

Beitrag Nr. 37, 2024

Ansätze im Krankenhausplanungsrecht NRW für sektorale Verknüpfungen

Prof. Dr. Frank Stollmann (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen)

Veröffentlichung: Bochum, den 06.03.2024

Veröffentlichung auf www.gesundheitsrecht.blog/sektorale-verknuepfung

Bibliothekslink: <https://doi.org/10.13154/294-10958>

ISSN: 2940-3170

Empfohlene Zitierweise: *Stollmann*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 37, 2024

Kurzzusammenfassung: Die Gesundheitspolitik betont schon seit langem die Notwendigkeit sektoraler Verknüpfungen. Diese sind zur Lösung besonderer Versorgungsfragen, wegen bestehender und absehbarer Personalengpässe und im Patienteninteresse heute notwendiger denn je. Der Beitrag stellt die sektorenübergreifenden Defizite der aktuellen Krankenhausplanung dar, zeigt aber auch – exemplarisch für das Krankenhausplanungsrecht in NRW – zaghafte Ansätze für sektorale Kooperationen. Künftig müssen der stationäre und der ambulante Bereich indes schon bei der Planung viel stärker miteinander verzahnt werden.



Dieser Aufsatz ist lizenziert unter den CreativeCommon-Bedingungen CC BY 4.0.
(abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

A. Ausgangslage

Ein wesentlicher Grund für die bestehenden Probleme im deutschen Gesundheitswesen – zunehmender Fachkräftemangel¹, hohes Ambulantisierungspotenzial sowie teils unstrukturierter Wettbewerb – ist die organisatorische Trennung der ambulanten und stationären Versorgung mit unterschiedlicher Bedarfsplanung, Sicherstellungsverantwortung sowie Finanzierungs- und Vergütungssystematik. Viele der Beteiligten im Gesundheitswesen sprechen sich daher schon seit längerem für eine stärkere Überwindung der Sektorengrenzen und insbesondere der Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor bzw. eine sektorenübergreifende Leistungs- und Versorgungsplanung aus.² Die hier nur angerissene Ausgangslage³ macht es noch stärker als bislang schon notwendig, das Augenmerk auf die Möglichkeit sektoraler Verknüpfungen zu richten. Ausgehend vom Krankenhausplanungsrecht in NRW soll im Folgenden das Potenzial der Krankenhausplanung für sektorale Verknüpfungen beleuchtet werden.

B. Novellierung des Krankenhausplanungsrechts in NRW

Nordrhein-Westfalen als einwohner- und klinikreichstes Bundesland hat – beginnend in 2021 – sein Landeskrankenhausrecht und die darauf aufbauende Krankenhausplanung umfassend novelliert. In erster Linie angetrieben von der Zielsetzung, sich vom Planbett als Kapazitätsparameter der Krankenhausplanung zu lösen, sind durch das „Dritte Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 9. März 2021“⁴ Strukturveränderungen in der Krankenhausplanung intendiert. Die Krankenhausplanung soll künftig nicht mehr primär anhand der Bettenzahl vorgenommen werden, stattdessen soll die in einem Gutachten zur Krankenhauslandschaft von August 2019⁵ vorgeschlagene Planung medizinischer Leistungsbereiche und Leistungsgruppen eingeführt werden.

¹ Stiftung Münch, Krankenhäuser umwandeln statt schließen: Voraussetzungen für neue Gestaltungsoptionen schaffen, 2022, S. 6; mit weiterem Zahlenmaterial *Stollmann*, GesR 2023, 84f.

² Vgl. auch *Düllings*, das Krankenhaus 2022, 552f.; Stiftung Münch, Krankenhäuser umwandeln statt schließen: Voraussetzungen für neue Gestaltungsoptionen schaffen, 2022, S. 4; Deutscher Sozialgerichtstag e.V. (DSGT): Reformempfehlungen für ein robustes und menschliches Gesundheitswesen, Positionspapier Juni 2022, dokumentiert in: KrV 2022, 172f.; *Ruhberg*, KrV 2022, 231ff.; zu den unterschiedlichen Ansätzen der letzten Jahre auch *Wollenschläger*, NZS 2023, 8 m.w.N.

³ Vertiefend *Stollmann*, GesR 2023, 84f., 90f. m.w.N.

⁴ GV.NRW. S. 271; vgl. dazu LT-Drs. 17/11162.

⁵ Veröffentlicht unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041>; dazu zusammenfassend auch LT NRW, LT-Drs. 17/11162, S. 27f.

I. Neue Planungssystematik

Der Landesgesetzgeber hat – die Ergebnisse des Gutachtens aufgreifend – eine Neufassung der zentralen krankenhausplanerischen Rechtsgrundlagen vorgenommen. Zentraler Bestandteil ist die Novellierung der §§ 12f. KHGG NRW. Die Krankenhausplanung soll sich künftig nicht mehr (allein) an der Bettenzahl orientieren,⁶ vielmehr hat der Gesetzgeber die im Gutachten vorgeschlagene Planung medizinischer Leistungsbereiche und Leistungsgruppen eingeführt (vgl. § 12 Abs. 3 Satz 1 KHGG NRW).⁷

Die Leistungsbereiche bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen und knüpfen im Wesentlichen an die Fachgebiete der ärztlichen Weiterbildungsordnung an (§ 12 Abs. 3 Satz 3 KHGG NRW); Leistungsgruppen bilden demgegenüber konkrete medizinische Leistungen (oder Leistungscluster) ab (vgl. § 12 Abs. 3 Satz 4 KHGG NRW). Mit der Entwicklung einer Leistungsgruppensystematik, einem klareren Leistungsbezug und einer besseren Leistungssteuerung soll einer Über- oder Unterversorgung begegnet werden. Zudem soll eine höhere Versorgungsqualität für die Bevölkerung gewährleistet werden, indem Leistungsbereiche und Leistungsgruppen mit Qualitätsindikatoren verknüpft (vgl. § 12 Abs. 3 Satz 10 KHGG NRW) und, wo fachlich erforderlich, auch Vorgaben zu Mindestmengen gemacht werden (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 3 KHGG NRW). Die Leistungsgruppen sollen zudem an Qualitätskriterien – die beispielsweise der G-BA oder medizinische Fachgesellschaften festgelegt haben – gekoppelt werden (vgl. §§ 12 Abs. 3 Satz 10, 13 KHGG NRW), um die Versorgungsqualität zu sichern.⁸

II. Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Die Leistungsbereiche bilden – wie bereits betont – den übergeordneten medizinischen Rahmen. Sie dienen der Strukturierung der Leistungsgruppen, über die einem Krankenhaus der Versorgungsauftrag zugeteilt wird.⁹ Jedem Leistungsbereich werden dazu eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeordnet (vgl. § 12 Abs. 3 Satz 2 KHGG NRW). Grundsätzlich wird eine

⁶ Nachrichtlich ist nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 KHGG NRW weiterhin die durch die Planbettenzahl, Behandlungsplatzzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter festgestellte Versorgungskapazität im Ist und Soll anzugeben.

⁷ Dazu umfassend *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873f.; *Fiori/Roeder*, KH 2022, 866f.; *Bäune/Götz/Ströttchen*, MedR 2023, 188ff.; *Stollmann*, MedR 2023, 451ff.

⁸ Dazu LT NRW, LT-Drs. 17/11162, S. 30f.; weiterführend *Lafontaine/Stollmann*, in: *Becker/Heitzig/Klöck/Lafontaine/Stollmann/Vollmar/Erne*, KHGG NRW, 5. Nachlfg. 2022, § 12 Erl. 5.

⁹ Zum Versorgungsauftrag vgl. *Quaas*, in: *Quaas/Zuck/Clemens*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 26 Rn. 86ff.; *Stollmann*, in: *Prütting*, Medizinrecht, 6. Aufl. 2022, § 8 KHG Rn. 3f. m.w.N.

Leistungsgruppe nur einem Leistungsbereich zugeordnet (§ 12 Abs. 3 Satz 7 KHGG NRW). Einzelne Leistungsgruppen können mehreren Leistungsbereichen (§ 12 Abs. 3 Satz 8 KHGG NRW), einzelne Leistungen mehreren Leistungsgruppen bzw. Leistungsbereichen zugeordnet werden (§ 12 Abs. 3 Satz 9 KHGG NRW).

Leistungsgruppen sollen konkrete medizinische Leistungen (oder Leistungscluster) abbilden, vgl. § 12 Abs. 3 Satz 4 KHGG NRW. Diese Leistungsgruppen bilden das zentrale Steuerungselement der Krankenhausplanung.¹⁰ Auch die Zuteilung des Versorgungsauftrages erfolgt über Leistungsgruppen. Die den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörigen Leistungen dürfen nur von den Krankenhäusern erbracht werden, denen diese Leistungsgruppen im Feststellungsbescheid als Versorgungsauftrag zugewiesen wurden (vgl. § 16 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW).¹¹ Dabei werden Versorgungskapazitäten nicht mehr primär durch Betten, sondern je Leistungsgruppe durch eine durchschnittliche jährliche Fallzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegeben (vgl. § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 KHGG NRW).¹²

Die Zuordnung von Leistungen zu den Leistungsgruppen erfolgt nach Vorstellung des Gesetzgebers über die OPS-Codes, teilweise auch anhand von ICD oder anderen geeigneten Merkmalen (vgl. § 12 Abs. 3 Satz 6 KHGG NRW).¹³ Die Definition dieser Leistungsgruppen und deren Inhalte finden sich in einem Anhang zum Krankenhausplan mit einer Übersicht aller möglichen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen, auf die im Feststellungsbescheid verwiesen wird. In den Leistungsbereichen, deren Inhalte nicht vollständig über spezifische Leistungsgruppen abgebildet sind, werden außerdem allgemeine Leistungsgruppen definiert, die auf Grundlage der jeweiligen Weiterbildungsordnung beschrieben werden (vgl. § 12 Abs. 3 Satz 5 KHGG NRW). Ist einem Krankenhaus im Feststellungsbescheid eine allgemeine Leistungsgruppe zugewiesen, darf es das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebietes der Weiterbildungsordnung erbringen, soweit die betreffenden Leistungen nicht einer diesem Gebiet zugeordneten spezifischen Leistungsgruppe zugewiesen sind (§ 16 Abs. 1 Satz 3 KHGG NRW).¹⁴ Im Umkehrschluss darf das Krankenhaus Leistungen aus den spezifischen

¹⁰ Ganz umfassend zur Entwicklung und Ausformung der Leistungsgruppen *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873, 874ff.

¹¹ Zum Umfang des Versorgungsauftrages vgl. das Bsp. bei LT NRW, LT-Drs. 17/11162, S. 31.

¹² Zur Möglichkeit von Schwankungsbreiten, d.h. Abweichungen von den vorgegebenen Fallzahlen, vgl. *Stollmann*, MedR 2023, 451, 453f.; *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873, 876.

¹³ Anschaulich dargestellt in den Übersichten bei *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873, 876f.

¹⁴ Zum Verhältnis der allgemeinen zu den spezifischen Leistungsgruppen vgl. die Abbildung bei *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873, 878.

Leistungsgruppen nur erbringen, soweit diese Leistungsgruppen auch im Feststellungsbescheid ausgewiesen sind.¹⁵

III. Ausgestaltung im Krankenhaus(rahmen)plan NRW 2022

Details zu Inhalten und zur weiteren Systematik der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen werden im Krankenhausplan weiter ausgeformt, auf den der Gesetzestext an dieser Stelle Bezug nimmt (vgl. § 12 Abs. 3 Satz 13 KHGG NRW). Dementsprechend sind im neuen Krankenhausplan für die einzelnen Leistungsgruppen Parameter wie geographische Bezugseinheiten für die Planung, parallel vorzuhaltende weitere Leistungsgruppen, vorzuhaltende apparative Ausstattung, fachärztliche Besetzung,¹⁶ sonstige Struktur- und Prozessvorgaben, ggf. Mindestfallzahlen, prognostizierter Bedarf für Nordrhein-Westfalen im Planungshorizont, Bettennutzungsgrad je Leistungsgruppe, Verweildauer je Leistungsgruppe ggf. auf Basis empirischer Statistiken, Zielwert der durchschnittlichen Versorgungskapazität je Leistungsgruppe und Krankenhausstandort im Planungshorizont (Orientierungswert) festgelegt.

So werden jeder Leistungsgruppe leistungsspezifische Qualitätskriterien zugeordnet. Primär ausgestaltet als Mindestvoraussetzungen, denkbar aber auch als Kriterien, die bei einer Auswahlentscheidung herangezogen werden können.¹⁷ Beispielhaft etwa die Erreichbarkeit, die (verschiedenen) Planungsebenen (Land, Bezirksregierungsgebiet, Versorgungsgebiet, Kreis), die Erbringung verwandter Leistungsgruppen am selben Standort,¹⁸ Kooperationen (mit Leistungsgruppen an anderen Standorten),¹⁹ die Vorhaltung von Geräten, fachärztliche Vorgaben (Facharztqualifikation, Weiter- oder Zusatzausbildung, Verfügbarkeit)²⁰ oder sonstige Struktur- und Prozesskriterien (z.B. interdisziplinäre Fallkonferenzen).²¹ In diesem Zusammenhang können – was noch zu zeigen sein wird (vgl. unten D.) – auch sektorenübergreifende Bezüge relevant werden.

¹⁵ Vgl. das Bsp. bei LT NRW, LT-Drs. 17/11162, S. 31.

¹⁶ Zu den beiden letzteren Aspekten vertiefend *Bäune/Götz/Ströttchen*, MedR 2023, 188, 191f.

¹⁷ Dazu auch *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873, 884; *Bäune/Götz/Ströttchen*, MedR 2023, 188, 191; zu den Auswahlentscheidungen vgl. unten B. IV.

¹⁸ So wird z.B. bei der Leistungsgruppe Pneumologie immer auch die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin gefordert.

¹⁹ Dazu *Bäune/Götz/Ströttchen*, MedR 2023, 188, 193f.

²⁰ *Bäune/Götz/Ströttchen*, MedR 2023, 188, 191.

²¹ Sh. auch die Abbildung bei *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873, 879 bzgl. der Qualifikationsanforderungen an die Leistungsgruppe Intensivmedizin.

Auf Grundlage dieser gesetzlichen Vorgaben hat das Land in 2022 den neuen Krankenhausplan 2022 verabschiedet.²² Er enthält in den Planungsgrundsätzen detaillierte Vorgaben zu den regionalen Planungsebenen, der wohnortnahen Versorgung, belegärztlichen Leistungen, teilstationären Angeboten, der Notfallversorgung, der Erreichbarkeit, dem Ablauf der und den Kriterien für die Entscheidungen in den regionalen Planungsverfahren u.a.m.²³ Mit dem 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.

Dementsprechend sieht der Krankenhausplan NRW 2022 vor, dass die vier (allgemeinen) Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie und Intensivmedizin auf Ebene der Landkreise/kreisfreien Städte beplant werden. Die Planung für 25 Leistungsgruppen erfolgt auf der Ebene der 16 Versorgungsgebiete,²⁴ 26 Leistungsgruppen²⁵ werden auf Ebene der fünf Regierungsbezirke und neun Leistungsgruppen (Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche, Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation, Cochleaimplantate, Darm-, Herz-, Leber-, Lungen-, Nieren- und Pankreastransplantation) im jeweiligen Landesteil beplant.²⁶

Die Änderungen in der Krankenhausplanung sollen am Beispiel der Leistungsgruppe Endoprothetik Knie verdeutlicht werden:²⁷ Die Leistungsgruppe wird mit einer Definition über

²² <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>.

²³ Vgl. Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, S. 36ff.

²⁴ Dazu gehören z.B. Komplexe Gastroenterologie, Komplexe Pneumologie, Interventionelle Kardiologie, Bauchaortenaneurysma, Endoprothetik Hüfte/Knie, Wirbelsäuleneingriffe, Urologie, Allgemeine Frauenheilkunde, Senologie, Geburten, Perinataler Schwerpunkt, Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, HNO, Allgemeine Neurologie, Stroke Unit, Palliativmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

²⁵ Wie z.B. Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, Komplexe Nephrologie, Komplexe Rheumatologie, Stammzelltransplantation, Leukämie und Lymphome, Minimalinvasive Herzklappenintervention, Kinder- und Jugendchirurgie, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Herzchirurgie, Revision Hüft-/Knie-Endoprothese, Thoraxchirurgie, Bariatrische Chirurgie, Leber-, Ösophagus- und Pankreaseingriffe, Tiefe Rektumeingriffe, Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, MKG, Perinatalzentrum Level 1 und Level 2, Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome, Neurochirurgie, Neuro-Frühreha (NNF, Phase B).

²⁶ Sh. auch die Übersicht bei *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873, 887.

²⁷ Krankenhausplan NRW 2022, S. 178f.; sh. auch das Beispiel für die Interventionelle Kardiologie bei *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873, 882f.

OPS-Codes und konkrete Qualitätsvorgaben (z.B. Facharztstandards) im Krankenhausplan hinterlegt. Der Krankenhausplan enthält die Bedarfsprognose für diese spezielle Leistungsgruppe (wie entwickelt sich die Fallzahl voraussichtlich) und sodann wird im Rahmen der regionalen Planungsverfahren (vgl. § 14 KHGG NRW) überprüft, welche Krankenhäuser, die Implantationen einer Endoprothese am Kniegelenk durchführen möchten, die Qualitätsvorgaben erfüllen. Überschreiten die Behandlungskapazitäten der geeigneten Bewerber den prognostizierten Bedarf, kommt es – wie bislang schon – zu einer Auswahlentscheidung durch die Behörde; Auswahlkriterien sind für die Leistungsgruppe Endoprothetik Knie im neuen Krankenhausplan festgelegt (bspw. Zusatzausbildung beim ärztlichen Personal, Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen).²⁸

Aktuell scheint die neue Krankenhausplanung in NRW damit auch Vorbild für angedachte Änderungen des Krankenhausrechts auf Bundesebene zu sein. Grundlage der Betriebskostenfinanzierung durch die Krankenkassen sollen nämlich zukünftig genauer definierte Leistungsgruppen der Kliniken sein. Welche Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen gelten sollen, wollen Bund und Länder gemeinsam erarbeiten. Die erstmalige Definition soll den Vereinbarungen zufolge auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen erfolgen – zuzüglich fünf ergänzender Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und spezielle Kinder- und Jugendchirurgie. Von den im Dezember 2022 von der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ vorgeschlagenen 128 Leistungsgruppen²⁹ ist man dabei abgerückt. Eine „lernende“ Weiterentwicklung der Leistungsgruppen ist allerdings ausdrücklich Bestandteil der Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern.³⁰

IV. Auswahlentscheidung

In vielen Fällen des Planvollzugs wird sich die Notwendigkeit ergeben, dass zwischen mehreren bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern ausgewählt werden muss. Werden nämlich von den für die Teilnahme an der stationären Krankenversorgung qualifizierten Krankenhäusern mehr Kapazitäten als nach der Bedarfsberechnung benötigt zur Verfügung gestellt, hat die Krankenhausplanungsbehörde auf einer zweiten Entscheidungsstufe

²⁸ Vgl. Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, S. 179.

²⁹ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung –, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-krankenhausverguetung.pdf>.

³⁰ Dazu umfassend *Stollmann/Triebel*, GesR 2023, 613f.

die den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht werdenden Krankenhäuser auszuwählen und in den Plan aufzunehmen. Bei dieser Auswahlentscheidung entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird (sog. Bestenauslese, vgl. § 8 Abs. 2 S. 2 KHG).³¹

Bei diesen Auswahlentscheidungen sind sicherlich auch – neben den im Krankenhausplan vorgesehenen Kriterien³² – die Vorgaben etwa in § 12 Abs. 5 KHGG NRW zu berücksichtigen. An dieser Stelle können auch sektorenübergreifende Aspekte relevant werden. Danach soll u.a. die Kooperation der Krankenhäuser mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit niedergelassenen approbierten Leistungserbringern im Bereich der Psychotherapie, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen (§ 12 Abs. 5 Satz 3 KHGG NRW).³³ Letztlich bedarf es aber bei jeder Entscheidung für bzw. gegen bestimmte Krankenhausträger einer umfassenden Sammlung, Gewichtung und Wertung *aller* jeweiligen relevanten Belange und vor allem einer an den Zielen der Gesamtplanung ausgerichteten Einzelfallentscheidung.³⁴

C. Planerischer Einbezug ambulanter Angebote?

Neue Ansätze in der Krankenhausplanung allein werden indes die Probleme in der flächendeckenden medizinischen Versorgung nicht lösen können, um den demographischen Erfordernissen sowie dem Fachkräftemangel in der Ärzteschaft und (vor allem) der Pflege zielgerichtet zu begegnen. Die personellen und demographischen Zuspitzungen verlangen vielmehr nach einer Bündelung und weniger nach einer starren Trennung der vorhandenen

³¹ BVerwG Urt. v. 25.9.2008 - Az. 3 C 35/07, NVwZ 2009, 525f.; zur Abwägungsdogmatik im Krankenhausrecht umfassend *Burgi*, KrV 2019, 181f.

³² Dazu oben bei Fn. 18 bis 21.

³³ Dabei werden die Krankenhausträger die aktuelle sozialgerichtliche Rechtsprechung zu berücksichtigen haben. Demnach erlaubt es die Zurechnung der vom Krankenhaus veranlassten Leistungen eines Dritten (hier: eine vertragsärztlich zugelassene Gemeinschaftspraxis für Strahlentherapie) zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmäßig und planvoll auf Dritte auslagert, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind. Für die im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche wie Fachabteilungen, Zentren usw. hat das Krankenhaus die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten (vgl. BSG, Urt. v. 26.4.2022 - B 1 KR 15/21 R -, KrV 2022, 159; dazu Anm. von *Hedermann*, SGB 2023, 124f. sowie von *Gruler*, GuP 2022, 199f.; kritisch *Quaas*, GesR 2022, 681f.; bestätigt durch BSG, Urt. v. 29.8.2023 - B 1 KR 18/22 R -, juris), ansonsten sind diese nicht abrechenbar.

³⁴ Dazu bezogen auf das neue Planungsrecht in NRW *Roeder/May/Kösters/Fiori*, KH 2021, 873, 884; *Fiori/Roeder*, KH 2022, 866, 882f.; *Bäune/Götz/Ströttchen*, MedR 2023, 188, 196; zu den diesbzgl. Umsetzungsproblemen auch *Roeder/Fiori/Bunzemeier*, KH-J 2023, 5, 9.

Ressourcen.³⁵ Denn ein wesentlicher Grund für die bestehenden Probleme ist – wie bereits oben dargelegt – die organisatorische Trennung der ambulanten und stationären Versorgung im deutschen Gesundheitssystem mit unterschiedlicher Bedarfsplanung, Sicherstellungsverantwortung sowie Finanzierungs- und Vergütungssystematik. Systemteilnehmer wie Krankenkassen und Kliniken sowie der Sachverständigenrat sprechen sich daher schon seit längerem für eine stärkere Überwindung der Sektorengrenzen und insbesondere der Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor bzw. eine sektorenübergreifende Leistungs- und Versorgungsplanung aus.³⁶ Zu diesbezüglichen Überlegungen passt auch eine aktuelle Entwicklung im ambulanten Sektor, in dem es einen Paradigmenwechsel bei der Selbstständigkeit gibt: junge Mediziner – egal ob weiblich oder männlich – streben deutlich weniger nach einer Niederlassung in der eigenen Praxis, sondern bevorzugen die Tätigkeit in größeren ärztlichen Einheiten (bspw. Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ).³⁷

Unter den aktuellen bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen ist eine übergreifende, gemeinsame Planung von stationärer und ambulanter Versorgung nicht möglich. Im Krankenhausplan NRW 2022 wird daher auch knapp und zutreffend konstatiert, dass grundsätzlich und der bisherigen Rechtsprechung folgend der stationäre Versorgungsbedarf aus der aktuellen bzw. zuletzt beobachtbaren Inanspruchnahme von *stationären* Krankenhausleistungen abgeleitet wird.³⁸ Die bisherige Krankenhausplanung ist damit, ihrem gesetzlichen Auftrag folgend, sektorenübergreifend defizitär.

Im Interesse der Verzahnung der Krankenhausplanung mit dem ambulanten Sektor könnte in einem ersten Schritt im Landesrecht allerdings die Berücksichtigung der ambulanten medizinischen Versorgung sowie der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit als Planungskriterien normativ verankert werden. Dies ist bislang noch nicht intensiv genug ausgeprägt. So haben nach § 12 Abs. 5 KHGG NRW bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen Krankenhäuser Vorrang, die u.a. *mit der niedergelassenen Ärzteschaft*, mit niedergelassenen approbierten Leistungserbringern im Bereich der Psychotherapie, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der

³⁵ Zum status quo der sektorenspezifischen Eigenheiten vgl. zuletzt etwa *Wollenschläger*, NZS 2023, 8, 9f.

³⁶ Siehe oben bei Fn. 4.

³⁷ Gründe sind vor allem das Streben nach „work-life-balance“ und eine gestiegene Zurückhaltung bezüglich wirtschaftlicher Risiken.

³⁸ Krankenhausplan NRW 2022, S. 78.

Patientenversorgung beteiligten *ambulanten* und stationären *Einrichtungen* kooperieren (vgl. bereits oben B. IV.). Der Krankenhausplan NRW 2022 führt dazu aus:³⁹

.... eine möglichst gute sektorenübergreifende Kooperation zwischen stationärem und ambulantes Bereich [bleibt] ein wichtiges Versorgungsziel für alle Krankenhäuser. ...

Bei der Umsetzung des vorliegenden Krankenhausplans in den regionalen Planungsverfahren sind die Schnitt- bzw. Nahtstellen zur ambulanten, pflegerischen sowie rehabilitativen Versorgung mit zu berücksichtigen. Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und die (künftige) Pflegekammer 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.

Indes handelt es sich bei den dargestellten Ausprägungen mitnichten um eine sektorenübergreifende Planung, für die dem Landesgesetzgeber i.Ü. die Gesetzgebungskompetenz fehlen würde. Es handelt sich hier eher um einen appellativen denn einen normativen Ansatz, indem der eine Sektor die Angebote und Bedarfe des anderen Sektors intensiver einbeziehen sollte. Weitergehendes Ziel muss es sein, zu einer integrierten bevölkerungsbezogenen Versorgungsplanung von ambulantem und stationärem Sektor zu kommen, die bei Planungsentscheidungen jeweils wechselseitig die Situation des anderen Sektors berücksichtigt.⁴⁰ Bei der Ausgestaltung rückt – neben vielen anderen Fragen⁴¹ – vor allem die Planungsmethodik in das Blickfeld: Voraussetzung für eine dergestalt sektorenübergreifende Planung ist eine methodisch vergleichbare Planung in den Sektoren. Dafür ist neben einer wechselseitigen Verfahrensbeteiligung eine Vereinheitlichung der Planungsgrundsätze bzw. -kriterien notwendig – hin zu einer leistungsorientierten

³⁹ Krankenhausplan NRW 2022, S. 31f.

⁴⁰ Deutscher Sozialgerichtstag e.V. (DSGT): Reformempfehlungen für ein robustes und menschliches Gesundheitswesen, Positionspapier Juni 2022, dokumentiert in: KrV 2022, 172, 173; *Ruhberg*, KrV 2022, 231, 238.

⁴¹ Vgl. vertiefend *Wollenschläger*, NZS 2023, 8, 12ff.

Gesamtplanung für eine Region, bei der gleiche Parameter auf den stationären und ambulanten Sektor anzuwenden sind.

D. Ansätze für sektorale Verknüpfungen

Die jeweils für die Leistungsgruppe genannten Kriterien sind grundsätzlich *an* dem Krankenhausstandort zu erfüllen, der den Versorgungsauftrag für die jeweilige Leistungsgruppe erhalten soll. Dies lässt planungsrechtlich – abgesehen vom Einsatz von Honorarärzten – keinerlei Spielraum für sektorale Verknüpfungen. Bei einer Reihe von Kriterien ist indes explizit angegeben, dass die Erfüllung „*in Kooperation*“ ausreicht. Teilweise werden je nach Leistungsgruppe einzelne Angebote als Mindest- oder Auswahlkriterium am Standort oder in Kooperation vorausgesetzt. So ist z.B. bei einigen Leistungsgruppen – entweder als Mindestvoraussetzung oder als Auswahlkriterium – ein „Angebot Strahlentherapie“ als Voraussetzung vorgesehen.⁴² Es handelt sich dabei um Leistungen, die häufig sektorenübergreifend erbracht werden, z.B. durch ambulante Leistungserbringer am Krankenhaus oder in einer engen sektorenübergreifenden Kooperation.⁴³ Die Krankenhausplanung ist damit nicht wirklich sektorenübergreifend ausgerichtet, aber zumindest in gewissen Bereichen für sektorenübergreifende Lösungen offen. Diese bilden eine weitergehende Option für Krankenhausträger, die ihr Leistungsspektrum halten oder erweitern wollen. Inwieweit sich derartige sektorenübergreifende Konstellationen gerade bei Auswahlentscheidungen gegenüber rein stationären Lösungen durchsetzen, bleibt eine Frage des Einzelfalles.

Für die Anforderung „*in Kooperation*“ liegt dem Krankenhausplan NRW 2022 folgendes Verständnis zugrunde:⁴⁴

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 wie bei der Vorhaltung des Qualitätskriteriums im eigenen Krankenhaus eingehalten werden. Derartige Kooperationen müssen vertraglich fixiert und auf Dauer angelegt sein. Sie müssen inhaltliche und

⁴² Vgl. hierzu Krankenhausplan NRW 2022, S. 193, 195 oder 197.

⁴³ Damit dürften auch die entgeltrechtlichen Probleme bewältigt werden können, die durch die BSG-Rechtsprechung hervorgerufen werden (vgl. oben bei Fn. 35), soweit in Ergänzung zu den Leistungsbereichen und Leistungsgruppen im Feststellungsbescheid eines Krankenhauses diese Leistungen als „Besonderes Angebot“ mit Angabe der beteiligten Sektoren und der Kapazitäten aufgenommen werden (vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 66).

⁴⁴ Vgl. hierzu Krankenhausplan NRW 2022, S. 71f.

organisatorische Regelungen im Hinblick auf das jeweilige Qualitätskriterium beinhalten (Angaben zu Kooperationspartnern und deren Eignung, zum Kooperations-/Leistungsort und -inhalt, zur zeitlichen Verfügbarkeit des jeweiligen Qualitätskriteriums sowie zur Kooperationsdauer).

Der krankenhauplanerische 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, zur Kooperation können auch telemedizinische Strukturen genutzt werden (z.B. die Teleradiologie). Die genannten Einrichtungen müssen sich nicht auf dem Gelände des Krankenhausstandortes befinden. Gerade in diesem Punkt ist also deutlich Raum für sektorenübergreifende Versorgungsmodelle.

E. Resümee

Sektorale Verknüpfungen sind zur Lösung besonderer Versorgungsfragen, wegen bestehender und absehbarer Personalengpässe, und im Patienteninteresse heute notwendiger denn je. Dabei ist die Krankenhausplanung – nicht nur, aber auch in NRW – bislang ausschließlich stationär orientiert und sektorenübergreifend „defizitär“. Zwar enthält das Krankenhausplanungsrecht NRW bereits zaghafte Ansätze für sektorale Kooperationen. Für künftige – vor allem zukunftsste – Strukturveränderungen müssen der stationäre und der ambulante Bereich indes stärker miteinander verzahnt werden. Weitere Ansätze müssen konsequent und verbindlich festgelegt werden.