dieser Basis zu gegebener Zeit Vorschläge für eine Weiterentwicklung zu erarbeiten. Dabei wird besonderes Gewicht auf die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung zu legen sein, für die derzeit die (bundes-)gesetzlichen Voraussetzungen noch weitgehend fehlen.

9.1.1 Leistungsgruppe „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – vollstationär“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – vollstationär“ orientieren sich an den Gebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel. Weitere Einzelheiten sind dem Kapitel zur Bedarfsbestimmung und –prognose zu entnehmen.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
31.1	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	WBO + vollstat.		Orientierung an WBO-Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie UND Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*)	2900	Allgemeine Psychiatrie
					2931	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
					2950	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
					2951	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
					2990	Allgemeine Psychiatrie
					3100	Psychosomatik/Psychotherapie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Die Besonderheiten der Bedarfsbestimmung und -prognose und ihre Ergebnisse für den Leistungsbereich „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sind im entsprechenden Kapitel ausführlich dargestellt.

Ziel des Landes ist eine qualitativ hochwertige, möglichst wohnortnahe Versorgung unter Stärkung teilstationärer und sektorenübergreifender Versorgungsformen.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe
„Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – vollstationär“

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
31.1	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	Pflichtver-sorgungs-gebiet	Mindest-voraussetzung		LG Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär		FA Psychiatrie und Psychotherapie FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Mind. 3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7, im Rahmen des integrativen Versorgungskonzept der Psychiatrie und Psychosomatik, Näheres im Textteil	Personalausstattung nach PPP-RL	Konzept für eine adäquate somatische Behandlung der psychiatrischen Patienten (auch im Notfall) muss vorliegen.
			Auswahl-kriterium	LG Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Allg. Neurologie					Konzept für fakultativ geschlossene/geöffnete Stationen Nachweise Deeskalationsschulung für Ärzte und Pfleger Selbsthilfe zertif. Genesungsbegleiter

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

9.1.2 Leistungsgruppe „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – teilstationär“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – teilstationär“ orientieren sich an den Gebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel. Weitere Einzelheiten sind dem Kapitel zur Bedarfsbestimmung und –prognose zu entnehmen.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
31.2	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär	WBO + teilstat.		Orientierung an WBO-Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie UND Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*)	2953	Allgemeine Psychiatrie
					2955	Allgemeine Psychiatrie
					2960	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
					2961	Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
					3160	Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Die Besonderheiten der Bedarfsbestimmung und –prognose und ihre Ergebnisse für den Leistungsbereich „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sind im entsprechenden Kapitel ausführlich dargestellt.

Ziel des Landes ist eine qualitativ hochwertige, möglichst wohnortnahe Versorgung unter Stärkung teilstationärer und sektorenübergreifender Versorgungsformen.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe
„Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – teilstationär“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
31.2	Psychiatrie und Psychotherapie und Psycho-somatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär	Analog Pflichver-sorgungs-gebiet, dem sie angehören[5]	Mindest-voraussetzung		LG Psychiatrie und Psychotherapie und Psycho-somatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär		FA Psychiatrie und Psychotherapie, FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Mind. 2 FA (VZÄ) beschäftigt, im Rahmen des integrativen Versorgungskonzepts der Psychiatrie und Psychosomatik, Näheres im Texteil hierzu. Macht die Größe der Tagesklinik den gleichzeitigen Einsatz von 2 Fachärzten nicht erforderlich, kann einer der FA in Personalunion auch Aufgaben an anderen Standorten wahrnehmen.	Personalausstattung nach PPP-RL	Konzept für eine adäquate somatische Behandlung der psychiatrischen Patienten (auch im Notfall) muss vorliegen
			Auswahl-kriterium	LG Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Neurologie LG Innere Medizin					Nachweise Deeskalationsschulung für Ärzte und Pfleger Selbsthilfe zertif. Genesungsbegleiter

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

Bei allen Leistungsgruppen der LB „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ist der Einsatz zertifizierter Genesungsbegleiter als Auswahlkriterium im Rahmen der Qualitätsvorgaben festgelegt. Grund ist, dass bislang gute Erfahrungen mit diesem Modell bei der Nachsorge der Patienten gemacht wurden.

Zertifizierte Genesungsbegleiter zeichnen sich durch ein besonderes Verständnis für die einschlägigen Krankheitsbilder aus, da die Genesungsbegleiter selbst psychische Krisen überwunden haben. Zertifiziert werden sie über die EX-IN Ausbildung. EX-IN ist die Abkürzung für den englischen Begriff „Experienced Involvement“ und bedeutet übersetzt sinngemäß „die Beteiligung Erfahrener“. Teilweise können Genesungsbegleiter neben Betroffenen auch Angehörigen als Ansprechpartner zur Seite stehen. Sie dienen Betroffenen aufgrund ihrer Erfahrungen als persönliches Vorbild und Hoffnungsgeber und unterstützen damit die medizinische Behandlung. Die Leistungen der Genesungsbegleiter umfassen Gespräche, Begleitungen, Beratungen, Unterstützung und Angebote zu Gesprächsgruppen.

9.2 Leistungsbereich „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“

Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ orientiert sich an dem Gebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem Leistungsbereich sind die allgemeinen Leistungsgruppen „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vollstationär“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie teilstationär“ zugeordnet. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob und inwieweit spezielle überregionale Angebote für besonders komplexe psychische und psychosomatische Störungen erforderlich sind.

9.2.1 Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie vollstationär“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vollstationär“ orientieren sich an dem Gebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel. Weitere Einzelheiten sind dem Kapitel zur Bedarfsbestimmung und -prognose zu entnehmen.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
32.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vollstationär	WBO + vollstat.		Orientierung am WBO-Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*)	3000 3090	Kinder- und Jugendpsychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Die Besonderheiten der Bedarfsbestimmung und -prognose und ihre Ergebnisse für den Leistungsbereich „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sind im entsprechenden Kapitel ausführlich dargestellt.

Ziel des Landes ist eine qualitativ hochwertige, möglichst wohnortnahe Versorgung unter Stärkung teilstationärer und sektorenübergreifender Versorgungsformen.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vollstationär“

LG-Nr	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
32.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär	Pflichtver-sorgungs-gebiet	Mindest-voraussetzung		LG Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik teilstationär		FA Kinder- und Jugendpsychiatrie	Mind. 3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7, davon müssen mind. 2 FA über die Bezeichnung "Kinder- und Jugendpsychiatrie" verfügen. Verfügt der dritte FA nicht über die Bezeichnung "Kinder- und Jugendpsychiatrie", kommt alternativ die Bezeichnung "Kinder- und Jugendmedizin" in Betracht.	Personalausstattung nach PPP-RL	Konzept für eine adäquate somatische Behandlung der psychiatrischen Patienten (auch im Notfall) muss vorliegen
			Auswahl-kriterium	LG Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik teilstationär	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin					Konzept für fakultativ geschlossene/geöffnete Stationen Kooperation mit einer vom Bildungsministerium bewilligten Klinikschule Nachweise Deeskalationsschulung für Ärzte und Pfleger

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

9.2.2 Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie teilstationär“

Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie teilstationär“ orientieren sich an dem Gebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel. Weitere Einzelheiten sind dem Kapitel zur Bedarfsbestimmung und –prognose zu entnehmen.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
32.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie teilstationär	WBO + teilstat.		Orientierung am WBO-Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*)	3060	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tages-klinik (für teilstationäre Pflegesätze)

Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Die Besonderheiten der Bedarfsbestimmung und -prognose und ihre Ergebnisse für den Leistungsbereich „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sind im entsprechenden Kapitel ausführlich dargestellt.

Ziel des Landes ist eine qualitativ hochwertige, möglichst wohnortnahe Versorgung unter Stärkung teilstationärer und sektorenübergreifender Versorgungsformen.

Qualitätskriterien der Leistungsgruppe
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie teilstationär“

LG-Nr.	Leistungs-gruppe	Planungs-ebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben[6]		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
32.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik teilstationär	Analog Pflichver-sorgungs-gebiet, dem sie angehören[5]	Mindest-voraussetzung		LG Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär		FA Kinder- und Jugendpsychiatrie	Mind. 2 FA (VZÄ) beschäftigt. Macht die Größe der Tagesklinik den gleichzeitigen Einsatz von 2 Fachärzten nicht erforderlich, kann einer der FA in Personalunion auch Aufgaben an anderen Standorten wahrnehmen.		Konzept für eine adäquat somatische Behandlung d psychiatrischen Patienten (auch im Notfall) muss vorliegen.
			Auswahl-kriterium	LG Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin					Kooperation mit einer vom Bildungsministerium bewilligten Klinikschule Nachweise Deeskalationsschulung fü Ärzte und Pfleger Selbsthilfe zertif. Genesungsbegleite

Erläuterungen der Fußnoten, sofern diese in der Übersicht vorhanden sind:

[1] Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium).

[2] Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Weiteres zu Spezialversorgern/Fachkliniken: s. Kapitel xy im Krankenhausplan).

[3] Mindestens zwei dieser LG am Standort, die dritte LG in Kooperation möglich.

[4] Die Vorhaltung von LG Urologie und LB Viszeralchirurgie wird bevorzugt. Ist nur eines der beiden Angebote vorhanden, ist für das andere eine Kooperation erforderlich.

[5] Die teilstationären Kapazitäten solitärer Tageskliniken sind bei der Bedarfsberechnung der Krankenhäuser zu berücksichtigen, in dessen Pflichtversorgungsgebiet sie sich befinden.

[6] Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualitfikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

10 Zentren

10.1 Landeseigene Zentren

Gemäß § 3 Abs. 6 Satz 2 der Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat die länderspezifische Zuweisung von besonderen Aufgaben von Zentren keine krankenhausentgeltlichen Rechtsfolgen und begründet damit keine Kostenübernahme nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG).[21]

Dies bedeutet, dass eine Refinanzierung der landeseigenen Zentren durch die Kostenträger nicht erfolgt. Die Ausweisung als Zentrum garantiert Patienten jedoch die nachgewiesene überdurchschnittliche Qualität der Versorgung und wird daher für diejenigen Zentren aufrechterhalten, die in der neuen Krankenhausplanung nicht durch Leistungsbereiche oder Leistungsgruppen abgebildet werden.

Das Land wird deswegen an der Ausweisung von Zentren für HBO (Hyperbare Sauerstofftherapie), Zentrum für hochkontagiös erkrankte Patienten und Zentren für Schwerbrandverletzte gemäß den diesbezüglich veröffentlichten Checklisten des Krankenhaus Plans NRW 2015 festhalten, die sich grundsätzlich bewährt haben und sich wie die weiteren Zentrumsregelungen im Anhang befinden.

10.2 Zentren nach den Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Für jede G-BA-Zentrumsart legt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Anhörung des Landesausschusses für Krankenhausplanung einen Bedarf fest.

Die Erfüllung der Qualitätskriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses führt nicht automatisch zur Ausweisung als Zentrum. Das Land kann aus planerischen Gründen die Anzahl begrenzen und eine Verteilung im Land festlegen.

[21] Vgl. § 3 Absatz 6 Satz 2 Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. https://www.g-ba.de/richtlinien/117/

Die Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) stehen aus Sicht des Landes in einer besonderen Verbindung mit dem Virtuellen Krankenhaus (vgl. Kapitel 3.2.11).

Unabhängig davon setzt das Land bei allen ausgewiesenen Zentren die Bereitschaft zur Teilnahme am Virtuellen Krankenhaus voraus. So wird die Bereitstellung der zentrumseigenen Expertise für andere Krankenhäuser ermöglicht.

10.3 Besondere Aufgaben von Zentren

Besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkte werden durch Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes NRW festgestellt (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 i.V.m. Satz 4 KHEntgG).

Dabei werden die Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben umfassend im Krankenhausrahmenplan beschrieben. Bei vollständiger Erfüllung dieser Anforderungen und Durchführung eines Verfahrens nach § 14 KHGG NRW erfolgt die Feststellung durch einen Bescheid nach § 16 KHGG NRW an den einzelnen Krankenhausträger unter Verweis auf den Rahmenplan.

Die vollständige Erfüllung der besonderen Aufgaben ist somit Auswahlkriterium, soweit nicht im Rahmen des Verfahrens nach § 14 KHGG NRW für einzelne Zentren aufgrund regionaler Besonderheiten Einschränkungen notwendig sind.

Die besonderen Aufgaben richten sich nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen). Dieser konkretisiert auf der Grundlage von § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) und bestimmt Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben.

Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 KHGG NRW legt das zuständige Ministerium das Land als regionale Planungseinheit für die planerische Festlegung Besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten fest. So wird eine überörtliche Planung und Abstimmung bedarfsgerechter Angebote ermöglicht.

Dieser Krankenhausplan enthält neben den vom G-BA festgelegten Zentren auch landeseigene Zentren: Zentrum für HBO (Hyperbare Sauerstofftherapie), Zentrum für hochkontagiös erkrankte Patienten und Zentrum für Schwerbrandverletzte.

Im Folgenden werden die Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben für die einzelnen Bereiche ausgeführt.

10.4 Übersicht Zentren

10.4.1 a) Zentrum für HBO (Hyperbare Sauerstofftherapie)

Auswahlkriterien

Die Ausweisung von Zentren für HBO (Hyperbare Sauerstofftherapie) richtet sich nach den Strukturvorgaben zur HBO-Behandlung im Rahmen der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen vom Juli 2015 (MGEPA NRW 211-0506.50 vom 28.07.2015, Anlage 1).

Dort werden Zentren für HBO (Hyperbare Sauerstofftherapie) definiert und die Anforderungen an diese Zentren geregelt.

Besondere Aufgaben

- regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen [Buchst. c) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientendaten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen [Buchst. g) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Zusammen mit anderen Aufgaben: Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungprozesse [Buchst. j) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote (vgl. Anlage 1) [Buchst. k) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen (vgl. Anlage 1) [Buchst. l) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]

Planungsebene und Bedarf

Aus der im Jahr 2015 vorgenommen Erhebung ergibt sich derzeit ein Bedarf von je einem Zentrum für HBO pro Landesteil mit der Möglichkeit zur kooperativen Aufgabenwahrnehmung

Anlage 1: MGEPA NRW 211-0506.50 vom 28.07.2015

MGEPA NRW
211 – 0506.50

Düsseldorf, den 28.07.2015

Strukturvorgaben zur HBO-Behandlung

Vorschläge für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen nach Abstimmung mit den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

Juli 2015

- Gesicherter 24/7/365 Betrieb. Anbindung an ein Zentrum für Schwerbrandverletzte (SAV-Haus) ist wünschenswert. Die Behandlungsbereitschaft muss innerhalb von 30-60 Minuten hergestellt sein.

- Bei entsprechender Indikation muss nach der HBO-Behandlung die stationäre Aufnahme zur weiteren intensivmedizinischen Behandlung am Standort der Druckkammer gesichert sein. Der Transport von intensivbehandlungspflichtigen Patientinnen und Patienten zwischen Druckkammer und Intensivstation muss qualifiziert betreut sein, die Wege sollten möglichst kurz und der Transport unter Aufrechterhaltung der intensivmedizinischen Maßnahmen gewährleistet sein.

- HBO Kammer entsprechend DIN EN 14931 & 16081 (und wesentlicher TÜV-/ GL-Anforderungen), Erfüllung aller Anforderungen aus dem MPG und aller weiteren technischen Normen (Bauartzulassung für Hyperbarmedizin).

- Im Sinne der RL zur Qualitätssicherung der einschlägigen Verbände (VDD/GTÜM etc.) sind, solange die Ärztekammern oder der Gesetzgeber hierzu keine Maßgaben herausgeben, die Personalqualifikationen zu fordern,

  - dass in der Leitung/stellvertretenden Leitung jeweils eine Ärztin/ein Arzt beschäftigt werden muss, die/der das Diplom „Leitender Druckkammerarzt" erworben hat.

  - Während einer Kammerfahrt muss mindestens eine Ärztin/ein Arzt mit dem Diplom „Druckkammerarzt" anwesend sein. Werden intensivbehandlungspflichtige Patientinnen und Patienten in der Kammer behandelt, ist die Anwesenheit einer Fachärztin/eines Facharztes (z.B. Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin) mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin sowie speziellen Kenntnissen in der Hyperbarmedizin erforderlich. Dies kann auch in Personalunion durch die/den anwesende/n Druckkammerärztin/-arzt gewährleistet werden, wenn sie/er die Voraussetzungen erfüllt.

- Gleichzeitig müssen mindestens ein/e Druckkammerbediener/in und eine Fachpflegekraft für Anästhesie und Intensivpflege mit speziellen Kenntnissen in der Hyperbarmedizin anwesend sein.

- Anforderungen an die Patientenüberwachung:
  - Videoüberwachung für jeden Platz mit Aufzeichnungsmöglichkeit,
  - zwei unabhängige Sprechverbindungsmöglichkeiten jeweils für Hauptkammer und Vorkammer, sowie eine nicht netzstromabhängige Sprechverbindungsmöglichkeit,
  - Plätze mit Patientenmonitoring nach intensivmedizinischen Standards, im Besonderen EKG, Blutdruck (nichtinvasiv und invasiv), Pulsoximetrie, Kapnometrie oder -graphie, Atemfrequenz-Kontrollmöglichkeit. Kontrollmöglichkeit der Sauerstoffversorgung durch die sogenannte Transcutane-02-Messung ist für jeden Patientenplatz besonders wichtig.
  - Möglichkeit zur Bestimmung von Blutgasen, incl. COHb und MetHb, ct02 und Blutzucker vor Ort, andere Laborparameter im Zentrallabor.

- Anforderung an die Ausstattung mit Therapiemöglichkeiten:
  - Sauerstoffatemmöglichkeit: Kopfzelte an mindestens vier unterschiedlichen Plätzen in der Druckkammer,
  - Sauerstoffversorgung sowie Möglichkeit zur Absaugung von Bronchialsekret, Mageninhalt etc. in und außerhalb der Überdruckkammer,
  - automatische Beatmungsgeräte, die differenzierte intensivmedizinische Beatmungsmuster ermöglichen mit Bedienmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der Kammer,
  - ausreichende Anzahl an druckkammergeeigneten Spritzenpumpen zur kontinuierlichen Applikation von Medikamenten in der Druckkammer mit entsprechender Bauartzulassung vorzuhalten.
  - Möglichkeit zur Defibrillation und Kardioversion sowie zur Anlage eines passageren Herzschrittmachers.
  - Notfallkoffer nach DIN 13232 mit der Möglichkeit zur invasiven Atemwegssicherung (endotracheale Intubation, extraglottische Atemwegssicherung, Koniotomiebesteck) und Vorhaltung der wichtigsten Notfallmedikamente und Medikamente; sofortige Notfallversorgung durch die Anästhesieabteilung (Notfallnummer).

10.4.2 b) Zentrum für hochkontagiös erkrankte Patienten

Auswahlkriterien

(1) Sonderisolierstation entsprechend der infektiologischen Versorgungsstufe **C** (hermetische Abschirmung) laut dem Stufenkonzept des Infektionsschutzplans Nordrhein-Westfalen mit der Möglichkeit einer maximalen intensiv-medizinischen Betreuung

(2) Aufnahme in den „Ständigen Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse und lebensbedrohliche Erkrankungen (STAKOB)“ am Robert Koch-Institut (RKI)

(3) Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Infektionsschutz (KI) am Landeszentrum Gesundheit (LZG)

Besondere Aufgaben

- interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind:

(1) Durchführung von fachspezifischen Kolloquien,

(2) Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern, Beratung von Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist

[Buchst. a) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]

- regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen [Buchst. c) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientendaten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen [Buchst. g) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]

- Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung [Buchst. i) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Zusammen mit anderen Aufgaben: Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungprozesse [Buchst. j) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote Sonderisolierstation an einzelnen Standorten [Buchst. k) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen vgl. Seuchenalarmplan NRW [Buchst. l) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]

<u>Planungsebene und Bedarf</u>

- Land, nach derzeitiger Einschätzung ist ein Zentrum ausreichend.

10.4.3 c) Zentrum für Schwerbrandverletzte

Auswahlkriterien

- Intensivüberwachungs- und Behandlungseinheit mit mind. 4 Betten mit Einzelzimmern und der Möglichkeit maximaler Intensivtherapie (Schwerbrandverletztenstation)
- chirurgischer Behandlungs-/Verbandsraum mit der Möglichkeit der Hydrotherapie
- Operationseinheit innerhalb der Schwerbrandverletztenstation mit täglicher Operationsmöglichkeit
- Möglichkeit der kontinuierlichen bakteriologischen Überwachung oder enge Kooperation mit einem externen bakteriologischen Labor
- Möglichkeit zur kontinuierlichen Haemofiltration bzw. Dialyse
- Verfügbarkeit von Kulturhaut
- Ärztliche Leitung durch eine(n) Ärztin/Arzt für Plastische Chirurgie oder Chirurgie/Unfallchirurgie bzw. für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Plastische und Ästhetische Chirurgie mit der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin und Handchirurgie
- weitere Dienste: Physiotherapie, Ergotherapie, psychologische Betreuung
- Frührehabilitation
- Nachsorgesprechstunde
- Zusammenarbeit mit der „Zentralen Anlaufstelle für die Vermittlung von Krankenhausbetten für Schwerbrandverletzte“ (ZA-Schwerbrandverletzte) der Einsatzzentrale/Rettungsleitstelle der Feuerwehr Hamburg
- Beteiligung am Verbrennungsregister der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
- vertraglich gesicherte Zusammenarbeit mit einem HBO-Zentrum

Besondere Aufgaben

- interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind:
    - Durchführung von fachspezifischen Kolloquien,
    - Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern, Beratung von Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist

[Buchst. a) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]

- regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen [Buchst. c) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Abschluss eines zentrumsübergreifenden Kooperationskonzeptes für die Weiterbildung
- Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientendaten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen [Buchst. g) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern [Buchst. h) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung [Buchst. i) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Zusammen mit anderen Aufgaben: Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungprozesse [Buchst. j) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote Schwerbrandverletztenstation an einzelnen Standorten [Buchst. k) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]
- Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Ästhetische Chirurgie und Physiotherapie, Ergotherapie, psychologische Betreuung [Buchst. l) der Anlage zur Zentrumsvereinbarung]

<u>Planungsebene und Bedarf</u>

- Landesteile, die derzeit ausgewiesenen 10 Einrichtungen erscheinen bedarfsdeckend

10.4.4 d) Zentrum für Seltene Erkrankungen

Eine seltene Erkrankung im Sinne dieser Regelung ist definiert als eine Krankheit, die nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen betrifft.

Die in dieser Anlage genannten Qualitätsanforderungen sind für die Wahrnehmung der besonderen Aufgaben durch Zentren und Schwerpunkte für seltene Erkrankungen zu erfüllen.

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1. Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) verfügt über krankheitsübergreifende spezialisierte Versorgungsangebote für mehrere seltene Erkrankungen.
2. Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) übernimmt koordinierende Aufgaben für mindestens fünf integrierte Fachzentren (Typ B Zentren) des Standortes, welche die nachfolgenden Mindestanforderungen erfüllen:
   a) Vorhaltung des für die jeweilige seltene Erkrankung erforderlichen Teams gemäß Leitlinien oder Konsensuspapieren, soweit vorhanden,
   b) Die Leiterin oder der Leiter des Fachzentrums ist mindestens 20 Wochenstunden für das Zentrum verfügbar, eine Stellvertreterregelung für Krankheit und Urlaub ist gewährleistet.
   c) Das Fachzentrum verfügt über eine Anlaufstelle zur Organisation des Erstkontaktes mit geregelten festen Sprechzeiten unter Nennung konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner.
   d) Mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Fachzentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG),
   e) Das Fachzentrum erhebt zu den am Zentrum versorgten Patientinnen oder Patienten mit einer oder mehreren seltenen Erkrankungen Daten unter Berücksichtigung geltender datenschutzrechtlicher Vorgaben, die es entweder über ihr Referenzzentrum oder direkt an ein anerkanntes nationales oder internationales krankheits-/krankheitsgruppenspezifisches Register meldet, soweit ein solches Register vorhanden ist.

f) Das Fachzentrum wirkt an klinischen Studien (mit Studienprotokoll) zur entsprechenden Krankheit oder Krankheitsgruppe mit.

g) Die Einbindung des integrierten Fachzentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert. und

h) Das Fachzentrum ist im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen mit seiner spezifischen Expertise (www.se-atlas.de/) registriert.

3. Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) übernimmt besondere Aufgaben für ein wissenschaftlich-fachliches Netzwerk mit mindestens fünf Fachzentren einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren) anderer Krankenhäuser. Die Einbindung der Typ B Zentren in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.

4. Eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin ist am Standort des Zentrums.

5. Ein Team für humangenetische Expertise unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Humangenetik ist werktäglich (Montag – Freitag) verfügbar. Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist sicherzustellen, dass ein Team zu festgelegten Zeiten mindestens drei Tage in der Woche sowie bei Bedarf innerhalb von 60 Minuten am Standort verfügbar ist.

6. Werktägliche (Montag - Freitag) Verfügbarkeit einer ärztlichen Lotsin oder eines ärztlichen Lotsen, die oder der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten in der Pädiatrie und in der Erwachsenenmedizin bundesweit übernimmt.

7. Regelmäßige Durchführung einer interdisziplinären Sprechstunde für nicht gesicherte Diagnosen und

8. Verpflichtende Teilnahme an Maßnahmen der Kartierung der Versorgungslandschaft durch Registrierung im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen (www.se-atlas.de/).

(2) Forschungstätigkeit

1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren, möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe, sowie internationale Vernetzung mit anderen Experten- und Referenzzentren,

2. In der Regel jährliche wissenschaftliche Publikation (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) und
3. Integration in eine universitäre Einrichtung mit nachgewiesener Forschungs- und Lehrtätigkeit zu seltenen Erkrankungen.

(3) Mindestfallzahlen

1. Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 3.000 Fälle mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM. [3]Alpha ID-SE und Orphanet-Kennnummer sind zusätzlich anzugeben, sofern sie für die zu kodierende Erkrankung vorliegen. Maßgeblich für die Ermittlung der Mindestfallzahl nach Satz 1 ist die ICD 10-GM.
2. Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 50 interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser durchgeführt; diese können auch telemedizinisch erbracht werden.

(4) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Zentrums für seltene Erkrankungen und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen durch das Referenzzentrum und seine am Standort integrierten Fachzentren eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten

oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können. Diese Veranstaltungen sollen in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) angeboten werden und multidisziplinäre und multiprofessionelle Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen berücksichtigen. Sie sollen möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.

3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.

4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Zentrums für seltene Erkrankungen und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungprozesse von seltenen Erkrankungen. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

   a) Darstellung des Zentrums für seltene Erkrankungen und seiner Netzwerkpartner,

   b) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und

Patienten anderer Krankenhäuser), Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),

c) Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,

d) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Zentren für seltene Erkrankungen,

e) Anzahl der durch humangenetische Analysen gesicherten Diagnosen gegenüber bisher unklaren Diagnosen,

f) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,

g) Nennung der Studien zu seltenen Erkrankungen, an denen das Zentrum teilnimmt und

h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen des Zentrums zu seltenen Erkrankungen.

5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

6. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für die seltenen Erkrankungen, die im Zentrum betreut werden, unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.

7. Vorhaltung eines Koordinators, der die Koordination zwischen den Fachzentren (Typ B Zentren) innerhalb des Referenzzentrums (Typ A Zentrums) sowie außerhalb zu anderen Referenzzentren (Typ A Zentren) und anderen Fachzentren (Typ B Zentren) oder anderen Mitgliedern des Europäischen Referenznetzwerkes übernimmt sowie eines ärztlichen Lotsen und gegebenenfalls zusätzlich eines nicht-ärztlichen Lotsen der die Steuerung der

Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten innerhalb des Zentrums und bundesweit übernimmt.

8. Bereitstellung einer webbasierten, öffentlich einsehbaren Informationsplattform, die einen bundesweiten Überblick über Versorgungsmöglichkeiten und Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit seltenen Erkrankungen bietet und eine regelmäßige Qualitätssicherung der Daten durchführt (Versorgungsatlas für Menschen mit seltenen Erkrankungen).
9. Implementierung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.
10. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

10.4.5 e) Onkologische Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

(4) Strukturelle Anforderungen

1. Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden und Verfügbarkeit von histopathologischer Tumordiagnostik innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang (sofern die Beschaffenheit der Probe dies erlaubt).
2. a) 24-stündige Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgung am Standort des onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten
   oder
   b) Erbringung von mindestens 25 Fällen mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des Onkologischen Zentrums (OPS Kode 8-98e).
3. Strukturierter Einsatz von entsprechend qualifiziertem Personal in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung zur Koordination vorhandener Hilfsangebote für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen.
4. Sofern kinderonkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderonkologie) sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen.

(5) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(6) Forschungstätigkeit

1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
2. mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Onkologie oder
3. Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa

(7) Kooperationen

Voraussetzung ist eine regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.

(8) Mindestfallzahlen

Voraussetzung ist eine nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens fünf Tumorentitäten. Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem Onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. [3]Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst:

1. Darmkrebs,
2. Brustkrebs,
3. gynäkologische Krebsarten,
4. hämatologische Neoplasien,
5. Hautkrebs,
6. Lungenkrebs,
7. Prostatakrebs.

Die je Tumorentität mindestens zu erfüllende Primärfallzahl ist der Tabelle 1 Spalte E zu entnehmen. Das Onkologische Zentrum erreicht einen Geltungsbereich von mindestens 50 % der neuauftretenden (inzidenten) Tumorerkrankungen (tumorspezifischer Geltungsbereich = Anteil der Neuerkrankungsfälle je Tumorentität gemessen an allen Krebsneuerkrankungsfällen in Deutschland). Der individuell von einem Onkologischen Zentrum erreichte Geltungsbereich (in %) wird berechnet, indem die tumorspezifischen Geltungsbereiche (Tabelle 1 Spalte D) für alle Tumorentitäten, für die das Zentrum die Mindestprimärfallzahl gemäß Tabelle 1 Spalte E erreicht, addiert werden. Abweichend von Satz 1 ist bis zum 30.06.2022 nur

eine nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens vier Tumorentitäten notwendig.

Tabelle 1:

A	B	C	D	E
Tumorentitäten	ICD	Krebs-Neuer-krankungen	Geltungs-bereich Anteil in %	Mindest-primärfälle pro Jahr
Darm	C18-C20	59.051	14,54	50
Pankreas	C25	17.127	4,22	25
Magen	C16	15.432	3,80	30
HCC	C22	9.083	2,24	30
Speiseröhre	C15	6.924	1,71	20
Sonstige gastrointestinale Tumoren (Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren, Dünndarm-Tumoren)	C17, C21, C23-C24	9.600	2,36	10
Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, Nebenniere)	C73-C75	6.587	1,62	15
Hämatologische Neoplasien	C81-88, C90-C96	39.799	9,81	70
Mamma	C50	69.871	17,21	100
Gynäkologische Tumoren (Cervix, Uterus, Ovar inkl. BOT, Vulva, Vaginal Tumoren)	C51-C57	26.789	6,77	50
Haut (Invasives malignes Melanom)	C43	21.230	5,23	40
Prostata	C61	57.368	14,13	100
Hoden, Penis	C60, C62	4.904	1,21	10
Niere	C64	14.956	3,68	35
Harnblase	C67	15.852	3,90	50

Sarkome (inkl. GIST)	C40-C41, C45-C49	6.271	1,54	50
Kopf-Hals-Tumoren (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf)	C00-C14, C30C32	17.270	4,25	75
Neuroonkologische Tumoren	C70-C72, C75	7.186	1,77	100
GESAMT		406.018	100 %	
Lunge	C34	53.762	13,24	200
Kinderonkologie[22]	Onkologisch-hämatologische Hauptdiagnosen gemäß Liste 1 KiOn-RL	2.111	0,52	30 Zentrums-fälle

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von Tumorboards oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen ggf. unter Beteiligung von Vertragsätzinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

[22] Für die Kinderonkologie werden 30 Behandlungsfälle (nicht notwendigerweise Primärfälle) am Standort des Zentrums pro Jahr gefordert.

2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkelten in der onkologischen Versorgung dienen. [2]Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.

3. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungprozesse in der Onkologie. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

   a) Darstellung des Onkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,

   b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Onkologie, Chirurgie, Pathologie und Radiologie bzw. der Fachärzte mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung,

   c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen oder Patienten anderer Krankenhäuser),

   d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),

   e) Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungs-veranstaltungen,

f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Onkologischen Zentren,

g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,

h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Onkologie und

i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.

4. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

5. Tumorregistererstellung; hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers, soweit diese Aufgabe über die Aufgaben nach § 65c SGB V hinausgeht.

6. Leistungen der in der Richtlinie zur Kinderonkologie vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik.

7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

10.4.6 f) Traumazentrum

§ 1 Qualitätsanforderungen

(3) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen

Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012[23]

(4) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Traumazentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(5) Forschungstätigkeit

1. a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
   b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Traumatologie oder
   c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa
2. Teilnahme am Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

(6) Spezialisierung (mind. eine)

1. Ausweisung als Verbrennungszentrum und Vorhaltung von ebenfalls durch die Landesbehörde zu bestimmenden Betten für Schwerbrandverletzte und Anmeldung bei der Zentralstelle für die Vermittlung von Krankenhausbetten für Schwerbrandverletzte (Feuerwehr Hamburg) oder
2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen, welche die folgenden Qualitätsstandards erfüllt:
   a) Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie oder

[23] Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Projekt der „Initiative Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., Berlin Stand Mai 2012, 2. erweiterte Auflage. Seite 17-18 und Seite 30 (Anhang 1).

Fachärztin oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie innerhalb von 30 min am Standort des Zentrums verfügbar,

b) Nachweisbare Erfahrung in der Durchführung der folgenden mikrochirurgischen Techniken: Revaskularisation, Replantation, Lappenchirurgie und Nervennaht,

c) Mindestens 200 handchirurgische Eingriffe pro Kalenderjahr am Standort des Zentrums, davon mindestens 50 mikrochirurgische Eingriffe mit mikrochirurgischer Nervennaht oder mikrochirurgischer Gefäßnaht und

d) Teilnahme am Handtraumaregister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie.oder

3. regelhafte umfassende Behandlung von Querschnittverletzungen gemäß dem Konzept zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen (BAR-Konzept vom 01.07.2007) ausgewiesen von der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e.V. (DGMP). oder

4. Vorhaltung eines kindertraumatologischen Referenzzentrums gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012, das die Anforderungen des Moduls zur umfassenden Notfallversorgung für Kinder gemäß § 25 Absatz 4 der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllt.

<u>§ 2 Besondere Aufgaben</u>

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre traumatologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder

spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Traumaversorgung dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.

3. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Traumazentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungprozesse in der Schwerverletztenversorgung. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

   a) Darstellung des Traumazentrums und seiner Netzwerkpartner,

   b) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),

   c) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),

   d) Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,

e) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Traumazentren,

f) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Traumatologie und

g) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.

4. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

5. Führung und Auswertung eines Traumaregisters der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

6. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten: 24-stündige Verfügbarkeit intraoperativer Computertomografie mit Vorhaltung des entsprechenden fachradiologischen Bereitschaftsdienstes.

7. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten: Kosten der ganzjährigen Vorhaltung von Verbrauchsmaterialen für die Versorgung von Großschadensereignissen.

10.4.7 g) Rheumatologisches Zentrum und Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle Anforderungen

a) organisatorisch eigenständige Fachabteilung für Rheumatologie am Standort des rheumatologischen Zentrums,

b) zusätzlich drei von acht der folgenden Fachabteilungen am Standort: Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Augenheilkunde,

c) 24-stündige Aufnahmebereitschaft für akut rheumatologische Fälle.

(2) Forschungstätigkeit

1. a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder

   b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Rheumatologie oder

   c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa oder rheumatologische Grundlagenforschung,

2. Beteiligung an einem fachspezifischen Register, sofern vorhanden.

(3) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(4) Mindestfallzahlen

1. Stationäre Betreuung von mehr als 500 Fällen mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der Gefäße jährlich als Hauptdiagnose oder

2. Stationäre Betreuung von jährlich mindestens 100 Fällen mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose:

   - M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
   - M31.3 Wegener-Granulomatose

- M31.4 Aortenbogen-Syndrom (Takayasu-Syndrom)
- M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
- M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis
- M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- M32.- Systemischer Lupus erythematodes
- M32.1 Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen
- M32.8 Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes
- M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- M 33.2 Polymyositis
- M34.- Systemische Sklerose, Sklerodermie
- M34.0 Progressive Systemische Sklerose
- M34.1 CR(E)ST-Syndrom
- M34.8 Sonstige Formen der systemischen Sklerose
- M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome

(5) Anforderungen an Kinderrheumatologische Zentren

Die Anforderungen der Absätze 1 und 4 sind nicht anzuwenden, sofern die folgenden Anforderungen erfüllt sind:

1. Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort,
2. Mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugendrheumatologie am Standort,
3. stationäre Betreuung von jährlich mindestens 100 Fällen mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose und einem Alter unter 18 Jahren:
   - A69.0 Familiäres Mittelmeerfieber
   - D68.6 Sonstige Thrombophilien
   - D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
   - D69.0 Purpura anaphylactoides
   - D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose
   - D86.0 Sarkoidose der Lunge
   - D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
   - D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten

- D86.3 Sarkoidose der Haut
- D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen
- E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
- H20.0 akute Iridozyklitis
- H20.1 chronische Iridozyklitis
- H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
- I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
- I37.1 Pericarditis
- I73.0 Raynaud Syndrom
- I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
- L40.5 Psoriasis arthropathie
- L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme
- L93.0 discoider Lupus erythematodes
- L94.1 Lineare Sklerodermie
- L95.6 Cutane Vaskulitis
- M00.90 Septische Arthritis
- M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit
- M02.1- Postenteritische Arthritis
- M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
- M05.- Seropositive chronische Polyarthritis
- M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis
- M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
- M07.1-* Arthritis mutilans
- M07.2* Spondylitis psoriatica
- M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
- M08.- Juvenile Arthritis
- M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- M13.- Sonstige Arthritis
- M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D86.8
- M30.0 Panarteriitis nodosa
- M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
- M30.2 Juvenile Panarteriitis
- M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]

- M31.3 Wegener-Granulomatose
- M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- M32.- Systemischer Lupus erythematodes
- M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- M33.2 Polymyositis
- M34.- Systemische Sklerose
- M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- M35.2 Behçet-Krankheit
- M35.4 Eosinophile Fasziitis
- M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung
- M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- M45.0- Spondylitis ankylosans
- M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis und

4. Vorhaltung eines Transitionskonzeptes.

<u>§ 2 Besondere Aufgaben</u>

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre rheumatologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder

spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Rheumatologie dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des rheumatologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungprozesse in der Rheumatologie. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:
   a) Darstellung des rheumatologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,
   b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Rheumatologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-und Jugend-Rheumatologie sowie der Fachärztinnen und Fachärzte aus den Bereichen Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und

Unfallchirurgie (soweit die entsprechenden Fachabteilungen gemäß § 1 Absatz 1 Buchstabe b vorhanden sind),

c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),

d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),

e) Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,

f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen rheumatologischen Zentren,

g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,

h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Rheumatologie und

i) Nennung der Klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.

5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

6. Sofern die Anforderungen an ein Kinderrheumatologisches Zentren gemäß § 1 Absatz 5 erfüllt sind: Implementierung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.

10.4.8 h) Herzzentrum

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

a) Vorhaltung der Fachabteilungen Herzchirurgie und Kardiologie,

b) Vorhaltung eines Elektrophysiologielabors, Möglichkeit zur Ablation von komplexen ventrikulären Tachykardien und Vorhaltung eines Hybrid OPs,

c) Vorhaltung einer überregionalen Heart Failure Unit (HFU) gemäß den gemeinsamen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (Stand 13.07.2016) [24] unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kardiologie und Intensivmedizin oder Herzchirurgie und Intensivmedizin bzw. interdisziplinäre Leitung durch eine Kardiologin oder einen Kardiologen und einer Herzchirurgin oder einen Herzchirurgen (jeweils mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin),

d) Vorhaltung einer Chest Pain Unit unter Leitung einer Kardiologin oder eines Kardiologen gemäß § 28 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V,

e) Die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (MHI-RL) sind zu erfüllen.

(2) Anforderungen an die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzunterstützungssystemen:

1. Möglichkeit zur Assist-Device-Implantation (Left ventricular assist device - LVAD, right ventricular assist device - RVAD und biventricular assist device - BiVAD),

[24] Ertl G., Angermann E., Bekeredjian R. et al. (2016). Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten („Heart Failure Units“, HFUs) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Kardiologe 10:222–235. Online publiziert am 13.07.2016: https://leitlinien.dgk.org/files/2016_Empfehlung_DGTHG_DGK_Herzinsuffizienz_Netzwerke.pdf.

2. Expertise in der Implantation und Nachsorge von Herzunterstützungssystemen und Kunstherzen (total artificial heart - TAH), Vorhaltung von Ventricular-Assist-Device-Koordinatoren mit Expertise in der Nachsorge mit 24/7-Rufbereitschaft für Patientinnen und Patienten und andere stationäre Leistungserbringer und
3. 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit veno-arterieller extrakorporaler Membranoxygenierung (VA-ECMO) für Patientinnen und Patienten im kardiogenem Schock, bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von VA-ECMO-Systemen.

(3) Spezialisierung (mindestens eine)

1. Besondere Expertise in der Kinderherzmedizin:
   a) Vorhaltung der Fachabteilung Kinderkardiologie,
   b) Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten), welche die folgenden Anforderungen erfüllt:
      - Für die Behandlung angeborener Herzfehler steht eine Kardiochirurgin oder ein Kardiochirurg mit spezieller Erfahrung in der Betreuung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten) zur Verfügung.
      - Eine Fachärztin oder ein Facharzt (Kinderkardiologie oder Innere Medizin und Kardiologie) mit der Zusatzqualifikation EMAH-Kardiologe ist jederzeit verfügbar und
   c) Die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL) sind zu erfüllen. oder
2. Besondere Expertise in der Herztransplantationsmedizin:
   a) Vorhaltung einer Transplantationseinheit für Herz- und Herz-Lungentransplantationen und
   b) Durchführung von jährlich mindestens 20 Herz- oder Herz-Lungentransplantationen.

(4) Forschungstätigkeit

1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
2. mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer Review-Verfahren) im Bereich Herzmedizin oder
3. Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa

(5) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(6) Mindestfallzahlen

Jährliche Durchführung von mindestens 1.500 Fällen mit mindestens einem der folgenden herzchirurgischen Eingriffe: aortokoronare Bypass-Operation mit oder ohne HLM, isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation, Chirurgie angeborener Herzfehler, Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf, Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien und Aorta thoracica (d.h. Fälle mit mindestens einem der folgenden OPS-Kodes: 5-35, 5-36, 5-37, 5-384.0**, 5-384.1**, 5-384.3** oder 5-390).

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre kardiologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese

Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Herzmedizin dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.

3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.

4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Herzzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungprozesse in der Herzmedizin. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

a) Darstellung des Herzzentrums und seiner Netzwerkpartner,

b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie, Kinderherzchirurgie, Kardiologie und Kinderkardiologie,

c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),

d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),

e) Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,

f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Herzzentren,

g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,

h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Herzmedizin und

i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.

5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser und spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

6. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.

10.4.9 i) Schlaganfallzentrum/ Neurovaskuläres Zentrum

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

2. Vorhaltung der Fachabteilungen Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Kardiologie am Standort,
3. Vorhaltung einer neuroradiologischen Organisationseinheit, die folgende Anforderungen erfüllt:
   a) Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von 30 Minuten verfügbar,
   b) eine mechanische Rekanalisation ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) durchführbar und
   c) Schnittbilddiagnostik (CT/CTA/CTP und Multimodales Schlaganfall-MRT) sowie umfassende angiographische Diagnostik sind jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) verfügbar.
4. Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung neurologischer, neurochirurgischer und neuroradiologischer Fachexpertise,
5. Vorhaltung einer Stroke Unit mit mindestens 8 Monitor-Betten.

(2) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des neurovaskulären Zentrums darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(3) Forschungstätigkeit und Vernetzung

1.

   a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
   b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der neurovaskulären Krankheiten oder

c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa, oder

d) Beteiligung an Projekten zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung

2. Das Zentrum nimmt an einem Register, das die Anforderungen der Arbeitsgemeinschaft deutscher Schlaganfallregister (AGDSR) erfüllt, oder an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil.

(4) Kooperationen

Das Zentrum kooperiert strukturiert und regelhaft mit mindestens einer neurovaskulär spezialisierten Rehaeinrichtung.

(5) Mindestfallzahlen

1. Im Zentrum werden jährlich mindestens 1.000 Fälle mit der Hauptdiagnose nichttraumatische subarachnoidale und intracerebrale Blutungen, Hirninfarkte oder transitorisch-ischämische Attacken (I60, I61, I63, I64 und G45) behandelt und

2. es werden jährlich mindestens je

a) 50 Stentings hirnversorgender Arterien (OPS 8-840.00, 8-840.0h, 8-840.0j, 8840.0k, 8-840.0m, 8-840.0n, 8-840.0p),

b) 80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysma-Ausschaltung (OPS 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90, 5-025), davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping (OPS 5025),

c) 50 operative Eingriffe an hirnversorgenden Arterien (OPS 5-380.0, 5-381.0, 5-382.0, 5-383.0) und

d) 100 mechanische Thrombektomien intrakranieller Arterien (OPS 8-836.80) durchgeführt.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung oder im Rahmen der verschiedenen Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalles abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Schlaganfallversorgung dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.

5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Neurovaskulären Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungprozesse. [3]Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

   a) Darstellung des Neurovaskulären Zentrums und seiner Netzwerkpartner,
   b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Neuroradiologie,
   c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
   d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),
   e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
   f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Neurovaskulären Zentren und
   g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.

6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

10.4.10 j) Lungenzentrum

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1. Vorhaltung einer Fachabteilung für Pneumologie am Standort,
2. mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Zentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG),
3. das Zentrum verfügt über eine Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten zur Organisation des Erstkontaktes mit geregelten festen Sprechzeiten unter Nennung konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und
4. Vorhaltung einer Weaning-Einheit mit den folgenden Mindestanforderungen:
   a) Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit,
   b) Vorhaltung einer Station mit mindestens 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung,
   c) Vorhandensein von zwei Atmungstherapeuten am Standort,
   d) die Weaning-Einheit behandelt ab dem 01.01.2021 jährlich mindestens 40 und ab dem 01.01.2022 jährlich mindestens 100 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär (OPS 8-718.8, 8-718.9),
   e) die Weaningeinheit stellt eine adäquate Schulung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sicher,
   f) die Mitglieder des Behandlungsteams erörtern regelmäßig Aspekte der Entscheidungen am Lebensende in einem Forum und
   g) die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt ab dem 01.01.2021 jährlich mindestens 40 und ab dem 01.01.2022 jährlich mindestens 100 Patientinnen und Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.
5. Für die Versorgung von Notfällen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist sicherzustellen, dass ein Kinder- und Jugendarzt mit Zusatz-Weiterbildung

Kinder- und Jugendpneumologie jederzeit innerhalb von 30 Minuten im Zentrum verfügbar ist, dies ist auch im Rahmen einer Kooperation möglich. Weiterhin muss das Zentrum – sofern es nicht für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgestattet ist – über ein Konzept zur Verlegung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in die nächstgelegene qualifizierte Einrichtung verfügen.

(2) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Lungenzentrums darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(3) Forschungstätigkeit und Vernetzung

1.

a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder

b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der Lungenheilkunde oder

c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa,

2. Das Zentrum nimmt an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil und

3. Das Lungenzentrum ist Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum).

4. Das Lungenzentrum ist Teil eines onkologischen Zentrums gemäß Anlage 2 am Standort oder weist eine schriftlich vereinbarte Kooperation mit einem onkologischen Zentrum gemäß Anlage 2 nach.

(4) Mindestfallzahlen

a) Es werden jährlich mindestens 1.300 stationäre Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: A15.-, A16.-, A19.-, J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.- behandelt

oder

b) Sofern das Lungenzentrum

1. mindestens 200 Primärfälle mit der Erstdiagnose (C34) pro Jahr behandelt und

2. über eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie oder einen besonderen Nachweis über eine Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie, die die Patientinnen und Patienten des Lungenzentrums bei entsprechender Indikation operiert, verfügt,

können alle Fälle mit der Hauptdiagnose C34 für das Erreichen der Mindefallzahlen herangezogen werden. In diesem Fall müssen jährlich mindestens 1.500 stationäre Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: A15.-, A16.-, A19.-, C34.- J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.- behandelt werden.

(5) Spezialisierungen am Standort

Es ist mindestens eine der drei folgenden Spezialisierungen am Standort vorhanden:

1. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (einschließlich Lungenemphysem), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

   a) Vorhaltung einer Station mit mindestens 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung (können identisch zu § 1 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b sein),

   b) Behandlung von jährlich mindestens 1.200 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47),

   c) Board für spezifische interventionelle und pharmakologische COPD- und Emphysemtherapie, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Thoraxchirurgie. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte

Therapieentscheidung getroffen wird (z. B. Indikationsstellung α1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden, und

d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für interstitielle Lungenkrankheiten (Lungengerüsterkrankungen), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

   a) Board für interstitielle Lungenerkrankungen mit mindestens zweiwöchentlichen interdisziplinären protokollierten Fachkonferenzen, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Pathologie. Bei Bedarf nimmt ein Facharzt oder eine Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie an der Fachkonferenz teil. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte Diagnose und Therapieentscheidung getroffen wird. Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden
   b) jährliche Behandlung von mindestens 300 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J84.-),
   c) technische Voraussetzungen und umfassende Erfahrungen in der Indikationsstellung, Durchführung und dem Komplikationsmanagement der bronchoalveolären Lavage und der Kryobiopsie und
   d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

3. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für seltene Infektionskrankheiten der Atmungsorgane einschließlich Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

   a) Jährliche Behandlung von mindestens 150 stationären Fällen seltener Infektionskrankheiten der Lunge einschließlich Tuberkulose und atypischen Mykobakteriosen (A15.-, A16.-, A19.-, A21.2, A22.1, A31.0, A48.1, B25.0, B37.1, B44.0, B44.1, J12-14),

b) Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zur phänotypischen Resistenzbestimmung, auch in Kooperation möglich. Möglichkeit zur genotypischen Resistenzbestimmung gegen Rifampicin und Isoniazid innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang, auch in Kooperation möglich,

c) eine getrennte Infektionsstation zur Behandlung von ansteckungsfähigen Tuberkulosen einschließlich multi-drug resistent TB (MDR-TB) ist vorhanden,

d) Möglichkeit der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ansteckungsfähiger Tuberkulose auf einer Intensivstation,

e) Vorhaltung eines multidisziplinären Antibiotic Stewardship (ABS) - Teams (gemäß S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotikaanwendung im Krankenhaus“ Stand: 31.01.2019), bestehend aus mindestens vier Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern:

- Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit Verantwortung für die Krankenhaushygiene und
- Fachärztin oder Facharzt entweder mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
- Apothekerin oder Apotheker mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
- Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit Zuständigkeit für mikrobiologische Diagnostik.

Hausinterne Leitlinien zur Behandlung von infektiologischen Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. CAP) müssen verfügbar sein.

f) Möglichkeiten zur Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer HIV/AIDS–Erkrankung sowie von Patientinnen und Patienten mit einer immunsupprimierenden Erkrankung bestehen und

g) Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Tuberkulose

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Pneumologie dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Lungenzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und

diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungprozesse. [3]Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

a) Darstellung des Lungenzentrums und seiner Netzwerkpartner
b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),
e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Lungenzentren und
g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,
h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Lungenmedizin und
i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.

6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn

diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).
8. Sofern Kinder im Zentrum behandelt werden: Implementierung eines Transitionskonzepts zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.

10.4.11 k) Nephrologisches Zentrum

§ 1 Qualitätsanforderungen

Ist die Ausweisung als Nephrologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2020 erfolgt, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem die Zentrumsaufgabe des Nephrologischen Zentrums vor dem 1. Januar 2020 ausgewiesen ist. Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2021 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Nephrologischen Zentren. Mit Ablauf des 31. Dezember 2021 tritt diese Anlage außer Kraft.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert)

für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Nephrologie dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.

4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.

5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Nephrologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungprozesse. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

   a) Darstellung des Nephrologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,

   b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie,

   c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),

   d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),

e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,

f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Nephrologischen Zentren und

g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.

6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

10.4.12 I) Kinderonkologisches Zentrum

§ 1 Qualitätsanforderungen

Ist die Ausweisung als Kinderonkologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2020 erfolgt, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem die Zentrumsaufgabe des Kinderonkologischen Zentrums vor dem 1. Januar 2020 ausgewiesen ist. Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2021 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Kinderonkologischen Zentren. Mit Ablauf des 31. Dezember 2021 tritt diese Anlage außer Kraft.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.

3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.

4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.

5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Kinderonkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungprozesse. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

    a) Darstellung des Kinderonkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,

    b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder–Hämatologie und -Onkologie,

    c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),

d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),

e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,

f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Kinderonkologischen Zentren und

g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.

6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

10.4.13 m) Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) – Anhang zu den Vorgaben Herzzentren und Lungenzentren

§ 1 Qualitätsanforderungen, kumulativ zu erfüllen

(1) Besondere Kompetenz in einem für die Versorgung von COVID-19 Patientinnen und Patienten relevanten Versorgungsschwerpunkt

Das Zentrum erfüllt die Anforderungen mindestens einer der folgenden Anlagen der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V:

a. Herzzentren oder

b. Lungenzentren

Die Ausweisung und Festlegung als Herz- oder Lungenzentrum oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus wird nicht vorausgesetzt. Maßgeblich für die in diesem Anhang normierten erweiterten Zentren ist allein, dass die in der Anlage 5 oder 7 normierten Qualitätsanforderungen erfüllt sind.

(2) Jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie

a) Im Jahr 2019 Abrechnung von mehr als 100.000 Beatmungsstunden von Fällen >48 Std. Beatmungszeit und vollendetem ersten Lebensjahr,

b) Versorgung von mehr als 200 voll- oder teilstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020,

c) Intensivmedizinische Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,

d) 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit veno-venöser extrakorporaler Membranoxygenierung (VV-ECMO) für Patientinnen und Patienten mit akutem Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome - ARDS), bestehend aus mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin mit jeweils Erfahrung in der Implantation von VV-ECMO-Systemen,

e) es muss täglich mindestens eine Tele-Visite für die Intensivstation jedes an das intensivmedizinische digital-gestützte Versorgungsnetzwerk angeschlossene Krankenhaus durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin aus dem IDV-Zentrum durchführbar sein und

f) eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin muss werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden im Telemedizinzentrum anwesend sein. Diese Ärztin bzw. dieser Arzt dürfen keine anderen Aufgaben im Krankenhaus zeitgleich übernehmen. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein.

(3) Besondere telemedizinische Kompetenz und Ausstattung

a) Eine hochauflösende bidirektionale Audio- und Videoübertragung in Echtzeit muss jederzeit unmittelbar durchführbar sein. Diese muss eine direkte Patientenuntersuchung durch den Teleintensivmediziner in hoher Qualität ermöglichen.

b) Die Untersuchung der Patientin bzw. des Patienten soll auf der Intensiveinheit unter apparativem Monitoring stattfinden.

c) Parallel zur Audio-Videoübertragung muss ein Zugriff auf die Originaldaten inklusive der aktuellen Bildgebung der Patientin bzw. des Patienten möglich sein, und

d) Die Dokumentation über Befund- und Therapieempfehlungen sind unter Verwendung einer elektronischen Fallakte schriftlich anzufertigen sowohl durch den Teleintensivmediziner als auch durch den Anfordernden.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können folgende besonderen Aufgaben übernehmen:

1a) Telemedizinische interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind und sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind:
- Durchführung von fachspezifischen Kolloquien,
- Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern,
- Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser,

1b) Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind,

und

1c) Unterstützung anderer Krankenhäuser durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.

Oder

2. Vorhaltung von 3 Vollzeit-Stellenanteilen zur Erfüllung der Anforderung gem. § 1 Abs. 2 Buchstabe e. und f. Diese Stellenanteile müssen auf mindestens 6 Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verteilt werden

§ 3

Dieser Anhang tritt mit Ablauf des 31.12.2021 außer Kraft.

C Abkürzungsverzeichnis

AOP - Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe

BGH – Bundesgerichtshof

BMV-Ä – Bundesmantelvertrag - Ärzte

BT – Belegungstag

BVerwG – Bundesverwaltungsgericht

CT - Computertomograph

DIVI - Register der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin

DRG - Diagnosebezogene Fallgruppen („Diagnosis-Related Group“)

FA - Facharzt

FAB - Fachabteilung

FSB - Feststellungsbescheid

FZ - (stationäre) Fallzahl

G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss

HBO - Hyperbare Sauerstofftherapie

HNO - Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

ICD - International Classification of Diseases

IG NRW - Informationssystem Gefahrenabwehr NRW

IK - Institutionskennzeichen

KH – Krankenhaus

KHEntgG - Krankenhausentgeltgesetz

KHG - Krankenhausfinanzierungsgesetzes

KHGG NRW - Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

KJP - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik

LB - Leistungsbereich

LG - Leistungsgruppe

LK - Landkreis

LT – Landesteil

MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

MFT - Masterfalltabelle

MFTF - Masterfalltabelle-Fortschreibung

MKG - Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Mm-R - Mindestmengenregelung

MRT - Magnetresonanztomographie

Neuro-Frühreha- Neurologische Frührehabilitation

NJW- Neue Juristische Woche

NRW - Nordrhein-Westfalen

OPS - Operationen- und Prozedurenschlüssel

Ovarial-Ca - Ovarialkarzinom

OVG - Oberverwaltungsgericht

PCCL - Patient Clinical Complexity Level

PEPP - Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik

PlanQI - Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

PP - Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

PPP-RL - Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik - Richtlinie

PpUGV - Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

QFR-RL - Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

PLZ - Postleitzahl

RB – Regierungsbezirk

RettG NRW - Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmen des Landes Nordrhein-Westfalen

SGB V - Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch

SP - Schwerpunkt

VG – Versorgungsgebiet

VKh.NRW - Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH

VWD – Verweildauer

VZÄ - Vollzeitäquivalent

WBO – Weiterbildungsordnung der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

ZW – Zusatzweiterbildung

D Anhang

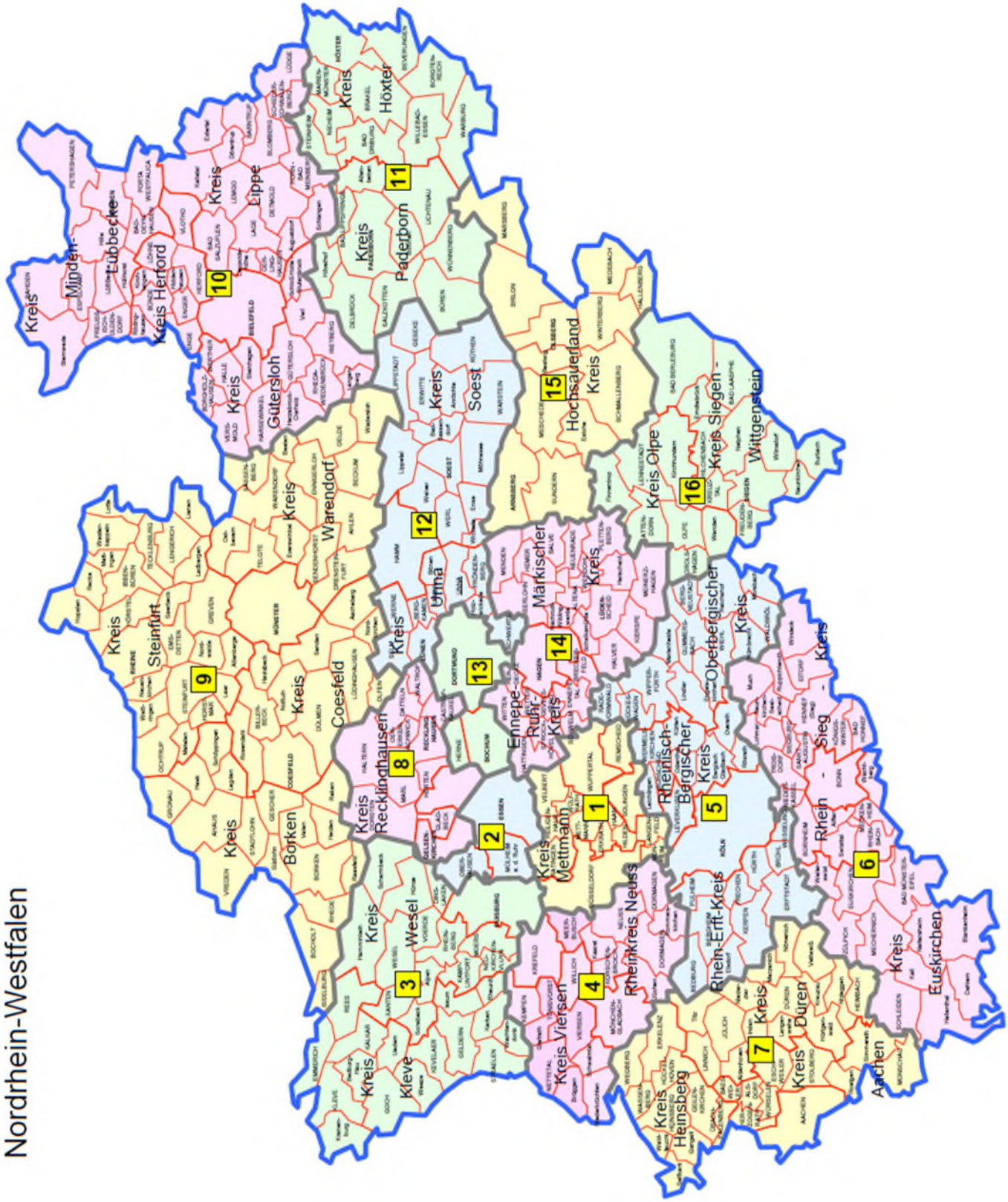
Anhang 1: Übersicht über Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

LB-Nr.	Leistungsbereich (LB)	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)
1	Allgemeine Innere Medizin	1.1	Allgemeine Innere Medizin
2	Endokrinologie und Diabetologie	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
3	Gastroenterologie	3.1	Komplexe Gastroenterologie
4	Nephrologie	4.1	Komplexe Nephrologie
5	Pneumologie	5.1	Komplexe Pneumologie
6	Rheumatologie	6.1	Komplexe Rheumatologie
7	Hämatologie und Onkologie	7.1	Stammzelltransplantation
		7.2	Leukämie und Lymphome
8	Kardiologie	8.1	EPU / Ablation
		8.2	Interventionelle Kardiologie
		8.3	Kardiale Devices
		8.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention
9	Allgemeine Chirurgie	9.1	Allgemeine Chirurgie
10	Kinder- und Jugendchirurgie	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie
11	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
12	Gefäßchirurgie	12.1	Bauchaortenaneurysma
		12.2	Carotis operativ/ interventionell
		12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße
13	Herzchirurgie	13.1	Herzchirurgie
		13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche
14	Orthopädie und Unfallchirurgie	14.1	Endoprothetik Hüfte
		14.2	Endoprothetik Knie
		14.3	Revision Hüftendoprothese
		14.4	Revision Knieendoprothese
	oder Neurochirurgie	14.5 / 25.2	Wirbelsäuleneingriffe
15	Thoraxchirurgie	15.1	Thoraxchirurgie
16	Viszeralchirurgie	16.1	Bariatrische Chirurgie
		16.2	Lebereingriffe
		16.3	Ösophaguseingriffe
		16.4	Pankreaseingriffe
		16.5	Tiefe Rektumeingriffe
17	Augenheilkunde	17.1	Augenheilkunde
18	Haut- und Geschlechtskrankheiten	18.1	Haut- und Geschlechtskrankheiten
19	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	19.1	MKG
20	Urologie	20.1	Urologie
21	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde
		21.2	Ovarial-CA
		21.3	Senologie
		21.4	Geburten
22	Neonatologie	22.1	Perinataler Schwerpunkt
		22.2	Perinatalzentrum Level 1
		22.3	Perinatalzentrum Level 2
23	Kinder- und Jugendmedizin	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
		23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation
		23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome
24	HNO	24.1	HNO
		24.2	Cochleaimplantate
25	Neurochirurgie	21.1	Neurochirurgie
	oder Orthopädie und Unfallchirurgie	25.2/14.5	Wirbelsäuleneingriffe
26	Neurologie	26.1	Allgemeine Neurologie
		26.2	Stroke Unit
		26.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
27	Geriatrie	27.1	Geriatrie
28	Intensivmedizin	28.1	Intensivmedizin
29	Palliativmedizin	29.1	Palliativmedizin
30	Transplantation solider Organe	30.1	Darmtransplantation
		30.2	Herztransplantation
		30.3	Lebertransplantation
		30.4	Lungentransplantation
		30.5	Nierentransplantation
		30.6	Pankreastransplantation
31	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	31.1	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär
		31.2	Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär
32	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	32.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär
		32.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik teilstationär

	Leistungsbereiche (übergeordneter medizinischer Rahmen, orientiert an der ärztlichen Weiterbildungsordnung)
	allgemeine Leistungsgruppen (orientiert an der ärztlichen Weiterbildungsordnung)
	spezifische Leistungsgruppen (präzise definiert über Prozeduren- /Diagnoseschlüssel o.ä.)
	psychiatrisch / psychosomatische / psychotherapeutische Versorgung

Anhang 2: Übersicht Versorgungsgebiete



Versorgungsgebiete

Versorgungsgebiet 1 (BR Düsseldorf):
Städte Düsseldorf, Remscheid, Solingen und Wuppertal sowie den Kreis Mettmann.

Versorgungsgebiet 2 (BR Düsseldorf):
Städte Essen, Mülheim / Ruhr, Oberhausen.

Versorgungsgebiet 3 (BR Düsseldorf):
Stadt Duisburg, Kreis Kleve und Kreis Wesel.

Versorgungsgebiet 4 (BR Düsseldorf):
Städte Krefeld und Mönchengladbach, Kreis Neuss und Kreis Viersen.

Versorgungsgebiet 5 (BR Köln):
Städte Köln und Leverkusen sowie den Erftkreis, den Oberbergischen Kreis und den Rheinisch-Bergischen Kreis.

Versorgungsgebiet 6 (BR Köln):
Stadt Bonn, Kreis Euskirchen und Rhein-Sieg-Kreis.

Versorgungsgebiet 7 (BR Köln):

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

Versorgungsgebiet 8 (BR Münster):
Städte Gelsenkirchen und Bottrop, Kreis Recklinghausen.

Versorgungsgebiet 9 (BR Münster):
Stadt Münster, Kreis Borken, Kreis Coesfeld, Kreis Steinfurt und Kreis Warendorf.

Versorgungsgebiet 10 (BR Detmold):
Stadt Bielefeld, Kreis Gütersloh, Kreis Herford, Kreis Lippe und Kreis Minden-Lübbecke.

Versorgungsgebiet 11 (BR Detmold):
Kreis Höxter und Kreis Paderborn.

Versorgungsgebiet 12 (BR Arnsberg):
Stadt Hamm, Kreis Soest und Kreis Unna.

Versorgungsgebiet 13 (BR Arnsberg):
Städte Bochum, Dortmund und Herne.

Versorgungsgebiet 14 (BR Arnsberg):
Stadt Hagen, Ennepe-Ruhr-Kreis, Märkischer Kreis.

Versorgungsgebiet 15 (BR Arnsberg):
Hochsauerlandkreis.

Versorgungsgebiet 16 (BR Arnsberg):
Kreis Olpe und Kreis Siegen.

Anhang 3: Bedarfsprognose für die somatischen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

				FZ		FZ ohne Berücksichtigung des ambulanten Potenzials		øVWD		Belegtage stationär		Belegtage teilstationär		Auslastung 2024	Auslastung 2024	Betten stationär		Plätze teilstationär (pauschal bei 250 Nutzungs-Tagen und 90% Auslastung)	
lfd. Nr.	LB	LG	Leistungsgruppe	2019	2024	2019	2024	2019	2024	2019	2024	2019	2024			2019	2024	2019	2024
A	B	C	D	E	F	G	H	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
1	1	1.1	Allgemeine Innere Medizin einschließlich LG 2.1 - 6.1	1.489.860	1.488.843	1.489.860	1.554.530	6,3	5,9	9.125.400	8.639.664	630.091	612.312	80,0%	80,0%	31.081	29.437	2.800	2.721
2	2	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie					8,8	8,4					82,5%	82,5%				
3	3	3.1	Komplexe Gastroenterologie					5,7	5,4					80,0%	80,0%				
4	4	4.1	Komplexe Nephrologie					14,0	14,1					87,5%	87,5%				
5	5	5.1	Komplexe Pneumologie					7,0	7,1					82,5%	82,5%				
6	6	6.1	Komplexe Rheumatologie					7,3	6,9					82,5%	80,0%				
7	7	7.1	Stammzelltransplantation	1.563	1.631	1.563	1.631	30,5	30,5	47.729	49.831	0	0	87,5%	87,5%	149	156	0	0
8	7	7.2	Leukämie und Lymphome	6.311	6.476	6.311	6.483	14,7	14,1	92.978	91.297	0	0	87,5%	87,5%	291	286	0	0
9	8	8.1	EPU/ Ablation	26.298	26.969	26.298	26.969	4,4	4,1	116.585	110.577	0	0	77,5%	77,5%	412	391	0	0
10	8	8.2	Interventionelle Kardiologie	191.544	188.994	191.544	198.866	6,0	6,1	1.142.692	1.151.669	0	0	80,0%	80,0%	3.913	3.944	0	0
11	8	8.3	Kardiale Devices	9.805	10.229	9.805	10.229	8,1	7,5	79.681	76.720	0	0	82,5%	82,5%	265	255	0	0
12	8	8.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	5.136	5.487	5.136	5.487	12,1	11,2	62.318	61.388	0	0	87,5%	87,5%	195	192	0	0
13	9	9.1	Allgemeine Chirurgie einschl. LG 10.1 und 11.1	949.282	915.196	949.282	968.514	5,5	5,3	5.189.811	4.818.600	0	0	80,0%	80,0%	17.781	16.509	0	0
14	10	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie					3,3	3,1					77,5%	77,5%				
15	11	11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie					5,5	5,6					80,0%	80,0%				
16	12	12.1	Bauchaortenaneurysma	3.737	3.974	3.737	3.974	12,6	12,3	46.947	48.861	0	0	87,5%	87,5%	147	153	0	0
17	12	12.2	Carotis operativ/ interventionell	7.658	8.093	7.658	8.093	8,6	8,4	65.643	68.132	0	0	82,5%	82,5%	218	226	0	0
18	12	12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	15.175	16.055	15.175	16.055	18,2	17,9	276.698	287.079	0	0	87,5%	87,5%	866	899	0	0
19	13	13.1	Herzchirurgie	15.881	16.466	15.881	16.466	16,1	15,7	255.128	259.012	0	0	87,5%	87,5%	799	811	0	0
20	13	13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	759	759	759	759	23,4	25,4	17.729	19.285	0	0	87,5%	87,5%	56	60	0	0
21	14	14.1	Endoprothetik Hüfte	35.917	37.265	35.917	37.265	10,0	9,2	357.436	342.555	0	0	85,0%	85,0%	1.152	1.104	0	0
22	14	14.2	Endoprothetik Knie	34.086	35.420	34.086	35.420	9,8	9,0	333.170	319.391	0	0	85,0%	85,0%	1.074	1.029	0	0
23	14	14.3	Revision Hüftendoprothese	4.927	5.121	4.927	5.121	20,4	20,0	100.549	102.311	0	0	87,5%	87,5%	315	320	0	0
24	14	14.4	Revision Knieendoprothese	4.829	4.994	4.829	4.994	15,7	14,6	75.641	72.787	0	0	87,5%	87,5%	237	228	0	0
25	14	14.5	Wirbelsäuleneingriffe	58.787	59.928	58.787	59.928	9,9	9,5	580.390	570.062	0	0	85,0%	85,0%	1.871	1.837	0	0
26	15	15.1	Thoraxchirurgie	4.713	4.940	4.713	4.940	15,5	14,3	73.088	70.608	0	0	87,5%	87,5%	229	221	0	0
27	16	16.1	Bariatrische Chirurgie	4.347	4.257	4.347	4.257	5,0	4,7	21.917	19.801	0	0	80,0%	77,5%	75	70	0	0
28	16	16.2	Lebereingriffe	1.280	1.311	1.280	1.311	19,4	18,8	24.809	24.636	0	0	87,5%	87,5%	78	77	0	0
29	16	16.3	Ösophaguseingriffe	1.213	1.261	1.213	1.261	26,0	25,2	31.555	31.728	0	0	87,5%	87,5%	99	99	0	0
30	16	16.4	Pankreaseingriffe	2.325	2.388	2.325	2.388	28,6	27,8	66.392	66.502	0	0	87,5%	87,5%	208	208	0	0
31	16	16.5	Tiefe Rektumeingriffe	3.625	3.753	3.625	3.753	21,2	20,4	76.918	76.526	0	0	87,5%	87,5%	241	240	0	0
32	17	17.1	Augenheilkunde	78.950	76.026	78.950	81.641	2,6	2,5	203.760	189.857	0	0	77,5%	77,5%	720	671	0	0
33	18	18.1	Haut- und Geschlechtskrankheiten	58.091	58.017	58.091	59.579	5,0	4,6	290.132	269.461	0	0	77,5%	77,5%	1.026	953	0	0
34	19	19.1	MKG	26.853	26.563	26.853	27.384	4,6	4,5	122.880	119.857	0	0	77,5%	77,5%	434	424	0	0
35	20	20.1	Urologie	202.517	198.898	202.517	210.409	4,6	4,3	922.665	863.096	0	0	77,5%	77,5%	3.262	3.051	0	0
36	21	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde	183.857	168.994	183.857	181.117	3,5	3,3	639.435	558.649	0	0	77,5%	77,5%	2.260	1.975	0	0
37	21	21.2	Ovarial-CA	1.854	1.854	1.854	1.869	13,3	12,4	24.682	23.013	0	0	87,5%	87,5%	77	72	0	0
38	21	21.3	Senologie	17.686	17.772	17.686	17.852	5,4	5,0	94.916	88.321	0	0	80,0%	77,5%	325	312	0	0
39	21	21.4	Geburtsklinik	165.551	164.648	165.551	164.678	3,9	3,6	639.271	587.559	0	0	77,5%	77,5%	2.260	2.077	0	0
40	21		*nachrichtlich: gesunde Neugeborene*	139.194	136.544	139.194	136.544	2,9	2,9	406.686	399.032	0	0	77,5%	77,5%			0	0
41	22	22.1	Perinataler Schwerpunkt	2.650	2.594	2.650	2.594	23,1	25,5	61.273	66.169	0	0	87,5%	87,5%	192	207	0	0
42	22	22.2	Perinatalzentrum Level 1	1.637	1.600	1.637	1.600	60,2	66,6	98.620	106.577	0	0	87,5%	87,5%	309	334	0	0
43	22	22.3	Perinatalzentrum Level 2	802	789	802	789	39,1	43,2	31.372	34.052	0	0	87,5%	87,5%	98	107	0	0
44	23	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	225.032	220.760	225.032	225.759	3,8	3,5	853.976	782.500	0	0	75,0%	75,0%	3.120	2.858	0	0
45	23	23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	119	122	119	122	51,4	56,4	6.116	6.885	0	0	75,0%	75,0%	22	25	0	0
46	23	23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	954	966	954	967	9,3	10,3	8.847	9.964	0	0	75,0%	75,0%	32	36	0	0
47	24	24.1	HNO	118.117	114.163	118.117	119.274	3,5	3,3	410.568	373.123	0	0	77,5%	77,5%	1.451	1.319	0	0
48	24	24.2	Cochleaimplantate	861	869	861	869	4,4	4,0	3.789	3.512	0	0	77,5%	77,5%	13	12	0	0
49	25	25.1	Neurochirurgie	31.377	31.282	31.377	31.990	9,0	8,7	282.221	272.440	0	0	82,5%	82,5%	937	905	0	0
50	26	26.1	Allgemeine Neurologie	174.977	169.837	174.977	177.941	6,1	5,7	1.072.452	972.220	0	0	80,0%	80,0%	3.673	3.330	0	0
51	26	26.2	Stroke Unit	54.272	57.405	54.272	57.405	9,5	9,2	516.989	526.393	155	182	85,0%	85,0%	1.666	1.697	1	1
52	26	26.3	Neuro-Frührehe (NNF, Phase B)	2.512	2.615	2.512	2.615	45,3	45,0	113.885	117.699	0	0	87,5%	87,5%	357	369	0	0
53	27	27.1	Geriatrie	101.671	110.703	101.671	110.703	21,1	21,1	2.142.436	2.330.598	27	30	87,5%	87,5%	6.708	7.297	0	0
54	29	29.1	Palliativmedizin	7.953	8.391	7.953	8.391	14,8	14,7	117.873	123.743	0	0	87,5%	87,5%	369	387	0	0
55	30	30.1	Darmtransplantation	4	4	4	4	119,8	119,3	479	483	0	0	87,5%	87,5%	1	2	0	0
56	30	30.2	Herztransplantation	124	125	124	125	111,7	111,8	13.853	13.992	0	0	87,5%	87,5%	43	44	0	0
57	30	30.3	Lebertransplantation	167	173	167	173	46,6	46,9	7.790	8.099	0	0	87,5%	87,5%	24	25	0	0
58	30	30.4	Lungentransplantation	48	48	48	48	24,1	24,7	1.159	1.177	0	0	87,5%	87,5%	4	4	0	0
59	30	30.5	Nierentransplantation	485	493	485	493	22,7	22,7	11.016	11.218	0	0	87,5%	87,5%	34	35	0	0
60	30	30.6	Pankreastransplantation	34	34	34	34	41,0	41,3	1.395	1.392	0	0	87,5%	87,5%	4	4	0	0
61	40	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen	36.890	34.684	36.890	37.683	7,6	7,2	278.293	247.732	3.106	2.592	82,5%	82,5%	924	823	14	12
62			NRW Insg.	4.514.297	4.456.786	4.514.297	4.639.351	6,26	6,07	27.640.033	26.487.834	633.379	615.115			92.100	88.109	2.815	2.733

Anhang 4: Bedarfsprognose für die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Ergebnis der Bedarfsprognose
für die Leistungsbereiche "Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie"
sowie "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie"

Inanspruchnahme 2019			
LG PP vollst.	LG PP teilst.	LG KJP vollst.	LG KJP teilst.
Belegtage vollstationär	Belegtage teilstationär	Belegtage vollstationär	Belegtage teilstationär
4.701.800	897.889	400.668	173.530

Prognose 2024			
LG PP vollst.	LG PP teilst.	LG KJP vollst.	LG KJP teilst.
Belegtage vollstationär	Belegtage teilstationär	Belegtage vollstationär	Belegtage teilstationär
4.735.616	1.001.318	452.216	220.069

nachrichtl.: Betten/Plätze 2024			
LG PP vollst.	LG PP teilst.	LG KJP vollst.	LG KJP teilst.
Betten vollstationär	Plätze teilstationär	Betten vollstationär	Plätze teilstationär
14.416	4.450	1.377	978

Dargestellt sind die Werte auf Landesebene.

LG PP vollst. = Leistungsgruppe "Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär"
LG PP teilst. = Leistungsgruppe "Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - teilstationär"
LG KJP vollst. = Leistungsgruppe "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - vollstationär"
LG KJP teilst. = Leistungsgruppe "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - teilstationär"

Anhang 5: Technischer Anhang zu Kapitel 6 „Bedarfsermittlung und –prognose“

Die nachstehend aufgelisteten Tabellen sind in einem gesonderten technischen Anhang beigefügt.

Technischer Anhang zu Kapitel 6 „Bedarfsermittlung und –prognose“

Tabelle	Beschreibung	Format	Art	Relevant für bzw. Ergebnis der
Variablen_zur_Beschreibung_eines_Falls	Auflistung der Variablen zur Fallbeschreibung gem. InEK-Datensatz	.xlsx	Rohdaten	Bedarfsermittlung & -prognose
PLZ-LK_Überleitungstabelle	Listet alle PLZ-Nummern je Landkreis auf	.xlsx	Rohdaten	Bedarfsermittlung & -prognose
Medizinisch_aufgebaute_LG_Hierarchie	Enthält die LG-Hierarchie zur Zuweisung eines Falles zu einer eindeutigen spezifischen LG	.xlsx	Parameter	Bedarfsermittlung
Konsentierte_Definition_spezifische_LG	Maschinenlesbare Version der LG-Systematik (medizinische Definition der LG mittels ICD- und/oder OPS-Codes)	.xlsx	Parameter	Bedarfsermittlung
Weitere_Parameter_LG_Systematik	Maschinenlesbare Version der weiteren Parameter der LG-Systematik (z.B. Alter, Geburtsgewicht)	.xlsx	Parameter	Bedarfsermittlung
FAB_je_allg_LG	Maschinenlesbare Version der Liste der FAB je WBO bzw. je allgemeiner LG	.xlsx	Parameter	Bedarfsermittlung
LG-ID_Überleitungstabelle	Enthält eine eindeutige ID je LG	.xlsx	Rohdaten	Bedarfsermittlung
Ambulantisierungsfaktor_je_konservativ_geprägter_LG	Pauschaler Ambulantisierungsfaktor je LG, der für alle Fälle gilt, die nicht durch den AOP-Katalog gefasst werden	.xlsx	Parameter	Bedarfsprognose
Verweildauertrend_je_LG	Ergebnis Schritt 1: Berechnete Verweildauertrend je LG	.xlsx	Teilergebnis	Bedarfsprognose

Hinweis: In Kapitel 6 genannten Anlagen, die personen- oder krankenhausbezogene Daten enthalten, können aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht werden.

Technischer Anhang zu Kapitel 6 „Bedarfsermittlung und –prognose“

Tabelle	Beschreibung	Format	Art	Relevant für bzw. Ergebnis der
Variablen_zur_Beschreibung_eines_Falls	Auflistung der Variablen zur Fallbeschreibung gem. InEK-Datensatz	.xlsx	Rohdaten	Bedarfsermittlung & -prognose
PLZ-LK_Überleitungstabelle	Listet alle PLZ-Nummern je Landkreis auf	.xlsx	Rohdaten	Bedarfsermittlung & -prognose
Medizinisch_aufgebaute_LG_Hierarchie	Enthält die LG-Hierarchie zur Zuweisung eines Falles zu einer eindeutigen spezifischen LG	.xlsx	Parameter	Bedarfsermittlung
Konsentierte_Definition_spezifische_LG	Maschinenlesbare Version der LG-Systematik (medizinische Definition der LG mittels ICD- und/oder OPS-Codes)	.xlsx	Parameter	Bedarfsermittlung
Weitere_Parameter_LG_Systematik	Maschinenlesbare Version der weiteren Parameter der LG-Systematik (z.B. Alter, Geburtsgewicht)	.xlsx	Parameter	Bedarfsermittlung
FAB_je_allg_LG	Maschinenlesbare Version der Liste der FAB je WBO bzw. je allgemeiner LG	.xlsx	Parameter	Bedarfsermittlung
LG-ID_Überleitungstabelle	Enthält eine eindeutige ID je LG	.xlsx	Rohdaten	Bedarfsermittlung
Ambulantisierungsfaktor_je_konservativ_geprägter_LG	Pauschaler Ambulantisierungsfaktor je LG, der für alle Fälle gilt, die nicht durch den AOP-Katalog gefasst werden	.xlsx	Parameter	Bedarfsprognose
Verweildauertrend_je_LG	Ergebnis Schritt 1: Berechnete Verweildauertrend je LG	.xlsx	Teilergebnis	Bedarfsprognose

Beschreibung eines Falles

Variablen-Name	Bemerkung / Hinweis
Datenerhebung	gemäß Lieferungsjahr des INEK
IK	
KH_Name	
KH_Ort	
Entlassender_Standort	
Standort_Name	
Standort_Straße	
Standort_PLZ	
Standort_Ort	
Anonymisierte_Fallnummer	
Entgeltbereich	
Abteilungsart	
FAB_ID	
EntlFAB_ID	
Entlassungsjahr	
Aufnahmejahr	
Aufnahmemonat	
Belegungstage	
Belegungstage_nMDK	
CM	
effCM	
MDC_ID	
BasisDRG_ID	
BasisDRG_Name	
DRG_ID	
DRG_Name	
Partition	
DRG_uGVWD	
DRG_oGVWD	
DRG_mVWD	
ICD_ID	
ICD_Name	
ICDDreisteller_ID	
ICDDreisteller_Name	
Aufnahmedatum	
Aufnahmeanlass	
Aufnahmegrund	
Aufnahmegewicht	
Entlassungsdatum	
Entlassungsgrund	
Geburtsjahr	
Geburtsmonat	
Alter_Jahre	
Alter_Tage	
Geschlecht	
PLZ	
Beatmungsstunden	
Fallzusammenführung	
Fallzusammenführungsgrund	
Behandlungsbeginn_vorstationär	
Behandlungstage_vorstationär	
Behandlungsende_nachstationär	
Behandlungstage_nachstationär	
Belegungstage_in_anderem_Entgeltbereich	
Beurlaubungstage_BPflV_Entgeltbereich	

Beschreibung eines Falles

Variablen-Name	Bemerkung / Hinweis
Kennung_Besonderer_Fall_Modellvorhaben	
TageLanglieger	
TageKurzlieger	
TageVonExtern	
TageNachExternTage	
PCCL	Achtung: Muss separat berechnet werden (siehe vorangegangene Versionen der Anleitung)

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
32049	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32051	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32052	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32105	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32107	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32108	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32120	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32130	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32139	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32257	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32278	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32289	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32312	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32339	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32351	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32361	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32369	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32423	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32425	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32427	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32429	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32457	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32469	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32479	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32545	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32547	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32549	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32584	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32602	05758	Herford, Kreis	10	Detmold
32609	05770	Minden-Lübbecke, Kreis	10	Detmold
32657	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32676	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32683	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32689	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32694	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32699	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32756	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32758	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32760	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32791	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32805	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32816	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32825	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32832	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
32839	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
33014	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
33034	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
33039	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
33098	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33100	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33102	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33104	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33106	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33129	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33142	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
33154	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33161	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33165	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33175	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33178	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33181	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33184	05774	Paderborn, Kreis	11	Detmold
33189	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
33330	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33332	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33333	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33334	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33335	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33378	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33397	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33415	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33428	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33442	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33449	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33602	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33604	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33605	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33607	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33609	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33611	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33613	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33615	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33617	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33619	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33647	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33649	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33659	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33689	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33699	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33719	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33729	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33739	05711	Bielefeld, krfr. Stadt	10	Detmold
33758	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33775	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33790	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33803	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33813	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
33818	05766	Lippe, Kreis	10	Detmold
33824	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
33829	05754	Gütersloh, Kreis	10	Detmold
34414	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
34431	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
34434	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
34439	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
37671	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
37688	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
37696	05762	Höxter, Kreis	11	Detmold
40210	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40211	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40212	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
40213	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40215	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40217	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40219	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40221	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40223	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40225	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40227	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40229	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40231	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40233	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40235	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40237	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40239	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40468	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40470	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40472	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40474	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40476	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40477	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40479	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40489	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40545	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40547	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40549	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40589	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40591	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40593	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40595	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40597	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40599	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40625	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40627	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40629	05111	Düsseldorf, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
40667	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
40668	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
40670	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
40699	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40721	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40723	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40724	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40764	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40789	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40822	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40878	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40880	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40882	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40883	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
40885	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
41061	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41063	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41065	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41066	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41068	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41069	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
41169	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41179	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41189	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41199	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41236	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41238	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41239	05116	Mönchengladbach, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
41334	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
41352	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41363	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41366	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
41372	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
41379	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
41460	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41462	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41464	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41466	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41468	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41469	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41470	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41472	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41515	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41516	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41517	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41539	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41540	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41541	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41542	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41564	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41569	05162	Rhein-Kreis Neuss	4	Düsseldorf
41747	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
41748	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
41749	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
41751	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
41812	05370	Heinsberg, Kreis	7	Köln
41836	05370	Heinsberg, Kreis	7	Köln
41844	05370	Heinsberg, Kreis	7	Köln
41849	05370	Heinsberg, Kreis	7	Köln
42103	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42105	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42107	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42109	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42111	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42113	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42115	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42117	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42119	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42275	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42277	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42279	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42281	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42283	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42285	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42287	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42289	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
42327	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42329	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42349	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42369	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42389	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42399	05124	Wuppertal, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42477	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
42489	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
42499	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
42549	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
42551	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
42553	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
42555	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
42579	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
42651	05122	Solingen, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42653	05122	Solingen, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42655	05122	Solingen, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42657	05122	Solingen, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42659	05122	Solingen, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42697	05122	Solingen, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42699	05122	Solingen, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42719	05122	Solingen, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42781	05158	Mettmann, Kreis	1	Düsseldorf
42799	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
42853	05120	Remscheid, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42855	05120	Remscheid, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42857	05120	Remscheid, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42859	05120	Remscheid, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42897	05120	Remscheid, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42899	05120	Remscheid, krfr. Stadt	1	Düsseldorf
42929	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
44135	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44137	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44139	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44141	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44143	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44145	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44147	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44149	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44225	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44227	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44229	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44263	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44265	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44267	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44269	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44287	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44289	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44309	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44319	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44328	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44329	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44339	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44357	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44359	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
44369	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44379	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44388	05913	Dortmund, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44532	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
44534	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
44536	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
44575	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
44577	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
44579	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
44581	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
44623	05916	Herne, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44625	05916	Herne, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44627	05916	Herne, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44628	05916	Herne, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44629	05916	Herne, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44649	05916	Herne, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44651	05916	Herne, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44652	05916	Herne, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44653	05916	Herne, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44787	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44789	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44791	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44793	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44795	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44797	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44799	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44801	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44803	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44805	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44807	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44809	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44866	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44867	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44869	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44879	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44892	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
44894	05911	Bochum, krfr. Stadt	13	Arnsberg
45127	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45128	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45130	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45131	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45133	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45134	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45136	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45138	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45139	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45141	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45143	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45144	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45145	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45147	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45149	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45219	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45239	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45257	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
45259	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45276	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45277	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45279	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45289	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45307	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45309	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45326	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45327	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45329	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45355	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45356	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45357	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45359	05113	Essen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45468	05117	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45470	05117	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45472	05117	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45473	05117	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45475	05117	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45476	05117	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45478	05117	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45479	05117	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45481	05117	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
45525	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
45527	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
45529	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
45549	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
45657	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45659	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45661	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45663	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45665	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45699	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45701	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45711	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45721	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45731	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45739	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45768	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45770	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45772	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45879	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45881	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45883	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45884	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45886	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45888	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45889	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45891	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45892	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45894	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45896	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45897	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45899	05513	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	8	Münster
45964	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
45966	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
45968	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
46045	05119	Oberhausen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
46047	05119	Oberhausen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
46049	05119	Oberhausen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
46117	05119	Oberhausen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
46119	05119	Oberhausen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
46145	05119	Oberhausen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
46147	05119	Oberhausen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
46149	05119	Oberhausen, krfr. Stadt	2	Düsseldorf
46236	05512	Bottrop, krfr. Stadt	8	Münster
46238	05512	Bottrop, krfr. Stadt	8	Münster
46240	05512	Bottrop, krfr. Stadt	8	Münster
46242	05512	Bottrop, krfr. Stadt	8	Münster
46244	05512	Bottrop, krfr. Stadt	8	Münster
46282	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
46284	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
46286	05562	Recklinghausen, Kreis	8	Münster
46325	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46342	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46348	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46354	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46359	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46395	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46397	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46399	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46414	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46419	05554	Borken, Kreis	9	Münster
46446	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
46459	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
46483	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46485	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46487	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46499	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46509	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46514	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46519	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46535	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46537	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46539	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46562	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
46569	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
47051	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47053	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47055	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47057	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47058	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47059	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47119	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47137	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47138	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47139	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47166	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47167	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47169	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
47178	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47179	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47198	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47199	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47226	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47228	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47229	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47239	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47249	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47259	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47269	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47279	05112	Duisburg, krfr. Stadt	3	Düsseldorf
47441	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
47443	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
47445	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
47447	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
47475	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
47495	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
47506	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
47509	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47533	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47546	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47551	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47559	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47574	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47589	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47608	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47623	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47624	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47625	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47626	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47627	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47638	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47647	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47652	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47661	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47665	05170	Wesel, Kreis	3	Düsseldorf
47669	05154	Kleve, Kreis	3	Düsseldorf
47798	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47799	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47800	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47802	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47803	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47804	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47805	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47807	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47809	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47829	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47839	05114	Krefeld, krfr. Stadt	4	Düsseldorf
47877	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
47906	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
47918	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
47929	05166	Viersen, Kreis	4	Düsseldorf
48143	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48145	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
48147	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48149	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48151	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48153	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48155	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48157	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48159	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48161	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48163	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48165	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48167	05515	Münster, krfr. Stadt	9	Münster
48231	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
48249	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
48268	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48282	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48291	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
48301	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
48308	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
48317	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
48324	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
48329	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
48336	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
48341	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48346	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
48351	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
48356	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48361	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
48366	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48369	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48429	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48431	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48432	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48477	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48485	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48493	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48496	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48565	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48599	05554	Borken, Kreis	9	Münster
48607	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48612	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48619	05554	Borken, Kreis	9	Münster
48624	05554	Borken, Kreis	9	Münster
48629	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
48653	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
48683	05554	Borken, Kreis	9	Münster
48691	05554	Borken, Kreis	9	Münster
48703	05554	Borken, Kreis	9	Münster
48712	05554	Borken, Kreis	9	Münster
48720	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
48727	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
48734	05554	Borken, Kreis	9	Münster
48739	05554	Borken, Kreis	9	Münster
49477	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
49479	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
49492	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
49497	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
49504	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
49509	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
49525	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
49536	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
49545	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
49549	05566	Steinfurt, Kreis	9	Münster
50126	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50127	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50129	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50169	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50170	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50171	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50181	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50189	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50226	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50259	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50321	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50354	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50374	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50389	05362	Rhein-Erft-Kreis	5	Köln
50667	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50668	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50670	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50672	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50674	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50676	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50677	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50678	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50679	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50733	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50735	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50737	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50739	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50765	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50767	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50769	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50823	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50825	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50827	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50829	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50858	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50859	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50931	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50933	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50935	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50937	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50939	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50968	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50969	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50996	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50997	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
50999	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51061	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51063	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
51065	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51067	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51069	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51103	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51105	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51107	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51109	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51143	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51145	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51147	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51149	05315	Köln, krfr. Stadt	5	Köln
51371	05316	Leverkusen, krfr. Stadt	5	Köln
51373	05316	Leverkusen, krfr. Stadt	5	Köln
51375	05316	Leverkusen, krfr. Stadt	5	Köln
51377	05316	Leverkusen, krfr. Stadt	5	Köln
51379	05316	Leverkusen, krfr. Stadt	5	Köln
51381	05316	Leverkusen, krfr. Stadt	5	Köln
51399	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51427	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51429	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51465	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51467	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51469	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51491	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51503	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51515	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51519	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	5	Köln
51545	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51570	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
51580	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51588	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51597	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51643	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51645	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51647	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51674	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51688	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51702	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51709	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51766	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
51789	05374	Oberbergischer Kreis	5	Köln
52062	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52064	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52066	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52068	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52070	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52072	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52074	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52076	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52078	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52080	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52134	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52146	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52152	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52156	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
52159	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52222	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52223	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52224	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52249	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52349	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52351	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52353	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52355	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52372	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52379	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52382	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52385	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52388	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52391	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52393	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52396	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52399	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52428	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52441	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52445	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52457	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52459	05358	Düren, Kreis	7	Köln
52477	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52499	05334	Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	7	Köln
52511	05370	Heinsberg, Kreis	7	Köln
52525	05370	Heinsberg, Kreis	7	Köln
52531	05370	Heinsberg, Kreis	7	Köln
52538	05370	Heinsberg, Kreis	7	Köln
53111	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53113	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53115	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53117	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53119	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53121	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53123	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53125	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53127	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53129	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53173	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53175	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53177	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53179	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53225	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53227	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53229	05314	Bonn, krfr. Stadt	6	Köln
53332	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53340	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53343	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53347	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53359	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53604	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53639	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53721	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53757	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
53773	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53783	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53797	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53804	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53809	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53819	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53840	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53842	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53844	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53859	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53879	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53881	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53894	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53902	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53909	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53913	05382	Rhein-Sieg-Kreis	6	Köln
53919	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53925	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53937	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53940	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53945	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53947	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
53949	05366	Euskirchen, Kreis	6	Köln
57072	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57074	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57076	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57078	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57080	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57223	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57234	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57250	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57258	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57271	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57290	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57299	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57319	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57334	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57339	05970	Siegen-Wittgenstein, Kreis	16	Arnsberg
57368	05966	Olpe, Kreis	16	Arnsberg
57392	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
57399	05966	Olpe, Kreis	16	Arnsberg
57413	05966	Olpe, Kreis	16	Arnsberg
57439	05966	Olpe, Kreis	16	Arnsberg
57462	05966	Olpe, Kreis	16	Arnsberg
57482	05966	Olpe, Kreis	16	Arnsberg
57489	05966	Olpe, Kreis	16	Arnsberg
58089	05914	Hagen, krfr. Stadt	14	Arnsberg
58091	05914	Hagen, krfr. Stadt	14	Arnsberg
58093	05914	Hagen, krfr. Stadt	14	Arnsberg
58095	05914	Hagen, krfr. Stadt	14	Arnsberg
58097	05914	Hagen, krfr. Stadt	14	Arnsberg
58099	05914	Hagen, krfr. Stadt	14	Arnsberg
58119	05914	Hagen, krfr. Stadt	14	Arnsberg
58135	05914	Hagen, krfr. Stadt	14	Arnsberg
58239	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
58256	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58285	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58300	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58313	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58332	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58339	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58452	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58453	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58454	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58455	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58456	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	14	Arnsberg
58507	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58509	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58511	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58513	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58515	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58540	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58553	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58566	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58579	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58636	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58638	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58640	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58642	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58644	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58675	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58706	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58708	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58710	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58730	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
58739	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
58762	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58769	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58791	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58802	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58809	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58840	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
58849	05962	Märkischer Kreis	14	Arnsberg
59063	05915	Hamm, krfr. Stadt	12	Arnsberg
59065	05915	Hamm, krfr. Stadt	12	Arnsberg
59067	05915	Hamm, krfr. Stadt	12	Arnsberg
59069	05915	Hamm, krfr. Stadt	12	Arnsberg
59071	05915	Hamm, krfr. Stadt	12	Arnsberg
59073	05915	Hamm, krfr. Stadt	12	Arnsberg
59075	05915	Hamm, krfr. Stadt	12	Arnsberg
59077	05915	Hamm, krfr. Stadt	12	Arnsberg
59174	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
59192	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
59199	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
59227	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
59229	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
59269	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
59302	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
59320	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster
59329	05570	Warendorf, Kreis	9	Münster

PLZ-ÜL

PLZ-5	Kreis-ID	Kreis-Name	VG	RB
59348	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
59368	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
59379	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
59387	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
59394	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
59399	05558	Coesfeld, Kreis	9	Münster
59423	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
59425	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
59427	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
59439	05978	Unna, Kreis	12	Arnsberg
59457	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59469	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59494	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59505	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59510	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59514	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59519	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59555	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59556	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59557	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59558	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59581	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59590	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59597	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59602	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59609	05974	Soest, Kreis	12	Arnsberg
59755	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59757	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59759	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59821	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59823	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59846	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59872	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59889	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59909	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59929	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59939	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59955	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59964	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg
59969	05958	Hochsauerlandkreis	15	Arnsberg

Hierarchie

LGOI_ID	LGR_Name	Rang
21.4	Geburtsklinik	10
21.5	Geburtsklinik - Kinder	20
22.1	Perinataler Schwerpunkt	30
22.2	Perinatalzentrum Level 1	40
22.3	Perinatalzentrum Level 2	50
29.1	Palliativmedizin	60
27.1	Geriatrie	70
21.3	Senologie	80
21.2	Ovarial-CA	90
24.2	Cochleaimplantate	100
14.1	Endoprothetik Hüfte	110
14.2	Endoprothetik Knie	120
14.3	Revision Hüftendoprothese	130
14.4	Revision Knieendoprothese	140
14.5	Wirbelsäuleneingriffe	150
26.2	Stroke Unit	160
8.2	Interventionelle Kardiologie	170
8.3	Kardiale Devices	180
8.1	EPU/ Ablation	190
7.2	Leukämie und Lymphome	200
23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	210
16.1	Bariatrische Chirurgie	220
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	230
12.2	Carotis operativ/ interventionell	240
12.1	Bauchaortenaneurysma	250
15.1	Thoraxchirurgie	260
16.5	Tiefe Rektumeingriffe	270
16.2	Lebereingriffe	280
16.4	Pankreaseingriffe	290
16.3	Ösophaguseingriffe	300
26.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	310
8.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	320
13.1	Herzchirurgie	330
13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	340
7.1	Stammzelltransplantation	350
23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	360
30.5	Nierentransplantation	370
30.6	Pankreastransplantation	380
30.3	Lebertransplantation	390
30.1	Darmtransplantation	400
30.4	Lungentransplantation	410
30.2	Herztransplantation	420

LG Definition

LGOI_ID	LGOI_Name	Version	ICD_IN	Diagnoseart_IN	ICD_OUT	Diagnoseart_OUT	OPS_IN	Weiteres_Kriterium
12.1	Bauchaortenaneurysma	2019					5-384.[567]%	
12.1	Bauchaortenaneurysma	2019					5-38a.c%	
12.1	Bauchaortenaneurysma	2019					8-84[ab].%4	
12.2	Carotis operativ/ interventionell	2019					8-836.0[jkm]	
12.2	Carotis operativ/ interventionell	2019					5-38[01].0[1235]	
12.2	Carotis operativ/ interventionell	2019					5-393.0[01]	
12.2	Carotis operativ/ interventionell	2019					5-395.0[123]	
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2019					5-383.[17]%	
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2019					5-381.[157]%	
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2019					5-381.2[04]	
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2019					5-381.8[034]	
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2019					5-393.[12567]%	
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2019					5-393.3[568]%	
12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2019					5-393.4[1-7x]%	
13.1	Herzchirurgie	2019					5-35[0-8]%	Alter >17
13.1	Herzchirurgie	2019					5-36[0-8]%	Alter >17
13.1	Herzchirurgie	2019					5-37[136]%	Alter >17
13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	2019					5-35[0-68]%	Alter <18
13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	2019					5-36[0-8]%	Alter <18
13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	2019					5-37[136]%	Alter <18
13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	2019					5-357.[1-9xy]%	Alter <18
14.1	Endoprothetik Hüfte	2019			S[37]2%		5-820%	
14.2	Endoprothetik Knie	2019					5-822%	
14.3	Revision Hüftendoprothese	2019			S[37]2%		5-821%	
14.4	Revision Knieendoprothese	2019					5-823%	
14.5	Wirbelsäuleneingriffe	2019					5-83[12345678w]%	
14.5	Wirbelsäuleneingriffe	2019					5-839.[1-9A-Z]%	
15.1	Thoraxchirurgie	2019					5-32[134578]%	
16.1	Bariatrische Chirurgie	2019	E66%	HD			5-434.[3456]%	
16.1	Bariatrische Chirurgie	2019	E66%	HD			5-445.[45]%	
16.2	Lebereingriffe	2019					5-502%	
16.3	Ösophaguseingriffe	2019					5-427.[01]%	
16.3	Ösophaguseingriffe	2019					5-42[3456]%	
16.3	Ösophaguseingriffe	2019					5-429.[pq]%	
16.3	Ösophaguseingriffe	2019					5-438.[01x]%	
16.4	Pankreaseingriffe	2019					5-524.[0-4x]%	
16.4	Pankreaseingriffe	2019					5-525.[01234x]%	
16.5	Tiefe Rektumeingriffe	2019					5-484.[256]%	
16.5	Tiefe Rektumeingriffe	2019					5-485%	
21.2	Ovarial-CA	2019	C56%	HD			5-65[23]%	
21.2	Ovarial-CA	2019	C56%	HD			5-68[57]	
21.2	Ovarial-CA	2019	C56%	HD			5-40[467]%	
21.2	Ovarial-CA	2019	C56%	HD			5-54[37]%	
21.3	Senologie	2019	C50%	HD			5-87[0247]%	

LG Definition

LGOI_ID	LGOI_Name	Version	ICD_IN	Diagnoseart_IN	ICD_OUT	Diagnoseart_OUT	OPS_IN	Weiteres_Kriterium
21.3	Senologie	2019	C50%	HD			5-40[47].0%	
21.3	Senologie	2019	C50%	HD			5-406.1%	
21.4	Geburtsklinik	2019	Z37%					
22.1	Perinataler Schwerpunkt	2019	%	HD				über Geburtsgewicht
22.2	Perinatalzentrum Level 1	2019	%	HD				über Geburtsgewicht
22.3	Perinatalzentrum Level 2	2019	%	HD				über Geburtsgewicht
23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	2019					5-411%	Alter <18
23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	2019					8-805%	Alter <18
23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	2019	C8[123456]%	HD			8-54[34]%	Alter <18
23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	2019	C88.%0	HD			8-54[34]%	Alter <18
23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	2019	C9[012345].%0	HD			8-54[34]%	Alter <18
24.2	Cochleaimplantate	2019					5-209.[278bcefgh]%	
26.2	Stroke Unit	2019					8-981%	
26.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	2019					8-552%	
27.1	Geriatrie	2019					8-550%	
29.1	Palliativmedizin	2019					8-98e%	
30.1	Darmtransplantation	2019					5-467.6%	
30.2	Herztransplantation	2019					5-375%	
30.3	Lebertransplantation	2019					5-503.[1-9xy]%	
30.3	Lebertransplantation	2019					5-504%	
30.4	Lungentransplantation	2019					5-335%	
30.5	Nierentransplantation	2019					5-555%	
30.6	Pankreastransplantation	2019					5-528%	
7.1	Stammzelltransplantation	2019					5-411%	Alter >17
7.1	Stammzelltransplantation	2019					8-805%	Alter >17
7.2	Leukämie und Lymphome	2019	C8[123456]%	HD			8-54[34]%	Alter >17
7.2	Leukämie und Lymphome	2019	C88.%0	HD			8-54[34]%	Alter >17
7.2	Leukämie und Lymphome	2019	C9[012345].%0	HD			8-54[34]%	Alter >17
8.1	EPU / Ablation	2019					1-265%	Alter >17
8.1	EPU / Ablation	2019					8-835%	Alter >17
8.2	Interventionelle Kardiologie	2019					1-27[456]%	Alter >17
8.2	Interventionelle Kardiologie	2019					8-837%	Alter >17
8.2	Interventionelle Kardiologie	2019					8-83d.[012]%	Alter >17
8.3	Kardiale Devices	2019					5-377.[4567fgjkm]%	Alter >17
8.3	Kardiale Devices	2019					5-378.[35678][5a-h]	Alter >17
8.3	Kardiale Devices	2019					5-378.c[0-9c-x]	Alter >17
8.3	Kardiale Devices	2019					5-378.b[124589a-x]	Alter >17
8.3	Kardiale Devices	2019					5-378.d[2-9x]	Alter >17
8.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	2019					5-35a.0%	Alter >17

Weitere Variablen

LGOI_ID	Bedingung	Hinweis
13.1	Alter_Jahre >17	
13.2	Alter_Jahre <18	
21.5	Aufnahmegewicht between 2000 and 9999 and Alter_Tage =1	wird ausschließlich benutzt um die gesunden Neugeborenen die über die Frauenheilkunde/Gebuirtshilfe entlassen werden zu identifizieren
22.1	Aufnahmegewicht between 1500 and 1999	
22.2	Aufnahmegewicht between 100 and 1249	
22.3	Aufnahmegewicht between 1250 and 1499	
23.2	Alter_Jahre <18	
23.3	Alter_Jahre <18	
7.1	Alter_Jahre >17	
7.2	Alter_Jahre >17	
8.1	Alter_Jahre >17	
8.2	Alter_Jahre >17	
8.3	Alter_Jahre >17	
8.4	Alter_Jahre >17	

FAB je Allg. LG

FAB_ID	LG_ID	LG_Name
0100	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0102	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0103	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0104	4.1	Komplexe Nephrologie
0105	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0106	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
0107	3.1	Komplexe Gastroenterologie
0108	4.1	Komplexe Nephrologie
0109	6.1	Komplexe Rheumatologie
0151	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0152	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0153	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
0154	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0190	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0191	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0192	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0200	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0260	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0300	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0390	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0400	4.1	Komplexe Nephrologie
0490	4.1	Komplexe Nephrologie
0500	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0590	1.1	Allgemeine Innere Medizin
0600	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
0700	3.1	Komplexe Gastroenterologie
0790	3.1	Komplexe Gastroenterologie
0800	5.1	Komplexe Pneumologie
0890	5.1	Komplexe Pneumologie
0891	5.1	Komplexe Pneumologie
0892	5.1	Komplexe Pneumologie
0900	6.1	Komplexe Rheumatologie
1000	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1004	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1005	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1009	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1011	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1012	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1028	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1051	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1090	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1091	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1100	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1200	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1290	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
1300	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie
1390	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie
1400	5.1	Komplexe Pneumologie
1500	9.1	Allgemeine Chirurgie
1513	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie
1516	9.1	Allgemeine Chirurgie
1518	9.1	Allgemeine Chirurgie
1519	11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
1520	9.1	Allgemeine Chirurgie
1551	9.1	Allgemeine Chirurgie

FAB je Allg. LG

FAB_ID	LG_ID	LG_Name
1590	9.1	Allgemeine Chirurgie
1591	9.1	Allgemeine Chirurgie
1592	9.1	Allgemeine Chirurgie
1600	9.1	Allgemeine Chirurgie
1690	9.1	Allgemeine Chirurgie
1691	9.1	Allgemeine Chirurgie
1700	25.1	Neurochirurgie
1790	25.1	Neurochirurgie
1791	25.1	Neurochirurgie
1800	9.1	Allgemeine Chirurgie
1900	11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
1991	11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
2000	9.1	Allgemeine Chirurgie
2021	9.1	Allgemeine Chirurgie
2100	9.1	Allgemeine Chirurgie
2120	9.1	Allgemeine Chirurgie
2136	9.1	Allgemeine Chirurgie
2190	9.1	Allgemeine Chirurgie
2200	20.1	Urologie
2290	20.1	Urologie
2300	9.1	Allgemeine Chirurgie
2309	6.1	Komplexe Rheumatologie
2315	9.1	Allgemeine Chirurgie
2316	9.1	Allgemeine Chirurgie
2400	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde
2405	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde
2406	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde
2425	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde
2490	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde
2491	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde
2500	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde
2600	24.1	HNO
2690	24.1	HNO
2700	17.1	Augenheilkunde
2800	26.1	Allgemeine Neurologie
2856	26.1	Allgemeine Neurologie
2890	26.1	Allgemeine Neurologie
2891	26.1	Allgemeine Neurologie
2900	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2931	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2950	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2951	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2953	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2955	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2960	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2961	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2970	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2972	31	Psychiatrie und Psychosomatik
2990	31	Psychiatrie und Psychosomatik
3000	32	KJP
3060	32	KJP
3070	32	KJP
3090	32	KJP
3100	31	Psychiatrie und Psychosomatik
3160	31	Psychiatrie und Psychosomatik

FAB je Allg. LG

FAB_ID	LG_ID	LG_Name
3200	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3300	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3350	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3400	18.1	Haut- und Geschlechtskrankheiten
3460	18.1	Haut- und Geschlechtskrankheiten
3500	19.1	MKG
3600	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3601	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3603	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3610	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
3618	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3622	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3624	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3626	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3700	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3750	1.1	Allgemeine Innere Medizin
3751	9.1	Allgemeine Chirurgie
3752	1.1	Allgemeine Innere Medizin
3753	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
3755	9.1	Allgemeine Chirurgie
3757	9.1	Allgemeine Chirurgie
3790	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen
9999	40.1	Sonstige/ nicht zuzuordnen

LG ÜS

LB_ID	LB_Name	LGr_ID	LGR_Name	Sort
1	Allgemeine Innere Medizin	1.1	Allgemeine Innere Medizin	1
2	Endokrinologie und Diabetologie	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	2
3	Gastroenterologie	3.1	Komplexe Gastroenterologie	3
4	Nephrologie	4.1	Komplexe Nephrologie	4
5	Pneumologie	5.1	Komplexe Pneumologie	5
6	Rheumatologie	6.1	Komplexe Rheumatologie	6
7	Hämatologie und Onkologie	7.1	Stammzelltransplantation	7
7	Hämatologie und Onkologie		Leukämie und Lymphome	8
8	Kardiologie	8.1	EPU/ Ablation	9
8	Kardiologie	8.2	Interventionelle Kardiologie	10
8	Kardiologie	8.3	Kardiale Devices	11
8	Kardiologie	8.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	12
9	Allgemeine Chirurgie	9.1	Allgemeine Chirurgie	13
10	Kinder- und Jugendchirurgie	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie	14
11	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	15
12	Gefäßchirurgie	12.1	Bauchaortenaneurysma	16
12	Gefäßchirurgie	12.2	Carotis operativ/ interventionell	17
12	Gefäßchirurgie	12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	18
13	Herzchirurgie	13.1	Herzchirurgie	19
13	Herzchirurgie	13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	20
14	Orthopädie und Unfallchirurgie	14.1	Endoprothetik Hüfte	21
14	Orthopädie und Unfallchirurgie	14.2	Endoprothetik Knie	22
14	Orthopädie und Unfallchirurgie	14.3	Revision Hüftendoprothese	23
14	Orthopädie und Unfallchirurgie	14.4	Revision Knieendoprothese	24
14	Orthopädie und Unfallchirurgie	14.5	Wirbelsäuleneingriffe	25
15	Thoraxchirurgie	15.1	Thoraxchirurgie	26
16	Viszeralchirurgie	16.1	Bariatrische Chirurgie	27
16	Viszeralchirurgie	16.2	Lebereingriffe	28
16	Viszeralchirurgie	16.3	Ösophaguseingriffe	29
16	Viszeralchirurgie	16.4	Pankreaseingriffe	30
16	Viszeralchirurgie	16.5	Tiefe Rektumeingriffe	31
17	Augenheilkunde	17.1	Augenheilkunde	32
18	Haut- und Geschlechtskrankheiten	18.1	Haut- und Geschlechtskrankheiten	33
19	MKG	19.1	MKG	34
20	Urologie	20.1	Urologie	35
21	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.1	Allgemeine Frauenheilkunde	36
21	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.2	Ovarial-CA	37
21	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.3	Senologie	38
21	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.4	Geburtsklinik	39
21	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.5	Geburtsklinik - Kinder	40
22	Neonatologie	22.1	Perinataler Schwerpunkt	41
22	Neonatologie	22.2	Perinatalzentrum Level 1	42
22	Neonatologie	22.3	Perinatalzentrum Level 2	43
23	Kinder- und Jugendmedizin	23.1	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	44
23	Kinder- und Jugendmedizin	23.2	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	45
23	Kinder- und Jugendmedizin	23.3	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	46
24	HNO	24.1	HNO	47
24	HNO	24.2	Cochleaimplantate	48
25	Neurochirurgie	25.1	Neurochirurgie	49
25	Neurochirurgie	25.2/14.5	Wirbelsäuleneingriffe	50
26	Neurologie	26.1	Allgemeine Neurologie	51
26	Neurologie	26.2	Stroke Unit	52
26	Neurologie	26.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	53
27	Geriatrie	27.1	Geriatrie	54
28	Intensivmedizin	28.1	Intensivmedizin	55
29	Palliativmedizin	29.1	Palliativmedizin	56
30	Transplantation solider Organe	30.1	Darmtransplantation	57
30	Transplantation solider Organe	30.2	Herztransplantation	58
30	Transplantation solider Organe	30.3	Lebertransplantation	59

30	Transplantation solider Organe	30.4	Lungentransplantation	60
30	Transplantation solider Organe	30.5	Nierentransplantation	61
30	Transplantation solider Organe	30.6	Pankreastransplantation	62
40	Rest/Sonstige	40.1	Sonstige/ Nicht zuzuordnen	63

Kons. Trend Ambulanz

LG_ID	Trend_Pro_Jahr	Faktor_pro_Jahr	Bemerkung
1.1	0,01	0,99	
10.1	0,02	0,98	
17.1	0,02	0,98	
18.1	0,01	0,99	
19.1	0,02	0,98	
2.1	0,01	0,99	
20.1	0,02	0,98	
21.1	0,02	0,98	aber nicht für die große Gruppe der Neugeborenen (gilt für alle Neugeborenen)
23.1	0,01	0,99	Altersgrenze bis 3 Jahre, darüber hinaus 1%
24.1	0,02	0,98	
25.1	0,01	0,99	
26.1	0,01	0,99	
3.1	0,01	0,99	
4.1	0,01	0,99	
40.1	0,02	0,98	
5.1	0,01	0,99	
6.1	0,01	0,99	
9.1	0,02	0,98	

VWD-Trend

Version	LG_ID	Faktor_VWD	Porz_Trend
2019	1.1	0,984084423	-1,592%
2019	10.1	0,989794718	-1,021%
2019	11.1	0,995649709	-0,435%
2019	12.1	0,997	-0,300%
2019	12.2	0,996873246	-0,313%
2019	12.3	0,996692962	-0,331%
2019	13.1	0,99626345	-0,374%
2019	13.2	1,02	2,000%
2019	14.1	0,984	-1,600%
2019	14.2	0,984	-1,600%
2019	14.3	0,995585377	-0,441%
2019	14.4	0,985623384	-1,438%
2019	14.5	0,990972712	-0,903%
2019	15.1	0,984	-1,600%
2019	16.1	0,984	-1,600%
2019	16.2	0,993061831	-0,694%
2019	16.3	0,99107092	-0,893%
2019	16.4	0,994805253	-0,519%
2019	16.5	0,991501834	-0,850%
2019	17.1	0,987025906	-1,297%
2019	18.1	0,984	-1,600%
2019	19.1	0,992573049	-0,743%
2019	2.1	0,985824937	-1,418%
2019	20.1	0,984	-1,600%
2019	21.1	0,984	-1,600%
2019	21.2	0,984	-1,600%
2019	21.3	0,984	-1,600%
2019	21.4	0,984	-1,600%
2019	22.1	1,02	2,000%
2019	22.2	1,02	2,000%
2019	22.3	1,02	2,000%
2019	23.1	0,985251334	-1,475%
2019	23.2	1,019221001	1,922%
2019	23.3	1,02	2,000%
2019	24.1	0,984	-1,600%
2019	24.2	0,984	-1,600%
2019	25.1	0,989993017	-1,001%
2019	26.1	0,984	-1,600%
2019	26.2	0,992092736	-0,791%
2019	26.3	1	0,000%
2019	27.1	1	0,000%
2019	29.1	1	0,000%
2019	3.1	0,984	-1,600%
2019	30.1	1	0,000%
2019	30.2	1	0,000%
2019	30.3	1	0,000%
2019	30.4	1	0,000%
2019	30.5	1	0,000%
2019	30.6	1	0,000%
2019	4.1	1	0,000%
2019	40.1	0,984	-1,600%
2019	5.1	1	0,000%
2019	6.1	0,984	-1,600%
2019	7.1	1	0,000%
2019	7.2	0,990913228	-0,909%
2019	8.1	0,984	-1,600%
2019	8.2	0,996408743	-0,359%
2019	8.3	0,984	-1,600%
2019	8.4	0,984	-1,600%
2019	9.1	0,984	-1,600%

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, August 2021

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