
Datum: 27.01.2017
Gericht: Verwaltungsgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 21. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 21 K 341/15
ECLI: ECLI:DE:VGD:2017:0127.21K341.15.00

Schlagworte: Krankenhausplanung Krankenhausplan NRW 2015
Versorgungsgebiet 4 Geriatrie Fachabteilung Geriatischer
Versorgungsverbund Leistungsfähigkeit

Normen: KHG § 1 KHG § 6 KHG § 8

Leitsätze:

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses gilt nach ständiger Rechtsprechung, dass ein Krankenhaus im Grundsatz dann leistungsfähig ist, wenn sein Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind, und wenn das Krankenhaus die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung besitzt.

Die Einrichtung geriatrischer Fachabteilungen erfordert in diesem Sinne den Nachweis der Einbindung des Krankenhauses in einen sog. Geriatrischen Versorgungsverbund.

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Das Urteil ist hinsichtlich der Kosten vorläufig vollstreckbar. Die Klägerin darf die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe des beizutreibenden Betrages abwenden, wenn nicht der Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:	1
Die Beteiligten streiten über die Aufnahme des von der Klägerin in N. betriebenen Krankenhauses mit einer geriatrischen Abteilung im Umfang von 40 Planbetten in den Krankenhausplan NRW 2015 (Krankenhausplan) gemäß dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) i.V.m. dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW).	2
Zum Versorgungsgebiet 4 (VG 4) gehören folgende Städte und Kreise: Kreis W. , O. , L. , N. .	3
Die bisherige geriatrische Versorgung im VG 4 (einschließlich tagesklinischer Plätze) ist folgendermaßen verteilt:	4
I. Klinik I1. , L. : 58 Betten + 12 Plätze (insg. 70),	5
Städtische Kliniken, N. : 123 Betten + 12 Plätze (insg. 135)	6
Kreiskrankenhaus, H. : 42 Betten + 10 Plätze (insg. 52).	7
In dem zu entscheidenden Planverfahren lagen folgende Anträge mit einem Gesamtantragsvolumen von 438 Betten (einschließlich tagesklinischer Plätze) zur Prüfung vor:	8
St. J. -Krankenhaus T. ,W. : Einrichtung von 65 Betten,	9
B. GmbH,U. : Einrichtung von 60 Betten	10
,I. Klinik I1. , Aufstockung von 70 auf 112 Betten,	11
L. :Krankenhaus N1. -Hilf L. , Einrichtung von zunächst 60 Betten,	12
B1. L. GmbH: später reduziert auf 30 Betten,	13
Krankenhaus O1. „N1. von denB2. “ gGmbH, N. : Einrichtung von 60 Betten,	14
Kliniken N1. Hilf GmbH,N. : Einrichtung von 40 Betten,	15
Kreiskrankenhaus H. St. F. : Aufstockung von 52 auf 113 Betten,	16
Städtische Kliniken O. M. GmbH, O. : Einrichtung von 60 Betten.	17
Ihren Antrag vom 12.11.2013 hat die Allgemeines Krankenhaus W. GmbH, W. , mit Schreiben vom 27.05.2014 zurückgenommen.	18
Die Klägerin ist als Plankrankenhaus in den Krankenhausplan des Beklagten aufgenommen. Über eine Planausweisung zum Betrieb einer geriatrischen Abteilung verfügt sie nicht.	19
Mit Schreiben vom 03.06.2013 beantragte die Klägerin gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen NRW (vdek) die Ausweisung des Gebietes Geriatrie sowie die Einrichtung einer Abteilung Geriatrie mit 40 Betten in ihrem	20

Haus im Wege der Umwidmung von Planbetten in der Abteilung Inneres. Ihren Antrag stützt sie im Wesentlichen auf folgende Gründe: Ihr Krankenhaus verfüge am Standort St. G. über 305 Betten in der Inneren Medizin (ohne 17 Dialyseplätze) und 95 Betten in der Neurologie. In den 305 Betten der Inneren Medizin würden 2012 rund 13.000 Patienten betreut. Der Trend 2013 sei weiterhin steigend. Von den 2012 behandelten Patienten seien 46 % älter als 70 Jahre, 31 % älter als 75 Jahre und 17 % älter als 80 Jahre. Es bestehe damit bereits innerhalb der Klinik ein erheblicher Bedarf an spezieller geriatrischer Behandlung. Entsprechende Strukturen wie eine Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie seien bereits vorhanden. Zusätzlich bestehe ein Zentrum für Kontinenz mit einer Neuro-Urologie sowie eine psychiatrische Expertise innerhalb der Klinik für Neurologie. Die ärztliche Kompetenz einer speziellen geriatrischen Behandlung werde durch eine bereits bestehende Weiterbildungsermächtigung belegt. Weiterhin werde in der Unfallchirurgie des Krankenhausträgers eine Alterstraumatologie angeboten. Um den Bedarf an wohnortnaher geriatrischer Behandlung für die Patienten abdecken zu können, sollten 40 Betten der Klinik für Innere Medizin ? ohne dass sich hierdurch die Planbettenzahl für das Krankenhaus insgesamt verändere ? als geriatrische Betten betrieben werden.

Mit Schreiben vom 06.11.2013 wandte sich die Bezirksregierung E. im Zusammenhang mit dem Krankenhausplan NRW und den Regionalen Planungskonzepten zur Einrichtung geriatrischer Fachabteilungen im VG 4 an den vdek und den Landrat des Rhein-Kreises O. sowie an die antragstellenden Krankenhausträger. Unter Beifügung einer Anlage „Datenrahmen für die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte nach § 14 KHGG NRW“ wies die Bezirksregierung E die beteiligten Stellen darauf hin, dass der Krankenhausplan 2015 die Ausweitung und Optimierung der geriatrischen Versorgung der Bevölkerung bis 2015 vorsehe. Gemessen an den Einwohnerzahlen im VG 4 sei dort eine eklatante Unterversorgung der Bevölkerung mit der Leistung des Fachgebietes Geriatrie festzustellen, insbesondere sei für das Kreisgebiet W. aktuell kein geriatrisches Angebot im Krankenhausplan ausgewiesen. Die schnellstmögliche Behebung dieser Unterversorgung habe daher Priorität. Aus diesem Grunde leite die Bezirksregierung Düsseldorf von Amts wegen das regionale Planungsverfahren bezüglich des Fachgebietes Geriatrie VG 4 ein. Von den antragstellenden Krankenhäusern und den Krankenkassenverbänden sei gemäß § 14 KHGG ein Regionales Planungskonzept zu erarbeiten. In das Regionale Planungskonzept seien auch alle Häuser einzubeziehen, für die bereits eine Abteilung Geriatrie im Krankenhausplan ausgewiesen sei. Das Geriatriekonzept sei auch für die Krankenhäuser mit bestehendem geriatrischem Versorgungsauftrag bindend, ein Bestandsschutz bestehe nicht. Dem Datenrahmen zu entnehmende erforderliche Unterlagen seien den Krankenkassenverbänden zügig zur Verfügung zu stellen, zusätzlich sei zwingend die Vorlage der SA2/SA5-Statistiken des ganzen Hauses der letzten drei Jahre erforderlich. Die antragstellenden Krankenhäuser seien zudem gebeten, Stellungnahmen der betroffenen Konkurrenzhäuser zu ihrem Antragsbegehren einzuholen und den Antragsunterlagen beizufügen. Nach Abschluss der Verhandlungen sei das geeinigte oder ungeeignete Planungskonzept vorzulegen. 21

Nach weiterer Anhörung des vdek wandte sich die Bezirksregierung E mit Schreiben vom 13.01.2014 u.a. an die antragstellenden Krankenhausträger, auch an die Klägerin. Unter Übersendung einer Anlage wurde mitgeteilt, welche Unterlagen noch bis zum 10.03.2014 vorzulegen seien. Das regionale Planungskonzept für das VG 4 sei gemäß § 14 KHGG NRW eingeleitet worden. Die Regionalisierungsdaten seien den beteiligten Krankenhausträgern am 20.12.2013 zugegangen. Die Kassenverbände hätten deutlich gemacht, dass sie Verhandlungen solitär für das Fachgebiet Geriatrie nicht für sinnvoll erachteten. Mit dem zeitnahen Zustandekommen von Verhandlungen sei unter diesen Umständen nicht zu 22

rechnen und deshalb habe die Bezirksregierung E das Planungsverfahren bereits zu diesem Zeitpunkt vor Aufnahme der Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept an sich gezogen.

Mit Schreiben vom 29.01.2014 übersandte die Klägerin an die Bezirksregierung E ? und im weiteren Verteiler an die Landesverbände der Krankenkassen und den vdek ? folgende Anlagen: 23

Geschäftsordnung für den Vorstand des Geriatriischen Versorgungsverbundes Mittlerer Niederrhein e.V.;Satzung des Geriatriischen Versorgungsverbundes Mittlerer Niederrhein e.V.;Kooperationsvertrag zur Zusammenarbeit im Geriatriischen Versorgungsverbund zwischen der St. J. -Krankenhaus W. -T. GmbH und der Kliniken N1. Hilf GmbH, N. ;Einrichtung / Aufstockung einer Abteilung Geriatrie (Erhebungsbogen anhand des Geriatriekonzeptes des Krankenhausplans 2015);Anerkennungsurkunde, Zusatzbezeichnung Geriatrie für drei benannte Ärzte;Leistungsstatistiken gemäß Fragenkatalog zu Herkunft der Patienten / Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung / operierte Patienten unter Angabe der OP-Klassifikation / Diagnosen nach SGB V (ICD10). 24

Mit Schreiben vom 27.05.2014 berichtete die Bezirksregierung E dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (im Folgenden: Ministerium) über das von Amts wegen eingeleitete Regionale Planungskonzept und schlug folgende Verteilung von Planbetten vor: 25

Kreis W. :St. J. -Krankenhaus T. , W. : Einrichtung 60 Betten, 26

L. :B1. L. GmbH: Einrichtung 30 Betten, 27

Rhein-Kreis O. :Städtische Kliniken O. M. GmbH, O. : Einrichtung 30 Betten. 28

Die Bezirksregierung E ging auf der Grundlage der Krankenhausstatistik für die bereits bestehenden Fachabteilungen Geriatrie innerhalb des VG 4 für die Jahre 2011 und 2012 von folgender Auslastung aus: 29

Städtische Kliniken N.	2011: 49,8 %	2012: 52,4 %	Kreiskrankenhaus H.	30
	2011: 92,2 %			
	2012: 89,0 %	Klinikum L.	2011: 93,4 %	
			2012: 112 %.	

Nach dem Inkrafttreten des Krankenhausplanes 2015 und erfolgter Regionalisierung der vorgesehenen Betten zum Zielplanungshorizont 2015 ergäben sich nachstehende Bedarfsannahmen für die Gebietskörperschaften des VG 4. 31

Pflegetage	Hill-Burton	Kreis W.	0	87	L. 75	68	N. 87	32
75								

Rhein-Kreis O.	49	130 insgesamt	33
211	360		

Zum antragstellenden Krankenhaus wird ausgeführt, ein ausführliches Konzept zum Antrag, insbesondere zur Ausgestaltung des Kooperationsverbundes und zur Umsetzung der Anforderung der OPS 8.550 (Geriatriische Komplexbehandlungen gemäß Operationen- und 34

Prozedurenschlüssel [OPS] des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information [DIMDI]) sei nicht vorgelegt worden. Angeforderte Angaben zum multiprofessionellen Team und die notwendigen Kooperationsverträge seien auch nach Erinnerung nicht vorgelegt worden. Es seien lediglich der ausgefüllte Erhebungsbogen sowie diverse Formblätter zu Screening und Assessment übersandt worden. Darüber hinaus sei die Geschäftsordnung und die Satzung für den Geriatrischen Versorgungsverbund Mittlerer Niederrhein e.V. sowie ein Kooperationsvertrag mit dem St. J. -Krankenhaus W. - T. , in welchem die Kliniken N1. Hilf als Kooperationspartner ohne eigene Geriatrie geführt würden, vorgelegt worden. Zu weiteren Kooperationen seien keine Angaben gemacht worden. Damit sei vom Krankenhausträger der geriatrische Versorgungsverbund gänzlich unzureichend dargestellt und nicht durch Kooperationsverträge untermauert. Selbst wenn das multiprofessionelle Team in Qualifikation und Umfang den Anforderungen genüge, sei das Geriatriekonzept der Kliniken N1. Hilf GmbH nur unzureichend dargestellt.

Zur Begründung des Entscheidungsvorschlages wird ausgeführt: Im Kreis W. sei die Etablierung einer Geriatrie von 60 Planbetten am St. J. -Krankenhaus W. -T. sinnvoll, um zukünftig hauptsächlich den West- und Nordkreis W. zu versorgen. Die Versorgung des Ostkreises W. könne weiterhin durch das I. Klinikum L. (Betriebsstätte) erfolgen, bereits zum damaligen Zeitpunkt gehöre auch unter anderem die Stadt Kempen zum Einzugsgebiet der dortigen Geriatrie. In L. solle zur weiteren Versorgung des südöstlichen Kreises W. (X.) und der Stadt L. die Einrichtung einer Akutgeriatrie am B1. Krankenhaus L. mit zunächst 30 Betten erfolgen. Diesem sei der Vorzug vor dem B. U. zu geben, da dort deutlich mehr Fachexpertise vorgehalten werde. Zudem sei die vom Krankenhausträger angesprochene Vorhaltung von somatischer und gerontopsychiatrischer Versorgung in einem Haus für die geriatrischen Patienten von großem Vorteil, eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus zur gerontopsychiatrischen Behandlung entfalle dadurch. Durch diese zusätzliche Fachabteilung der Stadt L. werde einerseits die äußerst einwohnerstarke Stadt L. mit einer ausreichenden Anzahl an geriatrischen Kapazitäten ausgestattet und zudem das I. Klinikum L. entlastet. Die Einwohner des Krefelder Südens müssten so nicht mehr die gesamte Stadt durchqueren. Der nördliche Rhein-Kreis O. (Meerbusch und Kaarst) profitiere ebenfalls von dieser zusätzlichen geriatrischen Einrichtung. Durch die Etablierung einer zweiten geriatrischen Fachabteilung würde auch dem Ziel der Trägervielfalt Rechnung getragen. Im Rhein-Kreis O. werde die Einrichtung einer Geriatrie mit zunächst 30 Betten am Städt. M1. -Krankenhaus O. trotz des schwachen Konzeptes befürwortet. Bisher existiere im Rhein-Kreis O. lediglich eine Akutgeriatrie mit 52 Betten am Kreiskrankenhaus H. . Diese Geriatrie versorge größtenteils die Städte H. und O. , große Teile des Nordens würden aktuell auch durch das St. N2. Krankenhaus in E abgedeckt. Um eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, werde eine zweite Abteilung im Nordkreis für unbedingt notwendig gehalten. Am Kreiskrankenhaus H. solle die Geriatrie in der bisherigen Größe bestehen bleiben. Die Statistikdaten zeigten keine deutliche Unterversorgung / Überauslastung, obwohl diese Geriatrie für den einwohnerstarken Rhein-Kreis O. deutlich zu wenig Betten vorhalte. Es sei anzunehmen, dass ein Teil der Patienten des Rhein-Kreises O. bisher auf Geriatrien im Regierungsbezirk L1. , vornehmlich in F1. (I2. -K. Krankenhaus), ausweiche. Für die Stadt N. sei die Vorhaltung einer Akutgeriatrie in einer Größe von 95 Planbetten ausreichend. Die Statistikdaten zeigten, dass die bestehenden 135 Planbetten in den letzten Jahren niemals ausgelastet gewesen seien, vielmehr habe sich die Auslastung der 123 stationären Betten bei ca. 50 % bewegt. Durch die Inbetriebnahme eines eigens für die Geriatrie errichteten Neubaus im Jahre 2012, welcher max. 76 bis 80 stationäre und 15 teilstationäre Patienten beherbergen könnte, habe die Auslastung gesteigert werden können.

Die Beibehaltung von 135 Betten sei angesichts der geringeren Kapazitäten des Neubaus nicht zweckmäßig. Letztlich habe sich der Krankenhausträger auch mit einer Verringerung seiner Kapazitäten einverstanden erklärt, sofern diese Betten zum Aufbau einer Akutgeriatrie am M. O. oder zur Erweiterung der Geriatrie am Kreiskrankenhaus H. genutzt würden. Der Antrag der Klinik N1. Hilf N. GmbH sei so unvollständig, dass die Umsetzung des Geriatriekonzeptes des Krankenhausplans nicht klar erkennbar sei. Auch der Antrag des Krankenhauses O2. „N1. von den B2. “ N. überzeuge insgesamt nicht in einem Maße, dass dahinter die regional nachteilige Lage im Versorgungsgebiet für eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung zurückstehen könne.

Das Ministerium führte sodann ein Anhörungsverfahren durch und gab den beteiligten Krankenhäusern mit Schreiben vom 01.07.2014 Gelegenheit, Stellung zu nehmen, insbesondere zur beabsichtigten Ablehnung des jeweiligen Antrags. Für die flächendeckende geriatrische Versorgung für das VG 4 sollten insgesamt 319 Betten / Plätze ausgewiesen werden: 36

St. J. -Krankenhaus T. ,W. : Einrichtung von 60 Betten / Plätzen, 37

I. KlinikumL. : Beibehaltung von 52 Betten / Plätzen, 38

Krankenhaus N1. HilfBT B1. Krankenhaus: Einrichtung von 30 Betten / Plätzen, 39

Städtische KlinikenN. : Reduzierung um 50 auf 95 Betten / Plätze, 40

KreiskrankenhausH. : Beibehaltung von 52 Betten / Plätzen, 41

Städt. M. O. : Einrichtung von 30 Betten / Plätzen. 42

Zur Begründung wurde bzgl. des Krankenhauses der Klägerin im Wesentlichen angegeben: 43
Ein ausführliches Konzept zum Antrag, insbesondere zur Ausgestaltung des Kooperationsverbundes und zur Umsetzung der Anforderung der OPS 8.550 sei nicht vorgelegt worden. Der geriatrische Versorgungsverbund sei von dem Krankenhausträger nur unzureichend dargestellt worden und sei nicht durch Kooperationsverträge untermauert. Selbst wenn das multiprofessionelle Team in Qualifikation und Umfang den Anforderungen genüge, sei das Geriatriekonzept des Krankenhausträgers nur unzureichend dargestellt.

Mit Schreiben vom 10.07.2014 nahm die Klägerin dazu Stellung. Im Anhörungsschreiben sei 44
festgestellt worden, dass alle Anträge, also auch ihr Antrag, die Mindestanforderungen an die ärztliche Leitungsebene erfüllten, Pflegepersonal mit entsprechender Weiterbildung im Einsatz sei sowie die Anforderungen der OPS 8.550 zur Prozessqualität zugesichert sei. Die weitergehende Einzelbeurteilung ihres Krankenhauses verwundere. Gemeinsam mit dem St. J. -Krankenhaus, T. , hätten sie in intensiven Gesprächen das Geriatriekonzept und die Ausgestaltung des Kooperationsverbundes erarbeitet und in den Kooperationsvertrag eingebracht. Dort seien ausführliche Hinweise zum Behandlungspfad, Screening und geriatrischen Assessment aufzufinden. Zudem sei sie federführend an der Gründung des Vereins „Geriatrischer Versorgungsverbund Mittlerer Niederrhein“ beteiligt gewesen. Die Vereinssatzung weise unter § 5 (Mitgliedschaft) die bestehenden und erwarteten / beabsichtigten Kooperationen aus. Dem vorgelegten „Erhebungsbogen anhand des Geriatrie-Konzepts des Krankenhausplans 2015“ seien eine Reihe von Anlagen zum Behandlungspfad, Screening, Assessment etc. beigelegt gewesen. Auch diese Prozessbeschreibungen seien gemeinsam mit dem St. J. -Krankenhaus, T. ,

erarbeitet worden. Erstaunlich sei, dass dieses gemeinsam erarbeitete Konzept in dem einen Fall sehr positiv beurteilt worden sei, während das identische Konzept im Falle ihres Krankenhauses als unzureichend dargestellt werde. Außerdem lägen in ihrem Hause teilweise deutlich höhere bzw. zahlreichere persönliche Qualifikationen vor als bei Antragstellern mit positivem Votum, bei denen reine Absichtserklärungen positiv bewertet würden, was im Übrigen auch für dort noch abzuschließende Kooperationsverträge gelte. Die beabsichtigte Bettenreduzierung in den Städtischen Kliniken N. entspreche exakt der von ihr geforderten Bettenzahl. Es sei für sie nicht nachvollziehbar, warum bei bestehendem (eigenen) Bedarf abgebaute Kapazitäten nur in einer anderen Region zu einer Bettenaufstockung führen sollten.

Auf Erlass des Ministeriums vom 17.11.2014 lehnte die Bezirksregierung E mit Bescheid vom 17.12.2014, der Klägerin zugestellt mit Postzustellungsurkunde am 24.12.2014, den Antrag der Klägerin auf Einrichtung einer geriatrischen Abteilung an ihrem Krankenhaus ab. Anhand des vorgelegten Antrages sei die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses der Klägerin unter Berücksichtigung des unter Nr. 5.3.1.3 des Krankenhausplans NRW 2015 dargestellten Geriatriekonzepts nicht überprüfbar. Entsprechend der Ausführungen unter Abschnitt ca) des Konzeptes sei in ausgewiesenen Fachabteilungen für Geriatrie ein multiprofessionelles Team vorzuhalten, das strukturell und kommunikativ miteinander verzahnt sei. Dieses Team habe den Mindestmerkmalen der OPS 8.550 entsprechend in der Regel aus ärztlichem Personal, Pflegekräften sowie therapeutischem Personal der Professionen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie zu bestehen. Ergänzend sei ein Sozialdienst vorzuhalten. Dem Antrag seien weder Details zur Zusammensetzung des therapeutischen Teams, noch zu dessen Weiterbildungsstand zu entnehmen; auch nach Aufforderung seien dazu keine Angaben gemacht worden. Über die personellen Strukturen hinaus sehe das Geriatriekonzept mit den Abschnitten ce) und cf) ausdrücklich vor, dass im Rahmen der Etablierung eines geriatrischen Versorgungsverbundes zwischen den beteiligten Einrichtungen Kooperationsvereinbarungen getroffen würden, die Screening- und Assessmentverfahren einschlossen. Diese Organisation sei ausdrücklich Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan und die Teilnahme an der stationären Versorgung. Soweit keine Kooperationsverträge vorgelegt werden könnten, sei zumindest in ähnlich verbindlicher Form die Absicht zur zukünftigen Zusammenarbeit festzuhalten. Der Antrag der Klägerin äußere sich nicht zu den verschiedenen Kooperationen mit den unterschiedlichen Sektorebenen der geriatrischen Versorgung (z.B. Reha-Einrichtungen, Seniorenheime, andere Einrichtungen der ambulanten oder teilstationären Versorgung wie Hospizdienste, Palliativversorgung, die gerontopsychiatrische Behandlung). Lediglich für den Bereich der Zusammenarbeit mit weiteren Akutkrankenhäusern sei die Mitgliedschaft im neu gegründeten „Geriatriischen Versorgungsverbund Mittlerer Niederrhein e.V.“ erwähnt worden. Der vorgelegte Kooperationsvertrag mit der St. J. -Krankenhaus T. GmbH sehe jedoch vor, die in dem Krankenhaus der Klägerin im Rahmen der Screening- und Assessmentverfahren identifizierten Patienten zur stationären geriatrischen Behandlung an das St. J. -Krankenhaus, T. , zu verlegen. Dieser Vertrag diene daher nicht der Etablierung eines geriatrischen Versorgungsverbundes mit dem Krankenhaus der Klägerin als ausgewiesener geriatrischer Fachabteilung.

Mit Bescheid vom 05.01.2015 teilte die Bezirksregierung E der Klägerin mit, dass Fachabteilungen für Geriatrie in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen worden seien und zwar zu Gunsten des Krankenhausträgers B1. L. GmbH (30 Betten) mit Feststellungsbescheid vom 16.12.2014 (Nr. 1616) und zugunsten des Krankenhausträgers Städt. Kliniken O. GmbH ? M. – (30 Betten) mit Feststellungsbescheid vom 04.12.2014 (Nr. 1617). Mit Feststellungsbescheid vom

08.12.2014 (Nr. 1618) reduzierte die Bezirksregierung E die im Krankenhausplan ausgewiesenen Betten der Fachabteilung für Geriatrie der Städtischen Kliniken N. GmbH auf 95 Betten.

Gegen den auf ihre Widersprüche gegen vorgenannte Feststellungsbescheide vom 04.02.2014 ergangenen, zurückweisenden Widerspruchsbescheid der Bezirksregierung E vom 26.07.2016 hat die Klägerin am 25.08.2016 Klage erhoben (Verfahren 21 K 9788/16). 47

Mit Feststellungsbescheid vom 15.12.2016 (Nr. 1706) reduzierte die Bezirksregierung E die im Krankenhausplan ausgewiesenen Betten der Fachabteilung für Innere Medizin der Klägerin von 322 Betten um 27 Betten auf 295 Betten. 48

Gegen den Ablehnungsbescheid vom 17.12.2014 hat die Klägerin am 16.01.2015 Klage erhoben. Zur Begründung führt sie unter Vertiefung ihrer Ausführungen im Verwaltungsverfahren aus: Für die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage sei nicht nur die Klagebefugnis gegeben und die Klagefrist gewahrt, sondern bedürfe es auch keines Vorverfahrens. Unbeschadet der isolierten Zulässigkeit der Klage sei die von ihr erhobene Drittanfechtungsklage 21 K 9788/16 in engem Zusammenhang mit der vorliegenden Hauptsacheklage zu sehen. Die Drittanfechtungsklage flankiere das Hauptbegehren in notwendiger, wenn auch nur vorsorglicher Weise, sollte sie nicht schon alleine deswegen obsiegen, dass weiterhin ein unzureichend gedeckter Bedarf im Umfang der für sie begehrten Betten bestehe. Dann seien die Rechtsmängel der Auswahlentscheidung erheblich, deren Verfolgung der Drittanfechtungsklage bedürfe. Dem Antrag sei stattzugeben gewesen, da auch nach Auffassung des Beklagten eine Unterversorgung im Versorgungsgebiet im Umfang der von ihr beantragten Planaufnahme verbleibe. Insoweit sei verkannt worden, dass eine Auswahlentscheidung entbehrlich sei und es für die Qualitätsanforderungen nicht auf die Kriterien des Landeskrankenhausplanes ankomme. Für das VG 4 sei nach der Hill-Burton-Methode ein Bedarf von 360 Geriatriebetten errechnet worden. Auf der Grundlage von 468 Betten, die von Krankenhäusern in diesem VG insgesamt beantragt worden seien, habe die Bezirksregierung E Wege von Feststellungsbescheiden insgesamt lediglich 319 Betten in den Krankenhausplan aufgenommen. Damit sei der errechnete Bedarf an Betten in dem VG 4 nicht ausgeschöpft worden. Mit den von ihr beantragten 40 Betten könne der errechnete Bettenbedarf im VG 4 ausgeschöpft werden. Die Bedarfsberechnung, die gemäß der Hill-Burton-Formel zu Grunde gelegt worden sei, entspreche allerdings nicht dem maßgeblichen objektiven Bedarf, sondern bleibe vielmehr hinter diesem zurück. Gleiches gelte für das Einzugsgebiet. Bei zutreffender Bedarfsdefinition und zutreffender Definition des Einzugsgebietes lägen die Bedarfe höher und zwar auch im Bereich ihres Einzugsgebietes, so dass auch bei einem engeren Zuschnitt des Versorgungsgebietes eine Auswahlentscheidung ganz oder in Teilen entfalle mit den zuvor aufgezeigten Konsequenzen zu ihren Gunsten. Der Beklagte habe einen gewillkürten Behandlungsbedarf festgelegt und nicht den tatsächlichen Behandlungsbedarf erhoben, der auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse besteht. Der Beklagte habe bereits bei der Erhebung des aktuellen Ist-Bedarfs eine fehlerhafte Prävalenz zugrunde gelegt, indem er die Kohorte der betreffenden Patienten auf diejenigen mit einem chronologischen Alter ab dem vollendeten 75. Lebensjahr eingeschränkt habe. Dies entspreche nicht den aktuellen medizinischen Erkenntnissen, wonach bei Menschen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr spezielle altersmedizinische Behandlungsformen erforderlich und notwendig sein können. Die zu gering angesetzte Prävalenz reduziere die Krankenhaushäufigkeit als Faktor der Hill-Burton-Formel und führe damit bereits auf der Ebene der Ist-Feststellung zu einem zu gering angesetzten Bettenbedarf. Dieser Fehler setze sich bei der Prognose des zukünftigen Bedarfs fort, weil der Beklagte dieser Prognose eine 49

zu geringe Ausgangsbasis des Ist-Bedarfs zu Grunde gelegt habe. Bei der weiteren Regionalisierung des festgestellten Bedarfs führten die zu geringen Werte zu weiteren Verzerrungen. Ebenso unsachlich sei der Verteilungsmaßstab auf der regionalen Ebene nach den Pflgetagen der geriatrischen Fachabteilung, da dies die örtliche Bedarfsnachfrage nicht repräsentativ widerspiegele. Denn geriatrische Leistungen würden auch außerhalb der geriatrischen Fachabteilung erbracht, wie z.B. die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) und von dem Beklagten selbst gewählte Aufgriffskriterien für den geriatrischen Behandlungsbedarf. Insoweit missachte die Bedarfsbestimmung sogar die selbstgesetzten Maßgaben. Schließlich würde die konkrete Verteilung der Betten in den Regionen, denen bereits hochgradig verzerrte Eckpunkte zugrunde lägen, anhand nicht nachvollziehbarer und intransparenter Entscheidungsmaßstäbe vorgenommen. Die aufgezeigten Fehler und Verzerrungen führten zu dem Effekt, dass bereits ein zu geringer nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechender landesweiter Gesamtbedarf festgelegt sei, der dann im nächsten Schritt auch nicht dem tatsächlichen territorialen Bedarf entsprechend verteilt würde. Es sei ein weitaus höherer tatsächlicher Behandlungsbedarf vorhanden als der Plangeber und der Beklagte festgestellt hätten. Schon nach dem bei ihr selbst festzustellenden tatsächlichen Bedarf gehe dieser weit über den ohnehin schon festgestellten ungedeckten Bedarf von 23 Betten hinaus, wie auch der weitere, aber allein entscheidungsbedürftige Bedarf von zusätzlich 17 Betten deutlich überschritten würde. Eine Auswahlentscheidung bedürfe es daher nicht. Ihr Vorbringen sei im Planaufnahmeverfahren verkannt worden. Die Kriterien des Landeskrankenhausplanes seien in einer Weise ausgelegt worden, die darin keine Stütze finde. Außerdem seien im Vergleich zum unmittelbar konkurrierenden Städt. Klinikum N. zweierlei Maßstäbe angelegt worden. Bei zutreffender Auslegung und Anwendung wäre ihr - der Klägerin - der Vorzug im Rahmen einer Auswahlentscheidung einzuräumen gewesen, wenn man eine solche Auswahlentscheidung unzutreffend überhaupt als erforderlich erachte. Im Hinblick auf die zu treffende Auswahlentscheidung liege in dem Unterlassen weiterer Sachverhaltsaufklärung eine Verletzung der Verpflichtung nach § 25 Abs. 1 S. 1 VwVfG NRW vor, die sich ausgewirkt habe. Alle erforderlichen Unterlagen seien vorgelegt worden, die tatsächlich auch nicht hinter den Unterlagen der Konkurrenten zurückgeblieben seien. Dieser Sachstand hätte aufgeklärt werden können mit der Folge einer sachgerechten Auswahlentscheidung. Selbst wenn man tatsächlich einen Mangel hätte annehmen wollen, hätte dieser ebenfalls noch behoben werden können. Denn selbst nach der Auffassung des Beklagten habe es nur an Nachweisen fehlen können, nicht aber an der Erfüllung bzw. Erfüllbarkeit der tatsächlich vom Beklagten aufgestellten Voraussetzungen. Im Hinblick auf den Feststellungsbescheid des Beklagten vom 15.12.2016 (Nr. 1706), mit dem die im Krankenhausplan ausgewiesenen Betten der Fachabteilung für Innere Medizin der Klägerin von 322 Betten um 27 Betten auf 295 Betten reduziert worden sind, begehre die Klägerin nunmehr nicht mehr die Umwidmung von 40 Planbetten der Inneren Medizin, sondern 40 zusätzliche Planbetten für eine Fachabteilung Geriatrie.

Die Klägerin beantragt,

50

den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids der Bezirksregierung E vom 17.12.2014 zu verpflichten, auf ihren Antrag eine Fachabteilung Geriatrie mit zusätzlichen 40 Planbetten in ihrem Krankenhaus auszuweisen; hilfsweise den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids der Bezirksregierung E vom 17.12.2014 zu verpflichten, über ihren Antrag auf Ausweisung einer Fachabteilung Geriatrie mit zusätzlichen 40 Planbetten in ihrem Krankenhaus unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden;

51

52

weiterhin hilfsweise für den Fall, dass das Gericht vorliegend nicht durchentscheiden kann, Sachverständigenbeweis zu der Frage vorzunehmen, ob die Klägerin leistungsfähig im Sinne der sogenannten ersten Stufe einer Planaufnahmeentscheidung für die Behandlung geriatrischer Patienten im Sinne der aus dem Krankenhausbedarfsplan 2015 folgenden Patientenklientel für eine Abteilung Geriatrie ist, also nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft die notwendige Voraussetzung für eine fachgerechte Versorgung erfüllt;des Weiteren, die Daten gemäß den Anlagen 4 und 5 zur Anlage K8 für die Jahre 2015 und 2016 bei der Beklagten anzufordern für Krankenhäuser im Versorgungsgebiet 4;des Weiteren mittels Sachverständigengutachten den Bedarf für Patienten im Sinne des ersten Beweisantrages zu ermitteln im Einzugsbereich der Klägerin, insbesondere unter Berücksichtigung der Daten des Amtsermittlungsantrages und insbesondere nach Maßgabe des Gerichts zur Bedarfsermittlung.

Der Beklagte beantragt,

53

die Klage abzuweisen.

54

Zur Begründung wird vorgetragen:Die Klägerin gehe fehl in der Annahme, sie habe die aus § 1 Abs. 1 KHG abgeleitete notwendige Leistungsfähigkeit für die Versorgung der Bevölkerung mit Leistung einer Fachabteilung für Geriatrie durch die vorgelegten Antragsunterlagen nachgewiesen. Auf die erste Aufforderung zur detaillierten Darstellung der geplanten Fachabteilung für Geriatrie vom 01.10.2013 unter Übersendung eines Erhebungsbogens habe die Klägerin nicht reagiert. Nach erneuter Aufforderung sei der ausgefüllte Erhebungsbogen nebst Anlagen übersandt worden. Es seien jedoch bei weitem nicht alle geforderten Informationen und Nachweise übermittelt worden. Die vorgelegten Daten seien in der Gesamtschau derart lückenhaft, dass eine Prüfung der Leistungsfähigkeit nicht möglich gewesen sei. Die Angaben zum sektorenübergreifenden Versorgungsverbund beschränkten sich auch weiterhin auf einen Kooperationsvertrag mit der St. J. Krankenhaus T. GmbH und der Mitgliedschaft im Geriatriischen Versorgungsverbund Mittlerer Niederrhein e.V. (welcher jedoch keinerlei konkrete Vereinbarungen zu Behandlungspfaden o.ä. treffe, sondern nur als übergeordnete Einrichtung fungiere), Angaben zum therapeutischen Teil des multiprofessionellen Teams hätten ebenso gefehlt. Veranlassung nochmals nachzufragen, habe nicht bestanden, da die fehlenden Daten nicht nur einmal angefordert, sondern das Schreiben vom 13.01.2014 einen ausdrücklichen Hinweis beinhaltet habe, dass fehlende Unterlagen / Informationen zulasten der Klägerin gehen könnten. Auch mit der Klagebegründung seien keinerlei zusätzliche Informationen übermittelt worden, die entscheidenden Daten fehlten weiterhin. Aus diesem Grunde sei die Klägerin als nicht geeignet im Sinne des § 8 Abs. 2 S. 2 KHG anzusehen und daher nicht in die Entscheidung über die zukünftige geriatrische Versorgung im VG 4 einzubeziehen. Soweit in der Anhörung für alle Antragsteller erwähnt worden sei, dass diese über therapeutisches Personal mit geriatrischen relevanten Fortbildungen verfügten, mag dies auch für die Klägerin zu ihrem Vorteil angenommen worden sein, obwohl entsprechende Nachweise nicht vorgelegen hätten.Im Hinblick auf die etwaige hilfsweise Auswahlentscheidung weist der Beklagte auf weitere Aspekte hin:Für die Planung der geriatrischen Versorgung im VG 4 sei zum einen der über die Hill-Burton-Formel ermittelte rechnerische Bedarf zu berücksichtigen, zum anderen die zur Verteilung zur Verfügung stehenden Betten und die tatsächliche Inanspruchnahme der bestehenden Abteilung (beides auch abgebildet in der Regionalisierung). Die Planvorgaben für die Berechnung nach Hill-Burton seien dem Krankenhausplan NRW 2015 Anhang F zu entnehmen. Die Zahl der zu verteilenden geriatrischen Betten im VG 4 sei durch die Planzahlen für den Regierungsbezirk und die darauf basierende Regionalisierung

55

begrenzt. Diese Regionalisierung verteile die für das Land im Krankenhausplan NRW 2015 vorgegebenen Planbettenzahlen für die Fachabteilungen Geriatrie auf die Regierungsbezirke und Gebietskörperschaften anhand der in der Vergangenheit angefallenen Pflage tage der bestehenden geriatrischen Fachabteilung. Für den Regierungsbezirk E sei eine Obergrenze von 1.422 geriatrischen Betten vorgegeben. Für das VG 4 ergäben sich bei der Bedarfsberechnung nach erfolgter Regionalisierung 211 Betten. Eine Orientierung an den so ermittelten Bettenzahlen sei nicht zwingend vorgeschrieben, sie berücksichtige aber Patientenströme aus anderen Gebietskörperschaften, die bei der Berechnung nach der Hill-Burton-Formel nicht einfließen könnten. Da im Kreis W. bisher keine ausgewiesene Fachabteilung Geriatrie existiere, d.h. für die Berechnung keine Pflage tage zur Verfügung stünden, könne hieraus nicht auf den tatsächlichen Bedarf geschlossen werden. Im Ergebnis könnten daher die errechneten Bettenzahlen (einerseits nach Hill-Burton, andererseits nach Regionalisierung) nur als Orientierung dienen. Die von der Klägerin angegebenen Zahlen träfen zum Teil nicht zu. Durch Feststellungsbescheide seien im Dezember 2014 insgesamt 337 Betten ausgewiesen worden. Der nach Hill-Burton berechnete Gesamtbedarf belaufe sich auf 360 Betten. Überdies sei die von der Klägerin festgestellte „Lücke“ nicht zwangsläufig im südlichen Kreis W. verortet, so dass sie auch nicht zwingend dem Einzugsgebiet der Klägerin zuzuordnen sei. Für den Kreis W. habe das beklagte Land 60 Betten ausgewiesen, da über das I. Klinikum L. in der Vergangenheit bereits Patienten aus dem Kreis W. versorgt worden seien. Die Versorgungslücke erstreckte sich hauptsächlich auf den Nord- und Westkreis W.. Die hohe Auslastung des im Norden der Stadt liegenden I. Klinikums L. habe weiteres Handeln in dieser Region notwendig gemacht. Um eine bessere Verteilung und optimale wohnortnahe Versorgung der Einwohner zu gewährleisten, habe sich die Einrichtung einer zweiten geriatrischen Fachabteilung im Süden Ls angeboten, die gleichzeitig die Einwohner der angrenzenden Stadt X. versorgen könne. Eine Ausweisung der vollen 87 Betten, die anhand der Hill-Burton-Formel bestimmt worden sei, sei daher nicht notwendig; abzuziehen seien die nach dieser Berechnungsmethode bestimmte Anzahl der Betten für die Einwohner von X. und Kempen, so dass sich ein Bedarf von 60 Betten für den Kreis W. ergebe. Eine Versorgungslücke könne allenfalls im Kreis O. bestehen. Die nunmehr ausgewiesene Bettenkapazität gewährleiste aber eine umfassende Versorgung durch das Kreiskrankenhaus H., unterstützt durch die Krankenhäuser der B1. L. GmbH sowie die Städt. Kliniken N. GmbH. Die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses der Klägerin unterstellt, wäre diese gleichwohl bei der Ausweisung von geriatrischen Kapazitäten im Rahmen der Auswahlentscheidung nicht zu berücksichtigen. Das vorliegende Planungsverfahren sei darauf ausgerichtet, zukünftig eine wohnortnahe Versorgung für alle Einwohner des VG 4 zu etablieren. Es komme nicht allein darauf an, wie die bisherigen Einzugsgebiete der Leistungserbringer aussähen, insbesondere weil das Fehlen einer wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung des Kreises W. zu Verzerrungen führe. Zudem dürften in der Vergangenheit Patienten zur geriatrischen Weiterbehandlung im Sinne einer gebotenen optimalen Patientenversorgung an die Städt. Kliniken N. überwiesen worden sein. Die Klägerin komme für die Versorgung von im Kreis O. wohnhafter Patienten weniger in Betracht, da nach den von ihr vorgelegten Einzugsgebiete-Statistiken nicht einmal 10 % ihrer gesamten Patienten aus dem Kreis O. stammten. Die Klägerin sei auch nicht geeignet, die Bevölkerung des Nord- und Westkreises in gleicher wohnortnaher Weise wie die St. J. Krankenhaus T. GmbH zu versorgen. Gleiches gelte für die Versorgung der Patienten des nördlichen Rhein-Kreises O.. Die Klägerin habe den geriatrischen Versorgungsverbund als Kernstück des geriatrischen Versorgungskonzeptes nicht ansatzweise dargestellt. Ein Vergleich mit dem Leistungsangebot der übrigen Anbieter und generell eine Prüfung des Angebots der Klägerin sei daher nicht möglich gewesen. Die vorgelegte Kooperationsvereinbarung ziele angesichts

der geregelten „Allokation“ von Patienten darauf ab, diese in N. zu identifizieren und einer geriatrischen Behandlung in W. zuzuführen. Die Mitgliedschaft im Geriatrischen Versorgungsverbund Mittlerer Niederrhein e.V. alleine führe nicht dazu, dass ein konkreter geriatrischer Versorgungsverbund über alle Sektorenebenen erkennbar sei. Hauptzweck des Vereins sei, die Zusammenarbeit der Mitglieder weiterzuentwickeln und abzustimmen; inhaltliche Zusammenarbeit werde nicht geregelt. Nicht die Mitgliedschaft in einem Verein namens „Versorgungsverbund“ führe zur Erfüllung der Voraussetzungen; ein geriatrischer Versorgungsverbund setze sich vielmehr flexibel zusammen aus der Gesamtheit der eingegangenen Kooperationen mit einzelnen Partnern auf allen Sektorenebenen. Zur Überprüfung der Festlegung von Behandlungspfaden, der Vereinbarung von Screening- oder Assessmentaufgaben sowie der finanziellen Vereinbarungen sei die Vorlage konkreter Kooperationsverträge zwischen den einzelnen Leistungserbringern notwendig. Die Angaben der Konkurrenten seien umfangreicher oder zumindest teilweise durch Verträge oder schriftliche Zusagen untermauert. Ergänzend trägt der Beklagte vor, entgegen der Ansicht der Klägerin sei bei der Erhebung des aktuellen Ist-Bedarfs nicht von einer Patientenkohorte bereits ab dem 60. Lebensjahr auszugehen. Der Krankenhausplan NRW 2015 enthalte keine konkreten Berechnungen, wie die Bedarfsfeststellung für das Land NRW zur Geriatrie im Detail erfolgt sei, insbesondere werde nicht dargestellt, ob und wenn ja, welche Altersgrenze im Zweifel zur Bemessung herangezogen worden sei. Vielmehr werde auf die mathematische Trendberechnung verwiesen und werde die sich so ergebende Bettenzahl nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte noch einmal deutlich auf 5.197 Betten erhöht. Es sei daher davon auszugehen, dass die Kriterien der DGG bei der Ermittlung des Bettenbedarfs berücksichtigt worden seien. Im Übrigen sei nicht von einem ungedeckten Bedarf auszugehen angesichts der ausgewiesenen 95 Betten zu Gunsten der Städtischen Kliniken N. sowie den 60 Betten zu Gunsten des St. J. Krankenhauses T. sowie der bestehenden Mitversorgung des Kreises W. durch das I. Klinikum L. und die Alexander L. GmbH.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Gerichtsakte 21 K 9788/16 sowie der beigezogenen Verwaltungsvorgänge des Beklagten. 56

Entscheidungsgründe: 57

I. Die Klage ist sowohl hinsichtlich des Hauptantrages als auch des Hilfsantrages zulässig. Insbesondere ist sie als Verpflichtungsklage (unabhängig von einer flankierenden Anfechtungsklage gegen die Feststellungsbescheide zu Gunsten von Konkurrenzkrankenhäusern, hier 21 K 9788/16) die statthafte Klageart. 58

1. Die Bestimmung der statthafte Klageart richtet sich nach dem erkennbaren Klagebegehren, § 88 VwGO. Grundsätzlich können sich in krankenhausesplanerischen Konkurrenzlagen verschiedene prozessuale Konstellationen ergeben. So ist zunächst denkbar, dass sich ein Konkurrent gegen die Begünstigung eines Dritten wendet, entweder ? sofern er diese Vergünstigung selbst nicht genießt ? um den Dritten wieder unter vergleichbare Marktbedingungen zurückzuzwingen oder ? sofern er selbst diese Vergünstigung genießt ? um deren Exklusivität zu verteidigen. In diesem Fall der sog. negativen Konkurrentenklage ist die Anfechtungsklage gegen die Begünstigung des Dritten die statthafte Klageart. Möglich ist überdies, dass der Konkurrent lediglich seine eigene Begünstigung begehrt, ohne dem Dritten seine Begünstigung nehmen zu wollen. Diese Form der sog. positiven Konkurrentenklage gibt sich letztlich nur dadurch als Konkurrentenklage zu erkennen, dass sie die Klageforderung auf den Anspruch auf Gleichbehandlung mit dem 59

Konkurrenten stützt. Statthafte Klageart ist in diesem Fall die Verpflichtungsklage mit dem Klageziel der eigenen Begünstigung. Denkbar ist schließlich noch eine Verdrängungskonstellation, in der der Konkurrent die Vergünstigung anstelle des bisherigen Begünstigten begehrt. Eine spezifische Klageart zur Erreichung dieses Ziels steht nicht zur Verfügung. Vielmehr bietet sich in diesem Fall eine Kombination aus positiver und negativer Konkurrentenklage dergestalt an, dass einmal im Wege der Verpflichtungsklage die eigene Begünstigung erstrebt wird und gleichzeitig im Wege der Anfechtungsklage die Beseitigung der Begünstigung des Konkurrenten erstritten wird.

Vgl. zu den Konkurrentenklagen im Krankenhausrecht: Rennert, Konkurrentenschutz im Krankenhauswesen, GesR 2008, 344, sowie zur Zulässigkeit der Verpflichtungsklage für das Begehren in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen werden zu wollen: OVG NRW, Urteil vom 19.08.2015 ? 13 A 1725/14 ?, juris. 60

Vorliegender Sachverhalt vermittelt in seiner Gesamtschau die Kombination aus positiver und negativer Konkurrentensituation. Die Klägerin begehrt ihre Berücksichtigung bei der Ausweisung des Gebietes Geriatrie sowie die Einrichtung einer Abteilung Geriatrie mit 40 Betten in ihrem Haus und zwar unabhängig davon, ob auch andere Krankenhäuser berücksichtigt werden. Insoweit trägt sie klagebegründend vor, dass eine Auswahlentscheidung schon deshalb entbehrlich sei und es für die Qualitätsanforderungen nicht auf die Kriterien des Landeskrankenhausplanes ankomme, da der errechnete Bedarf an Betten in dem VG 4 nicht ausgeschöpft worden sei, mithin sie zusätzlich zu anderen Krankenhäusern zu berücksichtigen sei. Nach der herrschenden Rechtsprechung bietet bei Verfahren, die das Begehren der Aufnahme in den Krankenhausplan zum Gegenstand haben, grundsätzlich die Verpflichtungsklage in eigener Sache vollständigen Rechtsschutz, weil mit ihr die Entscheidung der Behörde vollständig zur gerichtlichen Kontrolle steht. Diese gerichtliche Überprüfung wird nicht durch die Existenz eines weiteren an einen Dritten gerichteten Feststellungsbescheides begrenzt. Von dessen rechtlichem Schicksal ist sie unabhängig. 61

Soweit die Klägerin sich gegen die Dritte begünstigenden Bescheide wendet 62

– hier die Feststellungsbescheide vom 08.12.2014 (Nr. 1618), vom 04.12.2014 (Nr. 1617) und vom 16.12.2014 (Nr. 1616) zu Gunsten der Krankenhausträger Städtische Kliniken N. (Reduzierung auf 95 Betten), B1. L. GmbH (30 Betten) und Städt. Kliniken O. GmbH ? M. – (30 Betten) –, 63

kommt in der Verdrängungskonstellation daher lediglich eine Hilfsfunktion zu. Sie soll dem Umstand entgegenwirken, dass die Erfolgsaussichten der eigenen Klage auf Planaufnahme durch den zwischenzeitlichen Vollzug des den Dritten begünstigenden Bescheides faktisch geschmälert werden kann. Diese Gefahr besteht jedoch regelmäßig nur, wenn die Behörde eine Auswahlentscheidung zwischen den Bewerbern getroffen hat. Führt die Verpflichtungsklage lediglich zu einer Neubescheidung, besteht in diesem Fall die Gefahr, dass sich der Begünstigte bis zu diesem Zeitpunkt eine Marktposition verschafft hat, deren Folgen bei der Neubescheidung dann möglicherweise zu berücksichtigen wären, weil die dann gegebene Sach- und Rechtslage einschließlich aller zwischenzeitlich eingetretenen Veränderungen zu berücksichtigen ist. 64

Vgl. BVerwG, Urteil vom 25.09.2008 ? 3 C 35.07 ?, juris, bestätigt durch BVerfG, Beschluss vom 23.04.2009 ? 1 BvR 3405/08 ?, juris, sowie OVG Lüneburg, Beschluss vom 28.04.2014 ? 13 ME 170/13 ?, juris, und Beschluss vom 10.12.2013 ? 13 E ME 168/13 ?, juris; vgl. auch Urteil der Kammer vom 01.07.2016 – 21 K 2483/14 ?, juris. 65

Die im vorliegenden Fall flankierenden Anfechtungsklagen hat die Klägerin gegen die Feststellungsbescheide vom 04.12.2014 (Nr. 1617), 08.12.2014 (Nr. 1618) und vom 16.12.2014 (Nr. 1616) nach Erlass des Widerspruchsbescheids vom 26.07.2016 erhoben und werden im Verfahren 21 K 9788/16 geführt. 66

2.Die Notwendigkeit einer Verbindung der beiden Klagen aus Gründen der Prozessökonomie besteht nicht. Die Klägerin begehrt zunächst überhaupt die Aufnahme ihres Krankenhauses mit einer Fachabteilung für Geriatrie in den Krankenhausplan. Das Verständnis ihres Begehrens ergibt sich insbesondere aus ihrem Vorbringen, mit dem sie umfassend dargelegt hat, dass nach ihrer Auffassung ein über die an den Konkurrenzkrankenhäusern hinausgehender und bislang ungedeckter Bedarf an ihrem eigenen Krankenhaus besteht. Mit diesem Vortrag, mit dem sie sich auf einen Aufnahmeanspruch beruft, gibt sie zunächst zu erkennen, dass sie sich eines Anspruchs unabhängig von der Planposition der Konkurrenten berührt. 67

Vgl. auch: OVG Lüneburg, Beschluss vom 28.04.2014 ? 13 ME 170/13 ?, juris. 68

Zudem stützt sie sich darauf, dass eine Auswahlentscheidung nicht ergangen sei, 69

vgl. OVG NRW, Beschluss vom 12.09.2012 - 13 A 811/12 -, juris, 70

da der angegriffene ablehnende Bescheid vom 17.12.2014 entscheidungstragend darauf gestützt worden sei, dass anhand des von ihr vorgelegten Antrages die Leistungsfähigkeit ihres Krankenhauses unter Berücksichtigung des unter Nr. 5.3.1.3 des Krankenhausplans NRW 2015 dargestellten Geriatriekonzepts nicht überprüfbar gewesen sei. 71

3.Insoweit kommt in vorliegendem Verfahren - anders als im Verfahren 21 K 9788/16 - auch nicht die Beiladung der vorbenannten mutmaßlichen Konkurrenzkrankenhäuser in Betracht. 72

Vgl. auch OVG NW, Beschluss vom 18.12.2015 - 13 E 1169/15 -, vorhergehend: VG Düsseldorf, Beschluss vom 19.10.2015 – 21 K 2483/14 ?. 73

Soweit sie sich gegen eine Ausweisung von Planbetten in einer geriatrischen Fachabteilung anstelle der Konkurrenten wendet, mithin im Verfahren 21 K 9788/16 die Beseitigung der zu Gunsten der Krankenhausträger Städtische Kliniken N. , B1. L. GmbH und Städt. Kliniken O. GmbH ? M. – begehrt, führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Insoweit berührt sie sich in vorliegendem Verfahren eines Anspruchs auf eine nach pflichtgemäßem Ermessen durchzuführende Auswahlentscheidung, der ebenfalls unabhängig von der Planposition der Konkurrenzhäuser besteht. Die Herausnahme der Konkurrenten aus dem Krankenhausplan wäre dann eine mittelbare Folge der Erfüllung dieses Anspruchs, wenn eine Auswahlentscheidung zu Lasten der Konkurrenten zu treffen wäre. Die Anfechtung der Feststellungsbescheide zu Gunsten vorbenannter Konkurrenzkrankenhäuser ist auch nicht erforderlich, um das Klageziel zu erreichen. Weder ein Erfolg des Hauptantrages noch ein Erfolg des Hilfsantrages haben unmittelbare rechtliche Auswirkungen auf die Planposition der Konkurrenzkrankenhäuser. Es stellt keine notwendige Voraussetzung für die Zuerkennung der vorliegend begehrten Ansprüche dar, dass die entsprechende Bettenzahl zuvor an den Konkurrenzkrankenhäusern reduziert wurde. Auch steht die vorhandene Ausweisung einer zusätzlichen Ausweisung zu Gunsten der Klägerin nicht entgegen. 74

II.Die Klage ist sowohl hinsichtlich des mit dem Hauptantrag verfolgten Verpflichtungsbegehrens als auch hinsichtlich des Bescheidungsbegehrens unbegründet. Die Klägerin hat weder einen Anspruch auf Verpflichtung des Beklagten, zu ihren Gunsten eine 75

Fachabteilung Geriatrie mit zusätzlichen 40 Planbetten in ihrem Krankenhaus auszuweisen, noch einen Anspruch, über ihren Antrag auf Ausweisung einer Fachabteilung Geriatrie mit zusätzlichen 40 Planbetten in ihrem Krankenhaus unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden (§ 113 Abs. 1, Abs. 5 VwGO).

1.Die Bezirksregierung E ist für den Erlass des begehrten Feststellungsbescheides über die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan gemäß § 35 KHGG NRW i.V.m. § 1 Abs. 1 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens des Landes Nordrhein-Westfalen (KHZVV) sachlich und örtlich zuständig und somit passivlegitimiert. 76

2.Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Verpflichtung des Beklagten, die Aufnahme ihres Krankenhauses mit einer Fachabteilung Geriatrie mit zusätzlichen 40 Planbetten in den Krankenhausplan festzustellen. 77

a)Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Aufnahme in den Krankenhausplan sind die §§ 1, 6, 8 Abs. 1 und Abs. 2 KHG i.V.m. Art. 12 Abs. 1 Satz 1, Art. 19 Abs. 3 GG. In materieller Hinsicht setzt ein Erfolg des Verpflichtungsbegehrens voraus, dass die Klägerin in dem für die rechtliche Beurteilung maßgeblichen Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung, 78

vgl. zum maßgeblichen Zeitpunkt der Entscheidung BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 ? 3 C 67/85 ?, NJW 1987, 2318, = juris, 79

einen entsprechenden Anspruch gegen den Beklagten hat. Diese Voraussetzung ist einmal dann erfüllt, wenn der Klägerin bereits im Zeitpunkt der Entscheidung des Beklagten über die Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan in seiner damaligen Fassung ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan oder auf Neubescheidung zustand und sie diesen Anspruch nicht durch eine zwischenzeitliche Veränderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse verloren hat. Sie ist aber auch dann erfüllt, wenn die Klägerin zwar im Zeitpunkt der Entscheidung des Beklagten (noch) keinen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme oder Neubescheidung hatte, jedoch einen solchen Anspruch danach infolge einer zwischenzeitlichen Veränderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse erlangt hat. 80

So BVerwG, Urteile vom 26.03.1981 ? 3 C 134/79 ?, juris, und vom 18.12.1986 ? 3 C 67/85 ?, NJW 1987, 2318 sowie hinsichtlich einer nachträglichen Entstehung des Anspruchs BVerwG, Urteil vom 30.04.1981 ? 3 C 135/79 ?, juris. 81

Maßgeblicher Krankenhausplan ist vorliegend der am 23.07.2013 in Kraft getretene Krankenhausplan NRW 2015. 82

<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1617>; <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/pageflip/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1483#/auto-pages>. 83

Dem steht nicht entgegen, dass dieser zu dem Zeitpunkt, als die Klägerin das regionale Planungsverfahren eingeleitet hat (Schreiben der Klägerin vom 03.06.2013 an die Landesverbände der Krankenkassen und den Verband der Ersatzkassen NRW), noch nicht in Kraft getreten war. Ausweislich vorgenannter Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts kommt es insoweit auf den Zeitpunkt der Entscheidung des 84

Beklagten an. Zu diesem Zeitpunkt, am 17.12.2014, war der Krankenhausplan NRW 2015 bereits in Kraft getreten.

Der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch bestand weder zum Zeitpunkt der Entscheidung des Beklagten noch ist ein solcher im Laufe des Drittwiderspruchsverfahrens gegen die Feststellungsbescheide Nrn. 1616, 1617 und 1618 oder in vorliegendem verwaltungsgerichtlichen Verfahren entstanden. 85

Das der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes zugrunde liegende Verwaltungsverfahren gliedert sich in zwei Entscheidungsstufen: 86

Auf der ersten Stufe kommt es gemäß § 1 Abs. 1 KHG darauf an, welche vorhandenen Krankenhäuser für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen in Betracht kommen. Bei der Beurteilung dieser Kriterien steht der zuständigen Landesbehörde kein Entscheidungsspielraum zu. 87

BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 ? 3 C 67/85 ?, juris. 88

Auf der zweiten Stufe wird dem einzelnen Krankenhaus gegenüber festgestellt, ob es in den Krankenhausplan aufgenommen wird oder nicht (§ 8 KHG). Die Feststellung ergeht durch Bescheid (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHG, § 16 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW). Soweit die Zahl der in den Krankenhäusern vorhandenen Betten den Bedarf übersteigt, ergibt sich auf der zweiten Entscheidungsstufe die Notwendigkeit einer Auswahl zwischen den in Betracht kommenden Krankenhäusern. Erst bei der Frage, welches von mehreren in gleicher Weise bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich betriebenen Krankenhäusern im Rahmen einer Auswahlentscheidung in den Plan aufgenommen wird, besteht ein behördlicher Ermessensspielraum (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG). 89

BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 ? 3 C 67/85 ?, juris; OVG NRW, Beschluss vom 25.01.2011 ? 13 B 1712/10 ?, juris; VG Düsseldorf, Beschluss vom 28.05.2015 ? 13 L 429/15 ?, juris. 90

Gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG haben Krankenhäuser nach Maßgabe des KHG Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind. Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht (§ 8 Abs. 2 Satz 1 KHG). 91

In der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist anerkannt, dass es einen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan aufgrund verfassungskonformer Auslegung geben kann. Danach darf einem Krankenhausträger, der sich für seine Tätigkeit auf Art. 12 Abs. 1 GG berufen kann, die Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan nur versagt werden, wenn hierfür gesetzlich bestimmte Gründe vorliegen. Das Bundesverwaltungsgericht hat aus § 1 Abs. 1, § 8 Abs. 2 KHG gefolgert, dass ein Krankenhausträger dann einen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan hat, wenn das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet (bedarfsgerecht) und leistungsfähig ist, wirtschaftlich arbeitet und wenn die Zahl der verfügbaren Betten in den geeigneten Krankenhäusern die Zahl der benötigten Betten nicht übersteigt. 92

So ausdrücklich BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 ? 3 C 17/10 – juris, mit Verweis auf BVerwG, Urteile vom 18.12.1986 ? 3 C 67.85 ?, NJW 1987, 2318, und vom 25.09.2008 ? 3 C 35.07 ?, BVerwGE 132, 64 sowie BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990 ? 1 BvR 355/86 ?, BVerfGE 82, 209, 222 ff. = juris. 93

Ob der Beklagte eine zum Zeitpunkt seiner Entscheidung ordnungsgemäße Bedarfsanalyse durchgeführt hat (1. Stufe: Feststellung der Bedarfsgerechtigkeit) und ob ? sofern dies nicht der Fall sein sollte ? das Gericht verpflichtet wäre, eine solche Bedarfsanalyse in eigener Zuständigkeit durchzuführen,	94
vgl. Verpflichtung des Gerichts, bei fehlerhafter Bedarfsanalyse eine eigene Bedarfsanalyse durchzuführen, verneint: OVG NRW, Urteil vom 19.08.2015 ? 13 A 1725/14 ?, juris; VG Düsseldorf, Urteil vom 23.05.2014 ? 13 K 2618/13 ?, juris, mit Verweis auf BVerwG, Urteil vom 07.03.1995 ? 9 C 264.94 ?, juris, und m.w.N.; vgl. auch BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990 ? 1 BvR 355/86 -, juris, wonach die Ermittlung des gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfs an Krankenhausleistungen Bedarfskriterien voraussetzen soll, die ihrerseits eine Zielplanung voraussetzen und die sachgerecht nur im Rahmen eines planerischen Gestaltungsspielraums verwirklicht werden könnten; anderer Ansicht BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 ? 3 C 67/85 ?, NJW 1987, 2318, 2321 = juris,	95
kann dahinstehen. Jedenfalls scheitert der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch auf der ersten Stufe der Prüfung, da es der Klägerin nicht gelungen ist, die Leistungsfähigkeit ihres Krankenhauses hinreichend darzutun.	96
b)Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses gilt nach ständiger Rechtsprechung,	97
vgl. nur OVG NRW, Beschlüsse vom 13.10.2015 - 13 B 839/15 -, und vom 03.06.2014 ? 13 A 2508/13 ?, www.nrwe.de und juris,	98
dass ein Krankenhaus im Grundsatz dann leistungsfähig ist, wenn sein Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind, und wenn das Krankenhaus die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung besitzt.	99
Vgl. BVerwG, Urteile vom 18.12.1986 - 3 C 67.85 -, juris, und vom 16.01.1986 ? 3 C 37.83 -, juris; OVG NRW, Beschluss vom 03.06.2014 - 13 A 2508/13 -, juris.	100
Das Maß der erforderlichen Versorgung bestimmt sich nach der Art der Versorgung, der das Krankenhaus dienen soll.	101
Vgl. BVerwG, Urteile vom 25.03.1993 - 3 C 69.90 -, DVBl 1993, 1218 = juris, vom 18.12.1986 ? 3 C 67.85 -, NJW 1987, 2318 = juris; OVG NRW, Beschluss vom 22.09.2010 - 13 A 2146/09 -, juris, vom 22.01.2009 - 13 A 2578/08 -, juris; Stollmann, in: Huster / Kaltenborn, 2010, Krankenhausrecht, § 4 Rn. 47 ff.	102
Im Fall eines erst geplanten Krankenhauses oder einer konzipierten Fachabteilung müssen hinreichend konkretisierte Pläne vorgelegt werden, aus denen sich insbesondere die Zahl der zu beschäftigenden Fachärzte und anderen Ärzte im Verhältnis zur geplanten Bettenzahl und die weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung ergeben, wobei die abschließende Klärung von Einzelfragen noch ausstehen kann.	103
Vgl. OVG Bad-Württ., Urteil vom 16.04.2015 - 10 S 100/13 -, juris; Nds. OVG, Beschluss vom 02.07.2015 -13 LA 10/15 -, juris.	104
Ferner muss der Krankenhausträger nachweisen, dass er die Gewähr für die Dauerhaftigkeit der zu erbringenden angebotenen pflegerischen und ärztlichen Leistungen bietet.	105

Vgl. OVG Bad-Württ., Urteil vom 16.04.2015 - 10 S 100/13 -, juris; Nds. OVG, Urteil vom 03.02.2011 ? 13 LC 125/08 -, juris.	106
An diesen Voraussetzungen fehlt es im Falle der Klägerin, die beabsichtigt, die im Krankenhausplan NRW 2015 umschriebenen Anforderungen für ein Krankenhaus der benannten Art der Versorgung sicherzustellen, ohne dies hinreichend nachzuweisen. Hinreichend konkretisierte Pläne sind nicht vorgelegt worden; insoweit ist nicht nachvollziehbar, ob die Klägerin Gewähr für die Dauerhaftigkeit der zu erbringenden angebotenen pflegerischen und ärztlichen Leistungen bieten wird. Dies gilt insbesondere mit Blick auf den Nachweis der dauerhaften Beteiligung an einem über die stationären Strukturen hinausgehenden geriatrischen Versorgungsverbund.	107
Das Fachgebiet Geriatrie wird im Krankenhausplan NRW 2015 besonders ausgewiesen und in der Fachabteilungssystematik (Anhang F) erfasst. Unter Nr. 5.3.1 des Krankenhausplanes heißt es zunächst darstellend:	108
5.3.1.1 Angebot 2010Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Bereich der Geriatrie 4.035 Betten zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 77 Abteilungen. In 48 Kreisen bzw. jeder kreisfreien Stadt war mindestens eine Abteilung vorhanden.	109
5.3.1.2 Bedarfsprognose 2015Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung steigt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf um 13,3 % auf 4.653 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein höherer Bedarf von insgesamt 5.197 Betten als realistisch angesehen.	110
Durch das unter Nr. 5.3.1.3 („Versorgungsziel“) dargestellte Strukturkonzept Geriatrie soll die stationäre Versorgung umfassend sichergestellt werden. Das Strukturkonzept Geriatrie wird getragen von dem Ziel der Verbesserung der geriatrischen Versorgung (Nr. 5.3.1.3.a). Nach Darstellung der Ausgangslage (Nr. 5.3.1.3.b) wird die Strukturqualität geriatrischer Angebote vorgegeben (Nr. 5.3.1.3.c), insbesondere im Zusammenhang	111
- mit personellen Strukturen (Abschnitt ca),- mit der räumlichen Ausstattung (Abschnitt cb),- mit der Prozessqualität (Abschnitt cc),- mit der Qualitätssicherung geriatrischer Einrichtungen (Abschnitt cd),- mit geriatrischem Versorgungsverbund (Abschnitt ce),- mit dem stationären Bereich (Abschnitt cf),- mit Screenings (Abschnitt cg),- mit Assessments (Abschnitt ch),- mit der Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund (Abschnitt ci),- mit dem ambulanten Bereich (Abschnitt cj)- und mit der Vereinbarung regionaler Planungskonzepte (Abschnitt ck).	112
Zu den Rahmenbedingungen der Leistungsfähigkeit für die Anerkennung von Behandlungseinheiten im Rahmen einer geriatrischen Versorgung weist der Krankenhausplan NRW 2015 besonders folgende Maßnahmen aus:	113
Abschnitt ca) ? personelle Strukturen ?Die Leitung einer im Plan aufgenommenen Geriatrie muss durch eine/n in der Geriatrie erfahrene/n Ärztin/Arzt erfolgen. Eine abgeschlossene Weiterbildung mit der Zusatzbezeichnung oder die fakultative Weiterbildung Geriatrie bzw. eine andere durch die ärztlichen Weiterbildungsordnungen definierte geriatrische Qualifikation ist erforderlich. Die stellvertretende ärztliche Leitung soll ebenfalls über diese Qualifikation verfügen.Je nach individueller gesundheitlicher Situation bedürfen geriatrische Patientinnen und Patienten in besonderem Maße einer auf ihre Bedürfnisse und Erfordernisse zugeschnittenen qualifizierten medizinischen Versorgung.Dazu halten	114

anerkannte Geriatrien ein multiprofessionelles geriatrisches Team vor, das strukturell und kommunikativ miteinander verzahnt ist. Dieses Team besteht den Mindestmerkmalen der OPS 8?550 entsprechend in der Regel aus ärztlichem Personal, Pflegekräften, Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialdienst. Die Leitung hat ein/e in der Geriatrie erfahrene/r Ärztin/Arzt. Eine geriatrische Qualifikation und die Qualifizierung der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind wichtig. Die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten soll durch Personal erfolgen, dass kontinuierlich durch Aus-, Fort-, und Weiterbildung auf dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse steht und den medizinischen Fortschritt in Ausübung seiner Tätigkeiten berücksichtigt, § 2 Abs. 1 S. 1 SGB V. Ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal benötigen ausreichend Gelegenheit, sich die für eine adäquate Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten erforderlichen Kenntnisse anzueignen und kontinuierlich zu aktualisieren. Für Fachärztinnen und Fachärzte sowie für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gelten dabei die „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“.

Abschnitt ce) ? geriatrischer Versorgungsverbund ? Die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten erfordern über die stationären Strukturen hinaus eine intensive Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen, die den ambulanten Bereich einschließen. Der Verbund koordiniert die Versorgungskompetenzen und -strukturen und strebt auf diesem Weg die Überwindung der Sektorgrenzen an. 115

Abschnitten cf) ? stationärer Bereich ? Der Krankenhausrahmenplan setzt als allgemeine Anforderung an alle Plankrankenhäuser voraus, dass Screening- und Assessmentverfahren zur Identifikation geriatrischer Versorgungsbedarfe angewendet werden. Über die Teilnahme an einem Geriatrischen Versorgungsverbund werden zwischen den beteiligten Einrichtungen Kooperationsvereinbarungen getroffen, die Screening- und Assessmentverfahren einschließen. Diese Organisation ist Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan und die Teilnahme an der stationären Versorgung in diesem Leistungsbereich. 116

Unter Orientierung an diesen Rahmenbedingungen begegnet es keinen rechtlich durchgreifenden Bedenken, dass die Bezirksregierung E die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses der Klägerin als nicht nachgewiesen angesehen hat. 117

Dabei setzt der Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan nicht die Übereinstimmung des Aufnahmebegehrens mit dem Krankenhausplan (hier dem Krankenhausplan 2015) voraus. Als Planungsinstrument und reines Binnenrecht mag der Krankenhausplan Indiz für einen bestehenden Bedarf sein, er kann aber nicht die Anspruchsvoraussetzungen festlegen. Das bedeutet, dass ein Anspruch auf Planaufnahme in Abweichung des Krankenhausplans erlaubt oder auch geboten sein kann. 118

Dazu VG Düsseldorf, Urteil vom 23.05.2014 ? 13 K 2618/13 ?, juris; Rennert, Planung und Planvollzug im Krankenhausrecht, DVBl. 2010, 936. 119

Ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan unabhängig von einer Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan setzt voraus, dass die gesetzlichen Grundlagen hierfür erfüllt sind. Diese ergeben sich aus den §§ 1, 6 Abs. 1 und 2 sowie 8 Abs. 1 und 2 KHG. 120

Auf dieser Grundlage weist der angegriffene Bescheid zutreffend darauf hin, dass die Klägerin nicht hinreichend dargestellt hat, wie die Voraussetzungen des Abschnitts ca) ? personelle Strukturen ? und des Abschnitts ce) – Geriatriischer Versorgungsverbund ? des Versorgungskonzeptes erfüllt werden. Dabei legt der Krankenhausplan die Voraussetzungen der erforderlichen Leistungsfähigkeit nicht verbindlich fest, sondern umschreibt lediglich die Anforderungen, die ohnehin nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus mit einer Fachabteilung Geriatrie zu stellen sind. 122

Dem Antrag sind ? auch nach hinreichender Aufforderung im Verwaltungsverfahren ? weder Details zur Zusammensetzung des therapeutischen Teams, noch zu dessen Weiterbildungsstand oder dem Aufbau eines Geriatriischen Versorgungsverbundes zu entnehmen. Auch dem im Drittwiderspruchsverfahren vorgelegten Konzept 123

? Konzept zur Errichtung einer Hauptabteilung Geriatrie in der Kliniken N1. Hilf GmbH im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplanes NRW 2015 mit dem Ziel der Errichtung eines „Netzwerkes für Altersmedizin und Pflege“ im Kreis W. und der Stadt N. vom 18.12.2015 ? 124

sind derartige Nachweise zur personellen Umsetzung oder Planung einer personellen Umsetzung insbesondere im Bereich des Pflegepersonals und therapeutischen Dienstes weiterhin nicht beigelegt worden. 125

Der Beklagte stellt insoweit keine überzogenen Forderungen auf, sondern orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben. Die aus § 1 Abs. 1 KHG abgeleitete notwendige Leistungsfähigkeit für die Versorgung der Bevölkerung bestimmt sich durch die Aufgabenstellung des Krankenhauses und diese ergibt sich aus dem Krankenhausplan. Dabei ist hier nicht allein darauf abzustellen, dass die Klägerin leistungsfähig im Sinne der Erbringung geriatrischer Medizin allgemein ist. Dies wurde von dem Beklagten nicht in Abrede gestellt; zutreffend wurde deshalb auch zu verschiedenen Zeiten im Verwaltungs- und verwaltungsgerichtlichen Verfahren darauf hingewiesen, dass die Klägerin berechtigt ist, in den einzelnen Fachabteilungen wie z.B. Inneres, Chirurgie usw. geriatrische Leistungen zu erbringen. Davon zu unterscheiden sind die Erfordernisse der Leistungsfähigkeit für den Aufbau einer Fachabteilung für Geriatrie. Es hat eine Prüfung zu erfolgen, ob das Krankenhaus dauerhaft in der Lage sein wird, die Behandlung von Patienten nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und dem Auftrag aus dem zukünftigen Feststellungsbescheid, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen werden will, an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen ist, zu gewährleisten. In die Prüfung wird einbezogen, ob die dazu notwendigen sächlichen (apparativen und räumlichen) Ausstattungen und personellen (medizinische und pflegerische Angebote) in ausreichender Qualität und Quantität wirtschaftlich vorgehalten werden und den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden bzw. sichergestellt ist, dass dies zukünftig so sein wird. 126

Der Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass derartige Planungen zum Zwecke der Darstellung der Leistungsfähigkeit nachzuweisen sind und es erst im Anschluss daran gegebenenfalls zu einer Auswahlentscheidung aus einem Kreis mehrerer leistungsfähiger Bewerber kommt. Allerdings geht er fehl in der Annahme, dass die grundlegenden Anforderungen, die gerade der Krankenhausplan 2015 stellt, auch erfüllt sein müssen. Vielmehr ist das Leistungsangebot nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft betreffend ein Krankenhaus dieser Art einschließlich der notwendigen Ausstattung in personeller, räumlicher und medizinisch-technischer Hinsicht anhand hinreichend konkreter 127

Pläne zu beurteilen. Dabei spielt zwar das Verhältnis des fachärztlichen Personals im Verhältnis zu den Planbetten eine besondere Rolle sowie die Feststellung der Gewähr für die Dauerhaftigkeit des Leistungsangebotes. Aber darüber hinaus stellt der Krankenhausplan 2015 unter Nr. 5.3.1.3 („Versorgungsziel“) ein Strukturkonzept Geriatrie auf und hält sich damit im Rahmen der anerkannten „Empfehlungen für die Klinisch-Geriatriische Behandlung“.	
H. P. Meier-Baumgartner, G. Hain, P. Oster, E. Steinhagen-Thiessen, W. Vogel, hrsg. von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., 2. Auflage 1998, vgl. http://www.bv-geriatrie.de/images/INHALTE/Verband/98_Broschuere_Empfehlungen_KGB.pdf .	128
Die dort zusammengefassten Voraussetzungen für eine erfolgreiche geriatriische Fachausrichtung ? insbesondere mit Blick auf einen umfassenden geriatriischen Versorgungsverbund ? werden auch jüngst noch wissenschaftlich bestätigt. So weist der Bundesverband Geriatrie e.V. unter Bezugnahme auf eine Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS), Kopenhagen, verabschiedet am 06.09.2008, zum geriatriischen Patienten,	129
vgl. Weißbuch Geriatrie, Band I: Die Versorgung geriatriischer Patienten - Strukturen und Bedarf, hrsg. vom Bundesverband Geriatrie e.V., 3. Aufl. 2016, S. 13-14, 41,	130
auf Folgendes hin:	131
„Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung. Geriatriische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.“	132
Unter anderem auch auf dieser Grundlage wird die Schlussfolgerung gezogen:	133
„Die demografische Entwicklung und der zunehmende geriatriische Versorgungsbedarf werden im nächsten Jahrzehnt eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen sein. Hierauf allein mit dem Ausbau an stationären Versorgungskapazitäten im akut medizinischen und rehabilitativen Bereich zu reagieren, reicht aus sozialen und ökonomischen Aspekten nicht aus. Vielmehr sind sektorenübergreifende Versorgungsmodelle wie der Geriatriische Versorgungsverbund weiterzuentwickeln, die dem komplexen Behandlungsbedarf geriatriischer Patienten gerecht werden und hierfür die beteiligten Sektoren bis in die häusliche Versorgung hinein miteinander vernetzen. Nur so wird man dem älteren und durch Krankheit beeinträchtigten Menschen den Anspruch auf Lebensqualität, Selbstbestimmtheit der Lebensführung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben seiner individuellen Situation entsprechend ermöglichen und auf Dauer den Ausbau stationärer Kapazitäten auf das erforderliche Maß begrenzen können.“	134
Dabei handelt es sich nicht erst um Äußerungen der medizinischen Wissenschaft aus jüngster Zeit.	135
Vgl. zur historischen Entwicklung: Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatriischer Patienten: Strukturen und Bedarf - Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH, hrsg. vom	136

Spätestens seit Veröffentlichung des „Weißbuch Geriatrie“ im Jahre 2010 fand die Verknüpfung geriatrischer Medizin mit der Notwendigkeit des Aufbaus weitergehender geriatrischer Versorgungsverbünde umfassendes Gehör in der medizinischen Wissenschaft. 137

Vgl. nur: Lübke, in: KCG-Expertenforum 2010. Ergebnisdokumentation, S. 6, 10, 70 f.: Geriatrischer Versorgungsverbund als Modell künftiger geriatrischer Versorgungsstrukturen; regionale Vernetzung der Versorgungsangebote; geriatrische Leistungserbringung nicht zwingend an geriatrische Fachabteilungen geknüpft, sondern mit dem spezifischen Versorgungsspektrum in ein Gesamtkonzept neu eingeordnet; Einbeziehung des „ambulanten geriatrischen Unterbaus“ in die geriatrische Versorgungskonzeption; van den Heuvel, in: KCG-Expertenforum 2010. Ergebnisdokumentation, S. 12, 14; Wersich, in: KCG-Expertenforum 2010. Ergebnisdokumentation, S. 16, 17: Verknüpfung mit der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in regionalen Netzwerken (Sozialraumbezug). 138

Aufgrund der derart bestimmten Kriterien zur Festlegung des Begriffs Leistungsfähigkeit nach § 1 Abs. 1 KHG, § 12 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW im Rahmen des Aufbaus einer Fachabteilung für Geriatrie nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft sieht die Kammer keine Notwendigkeit, dem hilfsweise gestellten Beweisantrag der Klägerin nachzugehen und Sachverständigenbeweis zu der Frage zu erheben, ob die Klägerin leistungsfähig im Sinne des aus dem Krankenhausplan 2015 folgenden Patientenkontingents für eine Abteilung Geriatrie ist; die Kammer hält den Rechtsstreit vielmehr für entscheidungsreif. 139

Unter Heranziehung der vorbenannten Grundsätze wendet sich die Klägerin nicht erfolgreich gegen die Auffassung des Beklagten, der Antrag äußere sich nicht zu Kooperationen mit den unterschiedlichen Sektorebenen der geriatrischen Versorgung (z.B. Reha-Einrichtungen, Seniorenheime, andere Einrichtungen der ambulanten oder teilstationären Versorgung wie Hospizdienste, Palliativversorgung, die gerontopsychiatrische Behandlung); lediglich für den Bereich der Zusammenarbeit mit weiteren Akutkrankenhäusern sei die Mitgliedschaft im neu gegründeten „Geriatrischen Versorgungsverbund Mittlerer Niederrhein e.V.“ erwähnt worden. Damit ist aber lediglich eine unterstützende - durchaus hilfreiche, aber nicht ausreichende - Interessengemeinschaft dokumentiert. Dies ergibt sich schon aus der vorgelegten Satzung des Geriatrischen Versorgungsverbundes Mittlerer Niederrhein e.V. Nach § 2 Nr. 1 der Satzung hat der Verein den Zweck, sich für ein bedarfsgerechtes Behandlungs- und Hilfsangebot für multimorbide alte Patienten einzusetzen, das den Grundsätzen der Krankenhausrahmenplanung des Landes NRW für die geriatrische und gerontopsychiatrische Versorgung in seiner aktuellen Fassung entspricht. Hierzu ist es auch der Zweck des Vereins, unter seinen Mitgliedern Behandlungsstandards und -abläufe in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu regeln und zu vernetzen. Die Verwirklichung dieser Ziele erfolgt durch die besondere Mitwirkungspflicht der Mitglieder in den Arbeitsgremien des Vereins. Nach § 9 Abs. 2 der Satzung soll der Vorstand des Vereins sicherstellen, dass z.B. Lenkungskreise, Qualitätszirkel (Arbeitskreise) und regionale Netzwerkkonferenzen aufgebaut werden. Auf operativer Ebene werden dadurch aber keine konkreten Kooperationen mit den unterschiedlichen Sektorebenen der geriatrischen Versorgung (z.B. Reha-Einrichtungen, Seniorenheime, andere Einrichtungen der ambulanten oder teilstationären Versorgung wie Hospizdienste, Palliativversorgung, die gerontopsychiatrische Behandlung) vereinbart oder eine konkrete Festlegung funktionaler Arbeitsteilung umschrieben. 140

Zwar kann die Klägerin die Anwendung von Screening- und Assessmentverfahren zur Identifikation geriatrischer Versorgungsbedarfe nachweisen. Die damit in Verbindung 141

stehende Zusammenarbeit mit dem St. J. -Krankenhaus, T. , führt aber nicht zu ihren Gunsten - gewissermaßen ersatzweise - zu dem in Abschnitt ce) umschriebenen (inhaltlich-operativen) geriatrischen Versorgungsverbund. Der Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass diese Kooperation gerade nicht zu einer Intensivierung des eigenen geriatrischen Behandlungsansatzes im Krankenhaus der Klägerin führt, sondern es im Gegensatz dazu bei festgestelltem geriatrischem Behandlungsbedarf zu einer Verlegung der Patienten in das Krankenhaus des Kooperationspartners kommt. Der vorgelegte (Kooperations-) Vertrag mit der St. J. -Krankenhaus T. GmbH sieht ausdrücklich vor, die in dem Krankenhaus der Klägerin im Rahmen der Screening- und Assessmentverfahren identifizierten Patienten zur stationären geriatrischen Behandlung an das St. J. -Krankenhaus, T. , zu verlegen. Dieser Vertrag dient daher nicht der Etablierung eines geriatrischen Versorgungsverbundes mit dem Krankenhaus der Klägerin mit (möglicherweise zukünftig) ausgewiesener geriatrischer Fachabteilung, sondern drängt eine etwaige Leistungsfähigkeit im Sinne einer „Allokation“ von Patienten ab. Insoweit ist es - entgegen der Auffassung der Klägerin - gerade nicht erstaunlich, dass das gemeinsam mit dem St. J. -Krankenhaus, T. , erarbeitete Konzept in dem einen Fall sehr positiv beurteilt worden ist, während das identische Konzept im Falle ihres Krankenhauses als unzureichend dargestellt wird, da die „Allokation“ der Patienten auf der Grundlage des geriatrischen Versorgungsverbundes und des in diesem Zusammenhang stehenden Kooperationsvertrages vom Krankenhaus der Klägerin hin zum St. J. -Krankenhaus, T. , einseitig zur dortigen Aufnahme in einer nach den Kriterien der Leistungsfähigkeit darstellbaren Fachabteilung für Geriatrie führen könnte.

Da das Begehren der Klägerin bereits an der fehlenden Leistungsfähigkeit nach § 1 Abs. 1 142 KHG, § 12 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW scheitert, kommt es auf die Frage der Feststellung des Bedarfs nicht mehr an. Aufgrund dessen brauchte die Kammer über die weitergehend hilfsweise gestellten Beweisanträge der Klägerin nicht mehr zu befinden.

c)Nebenbei bemerkt weist die Kammer im Hinblick auf das umfangreiche Vorbringen der 143 Klägerin zur Frage des notwendigen Bedarfs sowie der von der Planbehörde zu treffenden Auswahlentscheidung vorsorglich auf Folgendes hin:

Die erforderliche ? aber hier vom Beklagten mangels Leistungsfähigkeit der Klägerin im 144 angegriffenen Bescheid nicht schriftlich niedergelegte ? Ermessensentscheidung (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG) wäre gerichtlich eingeschränkt daraufhin überprüfbar, ob die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten sind oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht worden ist (§ 114 Satz 1 VwGO). Insoweit würde das Vorbringen der Klägerin aber nicht zu der Annahme führen, der angegriffene Feststellungsbescheid sei wegen eines (unterstellten) Ermessensfehlers rechtswidrig, weil die Auswahlentscheidung des Beklagten zu ihren Gunsten hätte ausfallen müssen. Es würde weder dazu führen, dass das Ermessen des Beklagten hinsichtlich der Auswahl im Sinne der Klägerin auf Null reduziert wäre, noch würde es zum Anspruch auf Neubescheidung führen.

Die Klägerin macht geltend, in ihrem Hause lägen teilweise deutlich höhere bzw. zahlreichere 145 persönliche Qualifikationen vor als bei Antragstellern mit positivem Votum, bei denen reine Absichtserklärungen positiv bewertet würden, was im Übrigen auch für dort noch abzuschließende Kooperationsverträge gelte.

Das Vorbringen des Angebots einer qualitativ besseren Versorgung der geriatrischen 146 Patienten würde der Klage (jedenfalls in Konkurrenz zu den Krankenhäusern der B1. L. GmbH und der Städt. Kliniken O. GmbH ? M. -) wohl nicht zum Erfolg

verhelfen.

Zur Frage der Beurteilung von Ermessenskriterien im Zusammenhang mit der Aufnahme in den Krankenhausplan mit einer Fachabteilung Geriatrie VG 4 hält die Kammer an ihrer bisherigen Rechtsprechung, 147

VG Düsseldorf, Beschlüsse vom 21.09.2015 - 21 L 1470/15 - und - 21 L 1471/15 -, beide www.nrwe.de und juris, 148

fest, dass das Kriterium der Wohnortnähe bzw. ortsnahe Versorgung, wie es sich aus den §§ 1 Abs. 1 und 12 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW erschließt, ein wesentliches Kriterium der Krankenhausplanung und damit ein zulässiges Auswahlkriterium darstellt. Dass die Krankenhausplanung der Wohnortnähe gerade im Bereich der geriatrischen Versorgung eine besondere Bedeutung beizumessen, ist sachgerecht und wird zudem im Krankenhausplan ausdrücklich betont (vgl. Nr. B.2.2.2.4 Krankenhausplan 2015, S. 39). 149

Im Ergebnis so bereits VG Düsseldorf, Beschluss vom 28.05.2015 - 13 L 429/15 -. 150

In dem zugehörigen Beschwerdeverfahren hat das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen (OVG NRW), 151

OVG NRW, Beschlüsse vom 02.03.2016 – 13 B 1165/15 ? und – 13 B 1166/15 ?, beide www.nrwe.de und juris, 152

bestätigend dazu ausgeführt: 153

„Die gerichtliche Kontrolle der vom Antragsgegner bei gleicher Eignung zu treffenden Auswahlentscheidung hat sich auf die Nachprüfung zu beschränken, ob dieser bei seiner Entscheidung darüber, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG), von einem zutreffenden und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist, ob er einen sich sowohl im Rahmen des Gesetzes wie auch im Rahmen der Beurteilungsermächtigung haltenden Beurteilungsmaßstab zutreffend angewandt hat und ob für die Entscheidung keine sachfremden Erwägungen bestimmend gewesen sind. 154

Vgl. BVerwG, Beschluss vom 12. Februar 2007 - 3 B 77.06 -, juris. 155

Dies zu Grunde gelegt, ist die im Feststellungsbescheid vom (...) und im Ablehnungsbescheid vom (...) zum Ausdruck gekommene Entscheidung des Antragsgegners, bei der Auswahlentscheidung der Wohnortnähe ein ausschlaggebendes Gewicht beizumessen, nicht zu beanstanden. Die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung ist, wie § 1 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW zeigt, ein wichtiges Anliegen des Gesetzgebers. Dies gilt insbesondere für die Versorgung älterer und hoch betagter Menschen, die auf Grund eingeschränkter Mobilität auf eine gute Erreichbarkeit der stationären Versorgung angewiesen sind. Wegen der spezifischen Bedürfnisse geriatrischer Patienten (Immobilität, Überforderung, besonderer Pflegebedarf) kommt zudem einer sektorenübergreifenden (wohnortnahen) Versorgung eine besondere Bedeutung zu (Ziff. 2.2.2.4 Krankenhausplan NRW 2015, S. 38 f.). All dies trägt zu der vom Land NRW beabsichtigten qualitativen Verbesserung der Organisation der geriatrischen Versorgung bei (Ziff. 5.3.1.3 Krankenhausplan NRW 2015, S. 90). 156

Der Begriff der Wohnortnähe wird im Wesentlichen geprägt durch die Entfernung und die zeitliche Komponente zur Überbrückung dieser Entfernung. Nach Ziff. 2.2.1.4 des 157

Krankenhausplans NRW 2015 soll ein Krankenhaus der örtlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten in kürzerer Entfernung als 20 km liegen.“

Im Rahmen der erforderlichen Gesamtbetrachtung der zu versorgenden Region ist deshalb die Einschätzung des Beklagten, die Krankenhäuser der B1. L. GmbH, der Städtischen Kliniken O. GmbH ? M. – und der St. J. -Krankenhaus T. GmbH, W. , seien wegen ihrer Wohnortnähe besser geeignet als das Krankenhaus der Klägerin, nicht zu beanstanden. Auf die insoweit überzeugenden Ausführungen der Bezirksregierung E besonders im Widerspruchsbescheid vom 26.07.2016, hier vor allem Bl. 10 bis 17, wird verwiesen. 158

Durch das Auswahlkriterium der Wohnortnähe ist auch der von der Klägerin aufgeworfenen Frage der Unterversorgung im VG 4 im Umfang der von ihr beantragten Planaufnahme von beantragten 40 Betten, mit der der errechnete Bettenbedarf im VG 4 ausgeschöpft werden könne, nicht weiter nachzugehen. Es braucht nicht entschieden zu werden, ob eine Auswahlentscheidung entbehrlich gewesen ist. Würden tatsächlich weitere 40 Planbetten zu verteilen sein, wäre der Beklagte angehalten, das von ihm primär herangezogene Auswahlkriterium der Wohnortnähe erneut zur Anwendung zu bringen und weitergehend zu verteilende Planbetten gegebenenfalls auf die in die Auswahl aufgenommenen Krankenhäuser im Rahmen des noch nicht ausgeschöpften Antragsvolumens zu verteilen. Allein im Hinblick auf das Antrags- und Bestandsvolumen derjenigen wohnortnäheren Krankenhäuser, mit denen die Klägerin sich im Konkurrentenstreit 21 K 9788/16 befindet, i.e. 159

Städtische Kliniken O. M. GmbH, O. : 60 Betten beantragt, Planaufnahme mit 30 Betten: Differenz 30 Betten, 160

Krankenhaus N1.-Hilf GmbH / B1. , L. : 60 Betten beantragt, Planaufnahme mit 30 Betten: Differenz 30 Betten, 161

und ohne Berücksichtigung des weiteren Krankenhauses am Ort der Klägerin, i.e. 162

Städtische Kliniken, N. : Bestand von 123 Betten + 12 Plätze (insg. 135), Planaufnahme mit 95 Betten: Differenz 40 Betten, 163

gegen die sich die Klägerin ebenfalls im Verfahren 21 K 9788/16 wendet, bliebe in diesem Rahmen das Antragsvolumen mit einer Planbettenzahl von 60 Betten unerfüllt. Unter Hinzurechnung des – aus Sicht des Beklagten ebenfalls wohnortnäheren – Krankenhauses der 164

St. J. -Krankenhaus T. GmbH, W. : 65 Betten beantragt, Planaufnahme 60 Betten: Differenz 5 Betten, 165

stiege das unerfüllte regionale Antragsvolumen (Städtischen Kliniken O. M. ; Krankenhaus N1. -Hilf / B1. L. GmbH; St. J. -Krankenhaus T. GmbH, W.) sogar auf 65 Betten an. Die von der Klägerin zunächst veranschlagten zusätzlichen 40 Betten würden somit vollständig von den wohnortnäheren Krankenhäusern aufgenommen. 166

Würde allerdings eine Bedarfsfeststellung zu noch weit höheren Zahlen führen, wäre im Rahmen der Verteilung der Planbetten eine Auswahlentscheidung durch den Beklagten zu treffen, bislang vorzugsweise nach dem Kriterium Wohnortnähe. Bei weiterhin „überschüssigen“ noch nicht verteilten Betten wäre aber ein ergänzendes Kriterium heranzuziehen, bei dem ggfs. die Klägerin zum Zuge käme, vorausgesetzt die übrigen 167

Tatbestandselemente (vor allem Leistungsfähigkeit) wären erfüllt.

Soweit die Klägerin mit der Behauptung einer (auch gegenüber den Städtischen Kliniken, N. , aber auch gegenüber den wohnortnäheren Krankenhäusern) qualitativ besseren Patientenversorgung eine Verpflichtung auf Ausweisung der von ihr beantragten Planbetten begehrt, bestünde weder ein derartiger Anspruch im Rahmen einer Ermessensreduzierung auf Null noch ein Anspruch auf Neubescheidung. Sie vermag sich damit nicht gegenüber dem Beklagten durchzusetzen. Selbst wenn die ? wie bereits ausgeführt ? unzureichenden Antragsunterlagen nicht gegen eine Leistungsfähigkeit der Klägerin sprechen sollten, könnte die Klägerin damit nicht den notwendigen Nachweis führen, sie könne eine qualitativ bessere Versorgung der geriatrischen Patienten bieten. Schon mangels Nachweises vorliegender Vereinbarungen zu den verschiedenen Kooperationen mit den unterschiedlichen Sektorebenen der geriatrischen Versorgung (z.B. Reha-Einrichtungen, Seniorenheime, andere Einrichtungen der ambulanten oder teilstationären Versorgung wie Hospizdienste, Palliativversorgung, die gerontopsychiatrische Behandlung) und therapeutischer Angebote musste der Beklagte bei seiner Auswahlentscheidung weder davon ausgehen, dass das Angebot der Klägerin derart qualitativ hochwertiger sein könnte, dass es die wohnortnäheren Krankenhäuser „ausstechen“ könnte, noch dass das neue Angebot der Klägerin dem bestehenden Angebot der Städtischen Kliniken N. überlegen sein könnte. 168

Dagegen könnte das Vorbringen der Klägerin sprechen, auch die Städtischen Kliniken N. hätten keine qualifizierten Unterlagen zu Kooperationen vorgelegt, dürften also nicht besser behandelt werden als die Klägerin. Grundsätzlich wird man darauf verweisen dürfen, dass es – träfe das Vorbringen der Klägerin zu – keinen Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht gibt; insoweit dürfte sie mit ihrer Argumentation keine Ermessensreduzierung auf Null jedenfalls im Rahmen der vorliegenden Verpflichtungsklage als positive Konkurrentenklage auf eigene Begünstigung erstreiten können. Ein Anspruch auf Neubescheidung dürfte in diesem Falle allerdings daraus auch nicht erwachsen, da dann von Anfang an beide Mönchengladbacher Krankenhäuser bei der Planaufnahme bzw. Planänderung unberücksichtigt bleiben müssten, mithin eine Neubescheidung nicht zu einer Begünstigung der Klägerin führen könnte. 169

Anders könnte es allenfalls im Parallelverfahren der negativen Konkurrentenklage 21 K 9788/16 aussehen, bei der es sich um eine Verdrängungskonstellation handelt, in der die Klägerin als Konkurrentin die Vergünstigung anstelle des bisherigen Begünstigten, als minus jedenfalls aber zumindest die Beseitigung der unrechtmäßigen Begünstigung der Konkurrentin mit dem Ziel der Neubescheidung anstrebt. 170

3.Kosten: § 154 Abs. 1 VwGO. 171

Vorläufige Vollstreckbarkeit: § 167 VwGO i.V.m. §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO. 172

Die Berufung ist gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 3 VwGO zuzulassen, weil die Rechtssache im Hinblick auf die Tatsachenfrage, 173

vgl. nur Seibert, in: Sodan / Ziekow, VwGO, 4. Aufl. 2014, § 124 Rdnr. 139, 174

ob der Nachweis der Einbindung einer geriatrischen Fachabteilung in einen Geriatrischen Versorgungsverbund als Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit nach § 1 Abs. 1 KHG, § 12 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW erforderlich ist, grundsätzliche Bedeutung hat. 175

Beschluss 176

Der Streitwert wird auf 50.000 EUR festgesetzt.	177
Gründe:	178
Die Festsetzung des Streitwertes ist nach § 52 Abs. 1 GKG i.V.m. Nr. 23.1 des Streitwertkatalogs für die Verwaltungsgerichtsbarkeit i.d.F. der am 31.05./01.06.2012 und am 18.07.2013 beschlossenen Änderungen erfolgt.	179
