

Die Krankenhausplanung NRW – wenig Fluch, viel Segen und ein Blick nach vorne!

Dirk Ruiss

Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein–Westfalen

Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Angiologie

am 19.09.2025

Inhalt

- ❖ Konzept und Ablauf der Krankenhausplanung NRW
- ❖ Logik der Leistungsgruppen (LG)
- ❖ Zentrale Ergebnisse der Planungsentscheidungen im Bereich der Angiologie
- ❖ Stand der Klageverfahren
- ❖ Politische Gesamtbewertung des Prozesses in Nordrhein–Westfalen
- ❖ Abschließendes Fazit: Der Blick nach vorne!

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

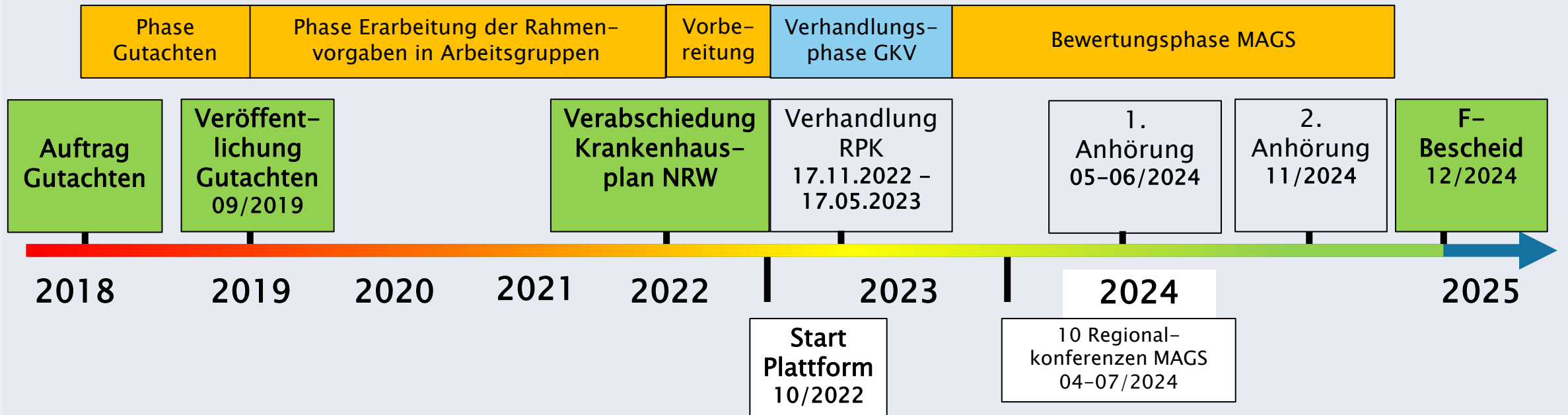
Qualitätsorientierung

~~pauschale Erreichbarkeit
in km~~

~~ein Krankenhaus macht alles~~

~~lange, intransparente
Planungsverfahren~~

Die Krankenhausplanung NRW ist in einem langen gemeinsamen Prozess zum Erfolg gebracht worden



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

1) Prüfung der Mindestvoraussetzungen für jede angebotene Leistung eines Krankenhauses LG 20 (bzw. 12.3 KHGG NRW)

LB	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/ Bund	Land (NRW)
Gefäßmedizin	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Versorgungsgebiet	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie; mind. eine der folgenden LG: EPU/Ablation oder intervent. Kardiologie oder Kardiale Devices oder Minimal-invasive Herzklappenintervention	Röntgen jederzeit, teleradiolog. Befund möglich, CT jederzeit, MRT, DSA, periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie FA Allgemein-chirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	3 FA (VZÄ) mind. Rufbereitschaft: jederzeit davon mind. zwei FA Gefäßchirurgie		Interdisziplinäre Fallkonferenzen (Abklärung operativ, interventionell und/oder konservativ)
			Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie (weiter s. Blatt 2)				FA Innere Medizin und Angiologie		Interventionelle Radiologie und/oder Angiologie

2) Prüfung der Auswahlkriterien für jede angebotene Leistung eines Krankenhauses LG 20 (bzw. 12.3 KHGG NRW)

LB	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/ Bund	Land (NRW)
Gefäßmedizin	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Versorgungsgebiet	Auswahlkriterium	Mind. eine der folgenden LG:						
				EPU/Ablation oder intervent. Kardiologie oder Kardiale Devices oder Minimalinvasive Herzklappenintervention Allgemeine Neurologie Stroke Unit Neurologische Früh-Reha (NNF, Phase B)						

Je komplexer die Leistung, desto höher der Konzentrationsprozess

Leistungsgruppe (Ebene: Versorgungsgebiet)	Versorger 2022	Antrag Krankenhaus	Votum Krankenkassen	Fest- stellungs- bescheid	Abweichung Antrag
12.1 Bauchaortenaneurysma	126	104	82	69	-33,65%
12.2 Carotis operativ/interventionell	157	116	90	79	-31,90%
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	173	118	99	94	-20,34%

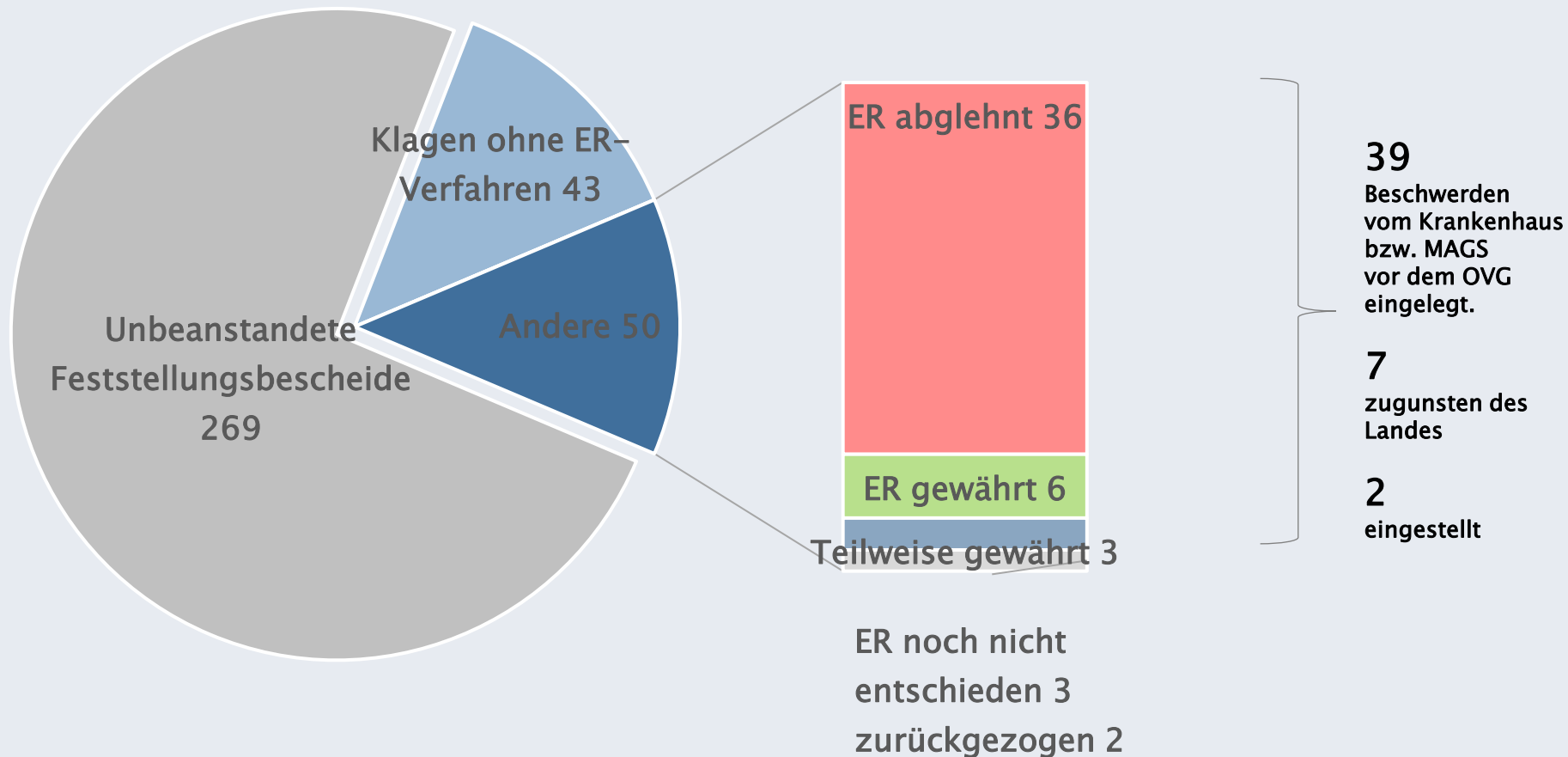
Interne Auswertung bezogen auf LG 12.1, 12.2, 12.3 (bzw. 18–20 lt. KHVVG)

Im Bereich der Gefäßchirurgie findet eine Leistungskonzentration statt

- Je höher die Planungsebene und je spezialisierter die Leistungen, desto stärker die Konzentration auf bestimmte Krankenhausstandorte.
- Im Bereich Gefäßchirurgie sind ca. 28 Prozent der Anträge negativ beschieden worden.
- Im Vergleich zu 2019 verbleiben noch 53 Prozent der Standorte in der Versorgung.
- Ein Viertel der Versorger hat erst gar keinen Antrag für die LG gestellt. Heißt: schon vorher haben sich Krankenhäuser stärker auf bestimmte Leistungen spezialisiert.
- Grundsätzlich ist die Versorgung in NRW ausreichend sichergestellt, die Versicherten finden in erreichbarer Nähe Versorgungsangebote im Bereich der Gefäßchirurgie.

93 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: 20.08.2025

Die rechtlichen Begründungen für die Entscheidungen sind unterschiedlich

Klageabweisung bei:

- Neuaufnahme von Leistungen
- Auswahlentscheidung des Landes bezogen auf geringe Fallzahl und/oder geringerer 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.

Politische Gesamtbewertung des Prozesses in NRW

- Die Krankenhausplanung NRW war getragen von allen Beteiligten der Krankenhausplanung
 - **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**

Abschließendes Fazit: Der Blick nach vorne!

- 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 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 selber eine auskömmliche Investitionsfinanzierung sicherstellen.

... noch weiter nach vorne

- 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. Möglichkeit schaffen, ambulante Operationen an einem ausgelagerten Standort durchzuführen.
- 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