

Krankenhausplan NRW: Erfahrungen mit der bisherigen Umsetzung aus Sicht der Krankenkassen

Dirk Ruiss

Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein–Westfalen

29. Jahrestagung Leitende Krankenhausneurologie

am 06.03.2026

Inhalt

- ❖ Konzept und Ablauf der Krankenhausplanung NRW
- ❖ Zentrale Ergebnisse der Planungsentscheidungen im Bereich der Neurologie
- ❖ Erkenntnisse der GKV aus dem Planungsprozess in NRW
- ❖ Auswirkungen der Krankenhausstrukturreform Bund auf NRW

Die Krankenhausplanung in NRW wurde entwickelt und getragen von den Partnern der Selbstverwaltung und dem Gesundheitsministerium

Paradigmenwechsel des Landeskrankenhausplans NRW

NEU

- leistungsorientierte Planung nach Leistungsgruppen und Leistungsbereichen
- Planung mit überprüfbaren Qualitätsmerkmalen für Personal und Struktur
- differenzierte Erreichbarkeitsziele (Autominuten)
- stärkere Spezialisierung/Leistungskonzentration bei Erhalt wohnortnaher Grundversorgung
- transparente, datengestützte, zügige Planungsverfahren

ALT

Bettenplanung

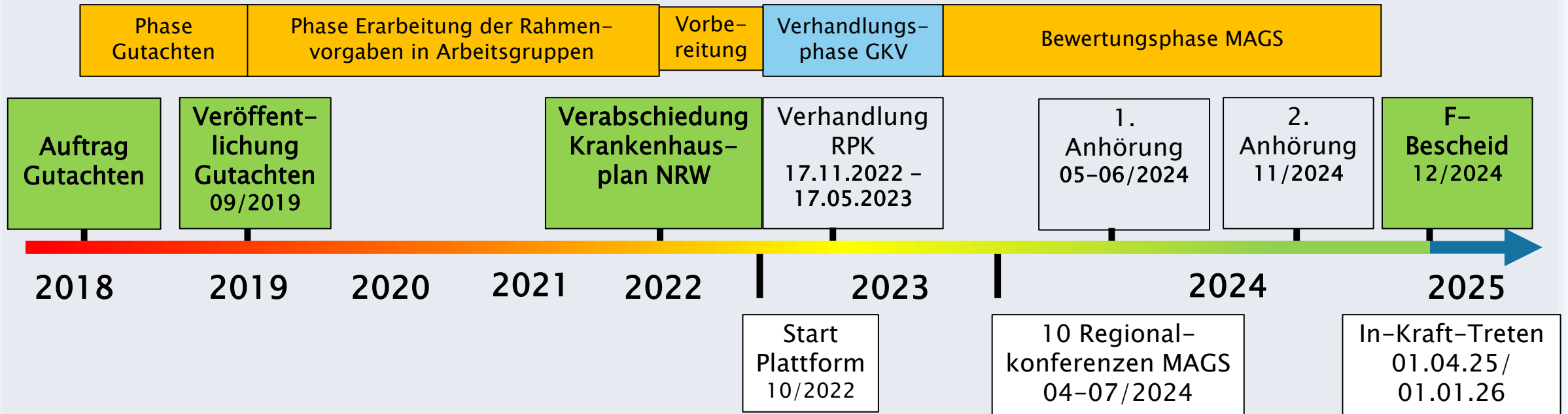
Qualitätsorientierung

~~pauschale Erreichbarkeit
in km~~

~~ein Krankenhaus macht alles~~

~~lange, intransparente
Planungsverfahren~~

Nur in dieser Gemeinsamkeit konnte die Krankenhausplanung NRW zum Erfolg gebracht werden



Die Krankenhausrahmenplanung sieht eine Einordnung in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen vor

Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) § 12 Absatz 3

Leistungsbereiche

- bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen
- Strukturierung der Leistungsgruppen
- Orientierung an den Weiterbildungsordnungen (WBO) der Ärztekammern in Nordrhein und Westfalen-Lippe

Das BMG hat auf die Einführung von Leistungsbereichen verzichtet. Damit fehlt die übergeordnete Strukturierung, z. B. der Rahmen, in welchen LG Fachärzte übergreifend tätig sein dürfen.

Leistungsgruppen

- bilden konkrete medizinische Leistungen (Cluster) ab
- Allgemeine Innere Medizin/Chirurgie richten sich nach der WBO
- spezifische LG richten sich nach OPS/ICD
- LG werden qualitativen/apparativen/personellen Anforderungen zugeordnet
- Versorgungskapazitäten werden durch quantitative oder qualitative Parameter bestimmt
- sind als Zuteilungsinstrument für den Versorgungsauftrag das zentrale Steuerungsinstrument
- dienen auch dem Leistungsausschluss

Definition wurde vom BMG nicht übernommen, erfolgt durch das InEK

Nur bei Erfüllung der Mindestvoraussetzungen kann eine Leistungsgruppe zugewiesen werden

Mindestvoraussetzungen LG 53...

LB	Leistungsgruppe	Land (NRW)		Anforderungsbereiche						
		Planungsebene		Erbringung verwandter LG		(Vorhaltung Geräte)	Fachärztliche Vorgaben		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land (NRW)
Neurologie	Allgemeine Neurologie	Versorgungsgebiet	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin (NRW: LB Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EEG, EMG, evozierte Potentiale, ENG, Sonographie inkl. extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen (NRW: Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.)	

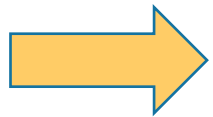
Bei mehreren Anbietern ist ein hoher Erfüllungsgrad bei den Auswahlkriterien entscheidend für eine Zuweisung

...Auswahlkriterium LG 53

LB	Leistungs- gruppe	Land (NRW)		Anforderungsbereiche						
		Planungs- ebene		Erbringung verwandter LG		(Vorhaltung Geräte)	Fachärztliche Vorgaben		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/ Bund	Land (NRW)
Neurologie	Allgemeine Neurologie	Versor- gungs- gebiet	Auswahl- kriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO	Polysomnographie	FA Neurologie mit ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin			Physiotherapeu- tische, Logo- pädische, Ergo- therapeutische Kompetenz vor Ort verfügbar
				NRW zusätzlich: LB Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Angebot Schmerztherapie						

Eine Prüfung der Qualität rein nach Aktenlage ist nicht sinnvoll

- In NRW haben sowohl die GKV als auch die Bezirksregierungen die Erfüllung der Qualitätsvoraussetzungen geprüft.
- Grundlage waren auf einer Datenplattform hochgeladenen Unterlagen, u. a. Nachweise zum ärztlichen Personal (Namen und VK-Anteil), Kooperations- und Kaufverträge.
- Beim Aufbau neuer LG musste in Konzepten glaubhaft gemacht werden, dass alle Voraussetzungen zeitnah erfüllt werden.
- Nach Zuweisung einer LG hatten Krankenhäuser ein Jahr Zeit für den Aufbau des neuen Bereichs.



Die Prüfung der medizinischen Dienste bezieht sich auf zum Zeitpunkt der Prüfung vorhandene Strukturen.

Dies wird zu dem Ergebnis führen, dass Qualitätsvoraussetzungen nicht erfüllt werden.

Der Aufbau neuer LG ist damit nicht möglich.

Die Wahrscheinlichkeit für Ausnahmeregelungen durch die Länder steigt.

Im Gegensatz zu anderen Leistungen erfolgt im Bereich der neurologischen Leistungsgruppen ein Ausbau

Leistungsgruppe (Ebene: Versorgungsgebiet)	Planungsebene	Versorger 2022	Antrag Krankenhaus	Votum Krankenkassen	Feststellungs- bescheid aktuell	Entwicklung Versorger
26.1 Allgemeine Neurologie	Versorgungsgebiet	87	112	88	83	-4,60%
26.2 Stroke Unit	Versorgungsgebiet	70	98	76	76	8,57%
26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Regierungsbezirk	6	65	35	56	833,33%

Interne Auswertung bezogen auf LG 26.1, 26.2, 26.3 (bzw. 53–55 lt. KHVVG)

Die Situation im Bereich der Neurologie ist stabil, massiver Ausbau der neurologisch–neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B)

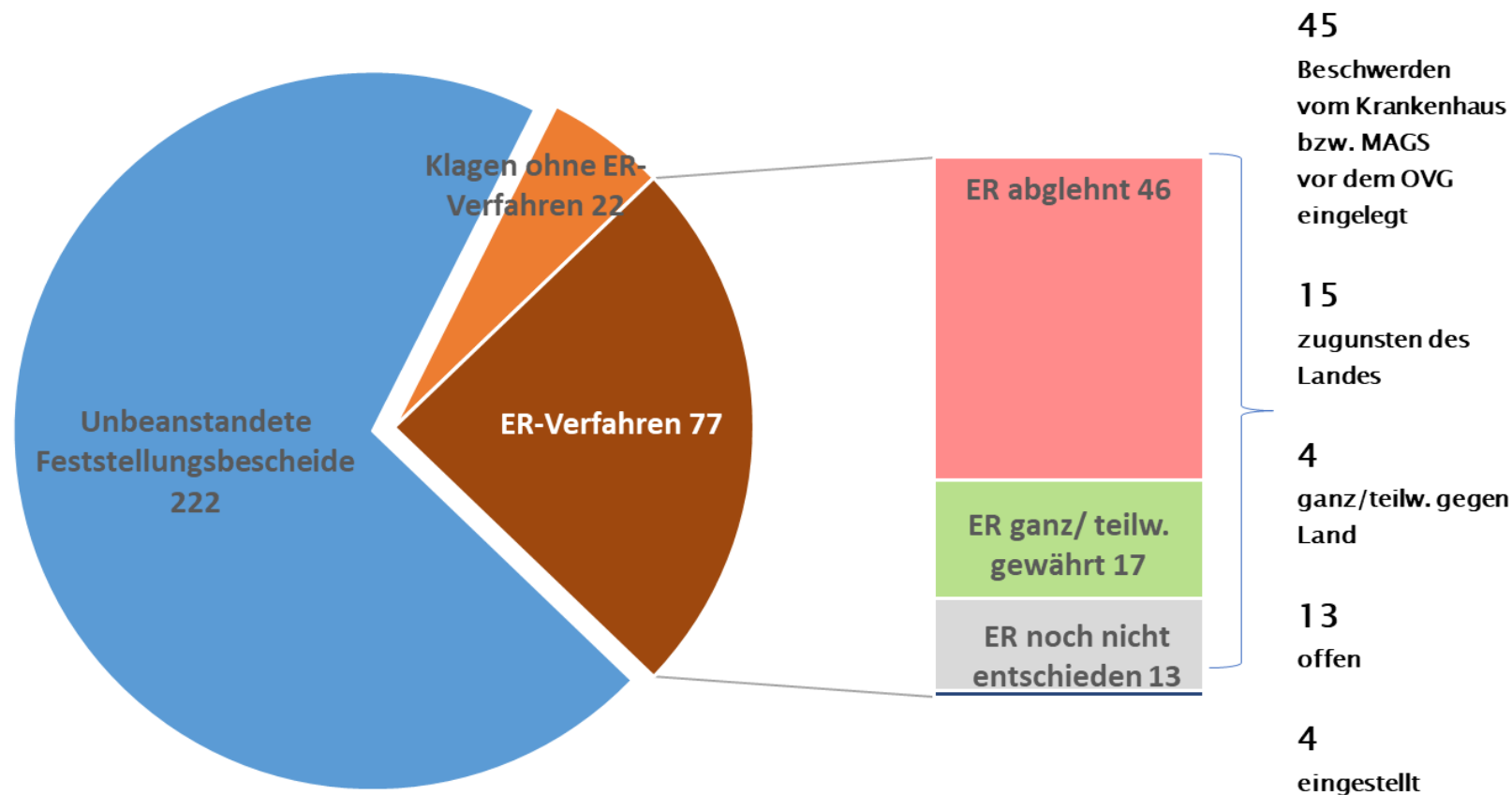
- Je höher die Planungsebene und je spezialisierter die Leistungen, desto stärker die Konzentration auf bestimmte Krankenhausstandorte.
- Im Bereich Neurologie sind ca. 25 Prozent der Anträge negativ beschieden worden.
- Angebot im Bereich der Neurologie vergleichsweise stabil. Im Vergleich zu 2019 verbleiben noch 95 Prozent der Standorte in der Versorgung.
- Grundsätzlich ist die Versorgung in NRW ausreichend sichergestellt, die Versicherten finden in erreichbarer Nähe Versorgungsangebote im Bereich der Neurologie.
- Das Angebot in der NNCHFR (Phase B) mit über 833% Steigerung massiv ausgeweitet. Kapazitäten befinden sich derzeit noch im Aufbau.

Nach Umsetzung des Landeskrankenhausplans werden aktuelle neue Planungsverfahren im Leistungsbereich Neurologie angestoßen

- Psychiatrische Fachkrankenhäuser trennen sich vom Leistungsbereich Neurologie (bisher vier Planungsverfahren).
- Dies betrifft teilweise auch die Leistungsgruppen der Stroke Unit und der neurologischen Früh-Reha.
- Es erfolgt eine planungsmäßige Verlagerung hin zu somatischen Krankenhäusern.
- Krankenhäuser mit einem geringen Leistungsanteil stehen auch zukünftig auf dem Prüfstand.
- Ansonsten ist die Planungslage stabil. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Bedarfszahlen entwickeln.

94 Krankenhäuser haben gegen die Feststellungsbescheide geklagt

– nur ein Fünftel der Eilrechtsverfahren wurde gegen das Land entschieden



ER-Verfahren = Antrag auf Gewährung des Einstweiligen Rechtsschutzes, Stand: 15.01.2026

Die rechtlichen Begründungen für die Entscheidungen sind unterschiedlich

Klageabweisung bei:

- Neuaufnahme von Leistungen
- Auswahlentscheidung des Landes bezogen auf geringe Fallzahl und/oder geringeren Erfüllungsgrad bei den Auswahlkriterien

Einstweiliger Rechtsschutz bei:

- Verlust bislang erbrachter Leistungen
- Nicht-nachvollziehbare Auswahlentscheidung
- Bündelung der Versorgung in höheren Planungsebenen in lediglich einer Region
- Schutz von Forschung und Lehre

Auswahlentscheidungen und Handlungsrahmen des Landes werden in vielen Punkten gerichtlich bestätigt

- Fallzahlen 2019 und prognostizierter Bedarf 2024 sind ausreichende Basis für Zuweisungen.
- Fallzahlprognosen des Krankenhauses haben für die Planungsentscheidung keine Relevanz. Liegen diese zu hoch, können diese sogar unglaubwürdig sein.
- Land darf Auswahlkriterien und Bedeutung der Fallzahlen selbst gewichten, da der Krankenhausplan hierzu keine Vorgaben macht.
- Die Übererfüllung eines Kriteriums gleicht nicht das Fehlen eines anderen aus.
- Unterschiede der Planungsentscheidungen der Versorgungsregionen werden mit regionalen Unterschieden (z. B. wohnortnahe Versorgung) ausreichend begründet.
- Verortung von Vor- und Nachsorge begleitend zu einem stationären Aufenthalt spielen bei Leistungskonzentration keine Rolle.

Darüber hinaus bildet Planung den aktuellen Stand ab

- G-BA-Richtlinien zu Mindestmengen werden als Fallzahl-Untergrenze akzeptiert.
- Zertifikate müssen den Planungsentscheidungen nicht zugrunde gelegt werden. NRW hat als einziges Zertifikat ÄKZert bei Mammakarzinom anerkannt.
- Planung erfolgt bezogen auf den Standort, nicht bezogen auf die Versorgung durch einen Träger.
- Zukünftige Zusammenlegungen haben noch keine Relevanz für Planungsentscheidungen, solange Leistungsverlagerungen nicht direkt umgesetzt/beantragt wurden.
- Die Fachexpertise oder die Weiterbildungsbefugnis von Chefärzt:innen ist nicht ausschlaggebend für Planungsentscheidungen, da diese wechseln können.

Nach Abschluss des Planungsverfahrens stellen sich vermehrt Fragen zur Umsetzung



Insgesamt betrachtet ist der Planungsprozess in NRW positiv verlaufen

- Die Krankenhausplanung NRW war getragen von allen Beteiligten der Krankenhausplanung und wird dies weiterhin
 - **breiter Konsens**
- Der Ende 2024 abgeschlossene Planungsprozess war ein sinnvoller Auftakt zur geplanten Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft
 - **Vermeidung eines kalten Strukturwandels**
- Auch nach Abschluss des Planungsverfahrens justieren Krankenhäuser ihr Leistungsportfolio neu, verhandeln Zusammenlegungen von Standorten usw.
 - **neuerliche Planungsverfahren**
- Für NRW Bestandsschutz bis Ende 2030 ohne Nachteile für die Vorhaltefinanzierung
 - **neue Planungsrunde ca. ab 2028**
- Neuer Planungsprozess wird aufgrund anderer LG-Definition und neuer LG sowie Mindestvorhaltezahlen herausfordernd
 - **Planung bleibt auch in Zukunft anspruchsvoll**

Finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser darf nicht zu einem Erhalt überholter Strukturen führen

- Krankenhäuser erhalten in 2026 aus Bundesmitteln vier Mrd. Euro zur Sicherung ihres Bestands, zudem werden Tariflohnsteigerungen 1:1 durch die GKV finanziert.
- Zur Umsetzung der neuen Krankenhausplanung fließen über den Transformationsfonds bundesweit weitere Mittel (bis zu 2,5 Mrd. Euro p. a.).
- Damit werden teilweise im Bund bestehende Strukturen noch länger erhalten, obwohl diese im Zusammenhang mit der neuen Krankenhausplanung veraltet sind.
- Länder sollten ein ernst gemeintes Planungsverfahren durchführen und nicht zu viele Ausnahmeregelungen zum „Erhalt einer flächendeckenden Versorgung“ zulassen.
- Entscheidend für den zukünftigen Bestand der Krankenhäuser wird die erfolgreiche, zielgerichtete Vorhaltefinanzierung sein. Hier sind noch Anpassungen erforderlich, damit sie zu einer „echten“ Vorhaltefinanzierung wird.
- Länder müssen eine auskömmliche Investitionsfinanzierung sicherstellen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Bund sind noch nachzujustieren

- Die unterschiedlichen G-BA-Richtlinien müssen kompatibel zur Krankenhausplanung sein, so dass Planung, Qualitätssicherung und Finanzierung aus einem Guss sind.
- Konzentrationsprozesse werden zu mehr Flächenstandorten und Ausnahmen von der 2 km-Regelung führen.
- Krankenhäuser müssen sich stärker für Ambulantisierung öffnen und verstärkt ambulante Operationen an einem ausgelagerten Standort durchführen.
- Zudem sollten neue Versorgungsansätze in ländlichen Regionen angedacht werden, z. B. über sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen. Ansiedlung ggf. nicht nur an Krankenhäusern, sondern auch an MVZ.
- Notfallversorgung und Rettungswesen müssen aus einer Hand organisiert werden, um die Notaufnahmen zu entlasten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40277 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 3 84 10 – 11, Fax: 02 11 / 3 84 10 – 20, dirk.ruiss@vdek.com