
Datum: 26.03.2025
Gericht: Verwaltungsgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 21. Kammer
Entscheidungsart: Beschluss
Aktenzeichen: 21 L 852/25
ECLI: ECLI:DE:VGD:2025:0326.21L852.25.00

Tenor:

- 1. Die aufschiebende Wirkung der am 16. Januar 2025 erhobenen Klage wird angeordnet, soweit der Bescheid vom 16. Dezember 2024 den Feststellungsbescheid vom 1. März 2023 i.V.m. mit dem Änderungsbescheid vom 27. Juni 2024 im Hinblick auf die Befugnis zur Erbringung und Abrechnung medizinisch-pflegerischer Leistungen, die nunmehr der Leistungsgruppe 21.3 Senologie zuzuordnen sind, ersetzt. Im Übrigen wird der Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes abgelehnt.
- 2. Die Antragstellerin trägt die Kosten des Verfahrens zu 3/4, der Antragsgegner zu 1/4.
- 3. Der Streitwert wird auf 100.000,00 € festgesetzt.

Gründe

- Der wörtlich gestellte Antrag, 1
1. die aufschiebende Wirkung der in der Hauptsache mit dem Klageantrag zu Ziffer 1. erhobenen Anfechtungsklage der Antragstellerin vom 16. Januar 2025 (Aktenzeichen des Gerichts: 21 K 454/25) gegen den Feststellungsbescheid des Antragsgegners vom 16. Dezember 2024 anzuordnen. 2
2. hilfsweise, für den Fall, dass das Gericht den Antrag zu Ziffer 1. für unzulässig, unbegründet oder unzureichend erachten sollte, um das beabsichtigte Rechtsschutzziel zu erreichen, nämlich die fortgesetzte Erbringung der u. g. Leistungen, den Antragsgegner im 3
- 4

Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, der Antragstellerin mit Wirkung ab dem 1. April 2025 vorläufig bis zum Eintritt der Rechtskraft in der Hauptsacheentscheidung die Erbringung von Leistungen zu den Leistungsgruppen 16.2 (Lebereingriffe), 16.4 (Pankreaseingriffe), 21.2 (Ovarial-CA) und 21.3 (Senologie) zu gestatten.

über den die Kammer gemäß § 5 Abs. 3 Satz 2 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter entscheidet, ist sinngemäß dahingehend auszulegen, dass die Antragstellerin beantragt, 5

die aufschiebende Wirkung ihrer am 16. Januar 2025 erhobenen Anfechtungsklage gegen den Feststellungsbescheid Nr. 1 vom 16. Dezember 2024 anzuordnen, soweit in diesem die Erteilung eines Versorgungsauftrages für die Leistungsgruppen 16.2 (Lebereingriffe), 16.4 (Pankreaseingriffe), 21.2 (Ovarial-CA) und 21.3 (Senologie) abgelehnt worden sind und der Feststellungsbescheid Nr. 2166 vom 1. März 2023 i.V.m. dem Änderungsbescheid vom 27. Juni 2024 insoweit ersetzt worden ist. 6

Das Gericht ist nach §§ 122 Abs. 1, 88 VwGO an die Fassung der Anträge nicht gebunden, sondern an das tatsächliche Antragsziel, wie es sich ihm im Zeitpunkt der Entscheidung darstellt und sich aus den prozessualen Erklärungen und den sonstigen Umständen ergibt. Zwar ist bei – wie hier – anwaltlich vertretenen Beteiligten der Antragsformulierung gesteigerte Bedeutung beizumessen, jedoch kann selbst dann im Rahmen der Auslegung vom Antragswortlaut abgewichen werden. Im Zweifel ist nach dem verfassungsrechtlichen Gebot des effektiven Rechtsschutzes als Auslegungshilfe anzunehmen, dass der Antragsteller den in der Sache in Betracht kommenden Rechtsbehelf einlegen wollte, 7

Schenke, in: Kopp/Schenke, VwGO, 27. Auflage 2021, § 88 (Rn. 3). 8

Gemessen an diesen Voraussetzungen ist der Antrag in dem o.g. Sinne auszulegen. Das konkrete Rechtsschutzziel der Antragstellerin ergibt sich vorliegend nicht aus dem Haupt-, sondern aus dem Hilfsantrag, nämlich den Krankenhausbetrieb mit medizinisch-pflegerischer Leistungserbringung und damit verbundener Krankenhausfinanzierung in den Leistungsgruppen 16.2 (Lebereingriffe), 16.4 (Pankreaseingriffe), 21.2 (Ovarial-CA) und 21.3 (Senologie) vorläufig über den 1. April 2025 bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Klageverfahren 21 K 454/25 über die Zuweisung der beantragten Leistungsgruppen weiterbetreiben und die medizinische Leistungserbringung abrechnen zu dürfen. Diesem Verständnis steht nicht der Hauptantrag der Antragstellerin entgegen, der auf den Klagantrag zu Ziffer 1 im Verfahren 21 K 454/25 verweist und der zusätzlich ein Aufhebungsbegehren hinsichtlich der Leistungsgruppen 14.1 (Endoprothetik Hüfte) und 14.2 (Endoprothetik Knie) beinhaltet. Denn einerseits hat die Antragstellerin ihr primäres Rechtsschutzziel bezogen auf das Verfahren 21 L 852/25 im Hilfsantrag ausdrücklich benannt, woran sie festzuhalten ist. Darüber hinaus ist das so verstandene Begehren auch schlüssig, denn um eine Leistungserbringung über den 1. April 2025 hinaus zu erreichen, bedarf es für die Leistungsgruppen 14.1 und 14.2 keiner gerichtlichen Entscheidung im einstweiligen Rechtsschutz. Denn der Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 ordnet an, dass der Versorgungsauftrag u.a. für die Leistungsgruppen 14.1 Endoprothetik Hüfte und 14.2 Endoprothetik Knie, abweichend von der generellen Übergangsfrist bis zum 1. April 2025, erst zum 1. Januar 2026 wirksam wird. Die Antragstellerin darf also bis Ende des Jahres die Leistungsgruppen 14.1 und 14.2 weiterbetreiben und die medizinische Leistungserbringung abrechnen. Offen kann daher bleiben, ob für die Leistungsgruppen 14.1 und 14.2 überhaupt ein Rechtsschutzbedürfnis für einstweiligen Rechtsschutz bestünde. 9

Der so verstandene Antrag hat teilweise Erfolg; er ist zulässig (I.), und hinsichtlich der Leistungsgruppe 21.3 Senologie auch begründet. Im Übrigen ist der Antrag hinsichtlich der Leistungsgruppen 16.2 Lebereingriffe, 16.4 Pankreaseingriffe und 21.2 Ovarial-CA unbegründet (II.).

• I.	11
1.	12
Der Antrag ist nach § 80 Abs. 5 S. 1, Abs. 2 S. 1 Nr. 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) i.V.m. § 16 Abs. 5 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11. Dezember 2007 i.d.F. vom 5. Dezember 2023 (GV.NRW. S. 1278) zulässig.	13
Er ist statthaft, weil der im Klageverfahren 21 K 454/25 streitgegenständliche Feststellungsbescheid Nr. 1 vom 16. Dezember 2024, 24.03.01.01-116 04 13-241 in Bezug auf die Nichtausweisung der spezifischen Leistungsgruppen	14
16.2 (Lebereingriffe),	15
16.4 (Pankreaseingriffe),	16
21.2 (Ovarial-CA) und	17
21.3 (Senologie)	18
eine die Antragstellerin belastende Regelung im Sinne von § 35 S. 1 Verwaltungsverfahrensgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (VwVfG NRW) insoweit enthält, als ihr die bisherige Ausweisung mit vorangegangenem Feststellungsbescheid Nr. 2166 vom 1. März 2023 i.V.m. dem Änderungsbescheid vom 27. Juni 2024 – und die damit verbundene medizinisch-pflegerische Leistungserbringung – entzogen worden ist. Gegen die Teilherausnahme aus dem Krankenhausplan mit der Folge des Entzugs der Befugnis zur Leistungserbringung durch das Krankenhaus der Antragstellerin ist in der Hauptsache eine Anfechtungsklage die statthafte Klageart, im einstweiligen Rechtsschutz der Antrag nach § 80 Abs. 5 S. 1, Abs. 2 S. 1 Nr. 3 VwGO. Voraussetzung ist, dass die aufschiebende Wirkung des Rechtsbehelfs, hier: der Klage, zu der begehrten Verbesserung der Rechtsstellung führt, mithin, wenn sich ein behördlicher Ablehnungsbescheid nach Maßgabe des materiellen Rechts nicht in der Versagung der begehrten Begünstigung erschöpft, sondern zusätzlich kraft fachgesetzlicher Regelung den Verlust einer bislang bestehenden Rechtsposition des Betroffenen bewirkt.	19
OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?.	20
Damit erfasst sind Konstellationen, in denen mit der behördlichen Leistungsverweigerung die gesetzlich angeordnete Verschlechterung des individuellen rechtlichen status quo des Betroffenen einhergeht.	21
Vgl. dazu Bostedt, in: Fehling / Kastner / Störmer, Verwaltungsrecht, 5. Auf. 2021, § 80 VwGO Rn. 22; Schoch, in: Schoch / Schneider, VwGO, Werkstand: 45. EL Januar 2024, § 80 Rn. 57 f.	22
Dies entspricht der Situation der Antragstellerin im vorliegenden Verfahren mit dem Begehren, auf der Grundlage des mit dem (neuen) Feststellungsbescheid Nr. 1 vom	23

16. Dezember 2024 ersetzen (alten) Feststellungsbescheids Nr. 2166 vom 1. März 2023 i.V.m. dem Änderungsbescheid vom 27. Juni 2024 den Krankenhausbetrieb mit medizinisch-pflegerischer Leistungserbringung und damit verbundener Krankenhausfinanzierung vorläufig bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Klageverfahren 21 K 392/25 über die Zuweisung der beantragten Leistungsgruppen weiterbetreiben und die medizinische Leistungserbringung abrechnen zu dürfen.

In der Hauptsache wendet sich die Antragstellerin mit ihrem Klageverfahren zum einen gegen die behördliche Leistungsverweigerung – i.e. Nichtzuweisung der begehrten Leistungsgruppen und entsprechende Aufnahme in den Krankenhausplan –, zum anderen gegen die angeordnete Verschlechterung des individuellen rechtlichen status quo – i.e. entsprechende Herausnahme aus dem Krankenhausplan –. Die Antragstellerin wendet sich mithin gegen den mit der Nichtzuweisung bestimmter Leistungsgruppen verbundenen Entfall zuvor bestehender Zuweisungen und den damit verbundenen Zahlungsverpflichtungen der Kostenträger. 24

Zu dieser Konstellation hat das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen (OVG NRW) noch jüngst, 25

OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, 26

ausgeführt: 27

Rechtliche Grundlage für eine Zahlungsverpflichtung ist allein ein Versorgungsauftrag. Aus § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG folgt, dass Entgelte – mit Ausnahme von Notfällen – nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden dürfen. 28

Vgl. BSG, Urteil vom 29. August 2023 - B 1 KR 18/22 R -, juris, Rn. 19. 29

Der Versorgungsauftrag bestimmt, welche medizinischen Leistungen ein Krankenhaus erbringen darf und muss (§ 39 Abs. 1 Satz 3, § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Er bestimmt weiter, über welche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) und welches jederzeit verfügbare ärztliche, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technische Personal (§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) das Krankenhaus hierzu vorhalten muss. Die Bestimmung und nähere Eingrenzung des Versorgungsauftrags dient dazu, die begrenzten finanziellen Mittel zur Krankenhausfinanzierung und zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbehandlung sparsam einzusetzen und Überkapazitäten zu vermeiden. Die nähere Bestimmung und Eingrenzung des Versorgungsauftrags dient insoweit der am konkreten Versorgungsbedarf im Einzugsbereich des Krankenhauses orientierten Steuerung des Versorgungsgeschehens. Inhaltlich wird mit dem Versorgungsauftrag u.a. konkret eingegrenzt, welche Leistungen das Krankenhaus selbst durchführen darf. Er ergibt sich bei einem Plankrankenhaus, wie das der Antragstellerin, aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 i. V. m. § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG). 30

Vgl. BSG, Urteil vom 29. August 2023 - B 1 KR 18/22 R -, juris, Rn. 20 ff. 31

Über einen derartigen Versorgungsauftrag verfügte die Antragstellerin aufgrund des mit dem (neuen) Feststellungsbescheid Nr. 1 vom 16. Dezember 2024 ersetzen (alten) Feststellungsbescheids Nr. 2166 vom 1. März 2023 i.V.m. dem Änderungsbescheid vom 27. 32

Juni 2024.

Bei dieser Teilherausnahme aus dem Krankenhausplan ist zur Sicherstellung des bisherigen Versorgungsauftrages nach §§ 108 Nr. 2, 109 SGB V statthafte Klageart die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage unterstützt durch Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes unter Beantragung der Anordnung der aufschiebenden Wirkung nach § 80 Abs. 5 S. 1, Abs. 2 S. 1 Nr. 3 VwGO. 33

Vgl. auch Bäune / Götz / Stöttchen, MedR 2023, S. 188, 197. 34

Anders liegt der Fall bei der erstmaligen Erstretung der Berechtigung zur Erbringung medizinisch-pflegerischer Leistungen durch Zuweisung von Leistungsgruppen. Dann ist die Hauptsache im Rahmen einer reinen Verpflichtungsklage ausschließlich gerichtet auf Verpflichtung zur Zuweisung verbunden mit der Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes nach § 123 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 VwGO. Diese Konstellation liegt – wie ausgeführt – hier aber nicht vor, da dem Krankenhaus der Antragstellerin die begehrte medizinisch-pflegerische Leistungserbringung nach dem vorangegangenen Feststellungsbescheid bislang unstreitig zugewiesen war. 35

Zudem hat sich der Landesgesetzgeber gerade nicht dazu entschlossen, die mit den (alten) Feststellungsbescheiden erfolgten bisherigen Zuweisungen medizinisch-pflegerischer Leistungserbringung zugunsten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen per gesetzlicher Regelung zu einem Stichtag vollständig aufzuheben und einer Neuregelung mit (neuen) Feststellungsbescheiden zuzuführen. In einem solchen Falle wäre für alle Krankenhäuser des Landes eine einheitliche gleiche Ausgangsposition gegeben, die nach Neuregelung aufgrund krankenhausrrechtlicher Feststellungsbescheide ausschließlich über Verpflichtungsklagen einer Überprüfung hätten zugeführt werden können. Das wollte der Landesgesetzgeber offenbar nicht. Denn auch wenn er wesentliche Kategorien des Krankenhausplanungsrechts verändert hat (z.B. Austausch der bisherigen Plangröße „Bett“ gegen die Plangröße „Fallzahl einer Leistungsgruppe“, vgl. § 12 Abs. 3 KHGG NRW), hat er einen vollständigen Systemwechsel in der Plangebung vermieden. Der Landesgesetzgeber hat keinen umstürzenden Systemwechsel im Krankenhausplanungsrecht des Landes Nordrhein-Westfalen beabsichtigt, sondern hat – wenn auch wesentliche – Änderungen und Anpassungen vorgenommen. Das zeigen v.a. die weiterhin wie bisher geltenden grundlegenden Regelungen zu einer ortsnahen, bedarfsgerechten, leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung mit erforderlichen Krankenhäusern (§§ 1 Abs. 1; 12 Abs. 2 S. 1 KHGG NRW), zur Fortschreibung des Krankenhausplanes (§ 12 Abs. 1, Abs. 2 S. 3 KHGG) und die weitergehenden Regelungen zum Planverfahren nach Abschn. II des KHGG NRW. Das zweistufige System der Krankenhausplanung (erste Stufe: Bedarf, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit; zweite Stufe: Ermessensauswahl) bleibt damit bestehen. Dem steht nicht die Neuregelung des § 12 Abs. 3 S. 1 KHGG NRW entgegen. Danach erfolgt die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans nunmehr – in Abänderung bisherigen Rechts – nicht mehr nach Planbetten (vgl. § 12 Abs. 2 S. 5 KHGG NRW a.F.), sondern auf der Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. Darauf aufbauend gehen auch die von den Krankenhausträgern angegriffenen (neuen) Feststellungsbescheide davon aus, dass für bestimmte medizinische Leistungen die (alten) Zuweisungen für Übergangsfristen weitergelten. Denn ansonsten könnten die Krankenhausträger die im Rahmen der Stichtagslösungen übergangsweise erbrachten medizinischen Leistungen nicht mit den Kostenträgern abrechnen; die damit teilweise bestehende Weitergeltung der alten Feststellungsbescheide ist dafür *conditio sine qua non*. 36

Davon geht auch der Antragsgegner im angegriffenen Feststellungsbescheid aus. Denn Krankenhäuser, die die Leistungen der von der Antragstellerin begehrten Leistungsgruppen bislang erbracht haben, können diese Leistungen in jedem Fall bis Ende März 2025 weiterhin erbringen, denn diese Leistungsgruppen sind von der Übergangsregelung bis zum 31. März 2025 erfasst. Der Feststellungsbescheid gilt ab dem 1. April 2025. Bis dahin gilt der bisherige Feststellungsbescheid unverändert fort. Bis einschließlich 31. März 2025 kann das bisher angebotene Leistungsspektrum weiterhin auf der Grundlage des bisherigen Feststellungsbescheids erbracht werden. 37

2. Das Rechtsschutzbedürfnis ist nicht entfallen. 38

In der Hauptsache hat die Antragstellerin am 16. Januar 2025 fristgerecht gemäß § 74 VwGO gegen den ihr mit E-Mail am 16. Dezember 2024 bekanntgegebenen Feststellungsbescheid Nr. 1 vom 16. Dezember 2024 Klage erhoben. 39

Ein für das Klageverfahren grundsätzlich notwendiges Vorverfahren war gemäß § 68 Abs. 1 S. 2 Alt. 1, Abs. 2 VwGO i.V.m. § 110 Abs. 1 S. 1, S. 2 JustG NRW nicht durchzuführen. 40

• II. 41

Im Rahmen eines Verfahrens nach § 80 Abs. 5 VwGO trifft das Gericht aufgrund der sich im Zeitpunkt seiner Entscheidung darstellenden Sach- und Rechtslage eine eigene Ermessensentscheidung darüber, ob die Interessen, die für einen sofortigen Vollzug des angefochtenen Verwaltungsakts sprechen, oder diejenigen, die für die Anordnung der aufschiebenden Wirkung streiten, höher zu bewerten sind. Im Rahmen dieser Interessenabwägung sind auch die Erfolgsaussichten des Rechtsbehelfs in der Hauptsache zu berücksichtigen. Diese sind ein wesentliches, wenngleich nicht das alleinige Indiz für und gegen den gestellten Antrag. Wird der in der Hauptsache erhobene Rechtsbehelf bei der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nur möglichen summarischen Prüfung voraussichtlich erfolgreich sein, so wird regelmäßig nur die Anordnung der aufschiebenden Wirkung in Betracht kommen. Wird dagegen der in der Hauptsache erhobene Rechtsbehelf voraussichtlich keinen Erfolg haben, so ist dies ein starkes Indiz für die Ablehnung des Antrages auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung. Sind schließlich die Erfolgsaussichten offen, findet eine allgemeine, von den Erfolgsaussichten unabhängige Abwägung der für und gegen den Sofortvollzug sprechenden Interessen statt. 42

Dabei kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass in Fällen gesetzlichen Ausschlusses der aufschiebenden Wirkung einer Anfechtungsklage – wie hier in der aktuellen Fassung des § 16 Abs. 5 KHHG NRW – von der Vermutung auszugehen ist, dass dann ein das Individualinteresse überwiegendes öffentliches Interesse besteht. Die Vermutung für das Überwiegen des öffentlichen Interesses kann nur widerlegt werden, wenn im konkreten Fall das Aussetzungsinteresse aus besonderen Gründen den öffentlichen Interessen vorzuziehen ist. 43

So schon BVerwG, Beschluss vom 19. Mai 1994 – 3 C 11/94 ?, juris. 44

Schließt der Gesetzgeber auf der Grundlage des § 80 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 VwGO die aufschiebende Wirkung der Klage aus, so schlägt das Vollzugsinteresse im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes bei offenem Prozessausgang in der dann gebotenen Interessenabwägung mit erheblichem Gewicht zu Buche. Das bedeutet aber nicht, dass sich dieses Interesse gegenüber dem Aufschiebungsinteresse regelhaft durchsetzt. 45

BVerwG, Beschluss vom 14.04.2005 – 4 VR 1005/04 ?, juris.	46
Wenn bereits durch Gesetz die aufschiebende Wirkung des Rechtsbehelfs ausgeschlossen ist, obliegt es dem Träger des Individualinteresses, Umstände darzutun, die sein Interesse an der Anordnung der aufschiebenden Wirkung überwiegend erscheinen lassen.	47
Vorliegend entfällt die aufschiebende Wirkung der Klage 21 K 454/25 vom 16. Januar 2025 gegen den an die Antragstellerin gerichteten Feststellungsbescheid Nr. 1 vom 16. Dezember 2024 – 24.03.01.01-116 04 13-241 – der Bezirksregierung Düsseldorf aufgrund § 16 Abs. 5 KHGG NRW.	48
Aus den Gesetzgebungsmaterialien zur Novellierung des KHGG NRW ist zu ersehen, dass der Gesetzgeber den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung als Mittel zur Sicherstellung einer einheitlichen Verfahrensweise für die Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2022 hat verstanden wissen wollen,	49
Gesetzentwurf der Landesregierung u.a. zur Änderung des KHGG NRW, LTDrs. 18/5804 vom 8. September 2023, S. 1, 2, 20,	50
und die flächendeckende Umsetzung der planerischen Entscheidungen des Krankenhausplans NRW 2022 hat beschleunigen wollen.	51
LT-Plenarprotokoll 18/48, S. 197 zu TOP 7.	52
Ob vorliegend die bundesrechtliche Regelung des § 6a Abs. 5 S. 5 und 6 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) i.d.F. vom 5. Dezember 2024 (gültig ab 12. Dezember 2024), nach der Widerspruch und Anfechtungsklage gegen einen Bescheid ebenfalls keine aufschiebende Wirkung zukommen, Anwendung findet, kann offen bleiben, da im derzeitigen Zustand der Krankenhausplanung noch keine Zuweisungen einer Leistungsgruppe aufgehoben worden sind, sondern erstmalig vorgenommen worden sind.	53
Das Interesse der Antragstellerin, bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens vor der Umsetzung des Krankenhausplanes NRW 2022 für ihr Krankenhaus verschont zu werden, überwiegt das Interesse des Antragsgegners an der sofortigen Vollziehung des angegriffenen Feststellungsbescheids jedenfalls dann nicht, wenn Überwiegendes für die Rechtmäßigkeit der Regelungen spricht.	54
Vorliegend spricht hinsichtlich der Leistungsgruppen 16.2, 16.4 und 21.2 Überwiegendes für die Rechtmäßigkeit, hinsichtlich der Leistungsgruppe 21.3 spricht Überwiegendes für die Rechtswidrigkeit der Regelungen im Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2025.	55
1.	56
Nach ständiger Rechtsprechung,	57
vgl. noch jüngst: OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?,	58
ist § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG, der besagt, dass ein Anspruch auf Planaufnahme nicht besteht, verfassungskonform dahin auszulegen, dass einem Krankenhausträger, der sich für seine Tätigkeit – wie die Antragstellerin – auf Art. 12 Abs. 1 GG berufen kann, die Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan nur versagt werden kann, wenn hierfür gesetzlich	59

bestimmte Gründe vorliegen. Gemäß § 1 Abs. 1 KHG bezweckt dieses Gesetz die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG entscheidet die zuständige Landesbehörde bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird; die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist. Danach hat ein Krankenhausträger einen Anspruch auf Feststellung der Planaufnahme, wenn das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet und leistungsfähig ist sowie wirtschaftlich arbeitet und wenn es anbietet, einen anderweitig nicht gedeckten Versorgungsbedarf zu befriedigen. Ist eine Auswahl notwendig, weil sein Krankenhaus mit einem oder mehreren anderen Krankenhäusern um einen festgestellten Bedarf konkurriert, hat der Träger einen Anspruch auf fehlerfreie Auswahlentscheidung. Ein Anspruch auf Feststellung der Planaufnahme besteht, wenn sich sein Krankenhaus in der Auswahl im Sinne von § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG als „am besten“ durchsetzt.

Vgl. BVerwG, Urteile vom 8. Juli 2022 - 3 C 2.21 -, juris, Rn. 12 ff., und vom 26. April 2018 - 3 C 11.16 -, juris, Rn. 23. 60

Im Umkehrschluss sind die gleichen Grundsätze – wie vorliegend – beim Abbau oder der Verlagerung von Krankenhauskapazitäten zur Umsetzung eines Krankenhausplanes (actus contrarius) anzuwenden. 61

Dies zugrunde gelegt, erweist sich der Bescheid vom 16. Dezember 2024, soweit er angefochten ist, nach der im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage als voraussichtlich rechtswidrig hinsichtlich der Leistungsgruppe 21.3 Senologie und verletzt die Antragstellerin insoweit in ihren Rechten, § 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO (dazu a). Im Übrigen dürfte die Nichtzuweisung der Leistungsgruppen 16.2, 16.4 und 21.2 nicht zu beanstanden sein (dazu b). 62

a) 63

Bezogen auf die **Leistungsgruppe (LG) 21.3 Senologie** hat die Antragstellerin die Zuteilung eines Versorgungsauftrags im Umfang von 180 Fällen beantragt (vgl. Tabelle BA 2, S. 613). 64

Nach Prüfung der Mindest- und Auswahlkriterien in der LG 21.3 durch die Bezirksregierung auf Grundlage des Tabellenblatt 3 – Erfüllung der Qualitätskriterien (QK) – kam diese zu dem Ergebnis, die Antragstellerin erfülle alle neun Mindestkriterien und vier von sieben Auswahlkriterien (vgl. Tabellenblatt 3, BA 2, S. 641). Ein Auswahlkriterium lautet: Regelmäßige erfolgreiche (Re-) Zertifizierung als Brustzentrum durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe. In der rechten Spalte der Tabelle gab die Bezirksregierung „ja nach Prüfung“ an (vgl. Tabellenblatt 3, BA 2, S. 641). 65

Im Bericht Regionale Planungskonzepte – LG 21.3, der mit Email vom 16. Februar 2024 (BA 2, S. 877) von der Bezirksregierung Düsseldorf an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) gesendet wurde, heißt es u.a.: 66

67

Alle Kliniken erfüllen die Mindestkriterien und sind leistungsfähig. Mein Votum wird unter Berücksichtigung der Fallzahlen aus dem Jahr 2019 und den beantragten Fallzahlen erstellt. ?Das F.-Krankenhaus H. wurde am 19.09.2023 als Brustkrebszentrum zertifiziert. Allerdings wurde das Krankenhaus nicht durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert, sondern durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG). M.E. ist dieses Zertifikat gleichwertig zu einem Zertifikat der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Somit werden die Mindestkriterien, anders als von den Kassen angenommen, erfüllt. Da das F.-Krankenhaus H. außerdem über eine hohe Anzahl an Fachärzten verfügt, votiere ich für eine Fallzahlzuweisung in Höhe von 165 Fällen, dies entspricht der geleisteten Fallzahl von 2019. ?Um den prognostizierten Bedarf nicht zu überschreiten, habe ich mich bei dem Votum für die anderen Krankenhäuser ebenfalls an den erbrachten Fallzahlen aus 2019 orientiert. Ausgenommen davon ist das U. Klinikum B., da die von den Kassen zugeteilten 150 Fälle mindestens notwendig für die Zertifizierung als Brustzentrum sind (Unterstreichung durch die Kammer).

Bericht Regionale Planungskonzepte – LG 21.3, BA 2, S. 867 ff. 68

Ausweislich der angehängten Tabelle (BA 2, S. 868) sollte die Antragstellerin eine Zuweisung von 165 Fällen erhalten. 69

Vor Erlass des Feststellungsbescheids vom 16. Dezember 2024 hörte das MAGS die Antragstellerin zunächst mit Schreiben vom 21. Juni 2024 (BA 3, S. 1107 ff.) u.a. zur LG 21.3 an und teilte dieser mit, sie erfülle die Mindestkriterien nicht: 70

Bezüglich der Leistungsgruppe 21.3 Senologie liegt auf der Planungsebene insgesamt eine Überzeichnung durch die beantragenden Krankenhäuser vor, so dass zur Sicherstellung der Versorgung nur der Teil des prognostizierten Bedarfes berücksichtigt werden kann. Die Städtischen Kliniken X. - F.-Krankenhaus H. erfüllen die Mindestkriterien nicht. Der prognostizierte Bedarf wurde unter den Krankenhäusern, die die Mindestkriterien erfüllen, anteilmäßig verteilt. Die Behandlung von BrustkrebspatientInnen ist an die Zuweisung der Leistungsgruppe 21.3 im Feststellungsbescheid des Krankenhauses gebunden. Mit Blick auf das oftmals junge Erkrankungsalter (eine von sechs betroffenen Frauen erkrankt vor dem 50. Lebensjahr), soll die Behandlung künftig ausschließlich an zertifizierten Brustzentren erfolgen (landeseigene Zertifizierung über die Ärztekammer Westfalen-Lippe). Darüber hinaus wird die regelmäßige Erfüllung der G-BA-Mindestmenge (100 Fälle / Jahr) berücksichtigt. Neu beantragende Versorger mit abgeschlossenem Voraudit werden in Rahmen der Auswahlentscheidung mitberücksichtigt, sofern diese im Vergleich zu den bereits zertifizierten Versorgern mit stabilem Fallgeschehen eine gleich gute oder bessere Versorgung bieten können. Dabei darf die Auswahlentscheidung nicht dazu führen, dass sich die Anzahl der Anbieter so erhöht, dass das Erreichen der GBA-Mindestmenge in Frage steht. Bei der Verteilung der Fallzahlen wurde regelmäßig auf einen höheren Wert abgestellt, den alle Krankenhäuser, die die Mindestkriterien erfüllen, erbringen können (Hervorhebungen durch die Kammer). 71

Anhörung vom 21. Juni 2024, BA 3 S. 1122 f. 72

Am 24. Juli 2024 wandte sich die Stadt X. als Beteiligte gem. § 15 KHGG an das MAGS (BA 3, S. 1212 f.) und führte zur LG 21.3 aus: 73

Mit der Krankenhausplanung NRW wurde im April 2022 erstmals als Mindestvoraussetzung eine Zertifizierung durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe für die Leistungsgruppe Senologie gefordert. Die SK-MG haben daraufhin bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe das Zertifizierungsverfahren angestoßen. Das Voraudit war erfolgreich und die Zertifizierung wäre 74

erfolgreich gewesen. Der weitere Zertifizierungsschritt wurde abgelehnt, da die Senologie noch nicht im Krankenhausplan steht. Dieser Zirkelschluss ist aufzulösen, damit die SK-MG die Zulassung zur Zertifizierung und damit über die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen einen Versorgungsauftrag für Senologie zugeteilt werden kann (sic.). Dieses Problem hinsichtlich der Senologie ist auch der Ärztekammer Westfalen-Lippe bewusst. Dort wird auch der Ansatz der Chancengleichheit für die SK-MG unterstützt. [...]

Mit Schriftsatz vom 15. November 2025, BA 3, S. 1350 ff. rügte die Antragstellerin gegenüber dem MAGS im Wesentlichen, dass beim J.-Hospital in A. ein Vor-Audit der Zertifizierung durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe als ausreichend angesehen worden sei, während das Vor-Audit der Antragstellerin nicht genüge. Darüber hinaus sei die Auffassung des MAGS, die Antragstellerin erfülle die Mindestanforderungen nicht, nicht nachvollziehbar. Im Rahmen des Vor-Audits habe die Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe schon im Dezember 2022 bestätigt, dass die Antragstellerin „alle notwendigen strukturellen Voraussetzungen für die Zertifizierung“ erfülle. Die Zertifizierung sei mit der Begründung abgelehnt worden, dass Voraussetzung für die Zertifizierung die Ausweisung eines entsprechenden Versorgungsauftrags im Krankenhausplan sei. Ohne Benennung eines Versorgungsauftrags durch das MAGS sei eine Zertifizierung nicht möglich. 75

Mit Erlass vom 27. November 2024 (BA 3, S. 1355 ff.) wandte sich das MAGS an die Bezirksregierung und entschied sich gegen eine Zuweisung der LG 21.3 mit folgender Begründung: 76

Bezüglich dieser Leistungsgruppe erklärt der Träger Dissens zur Nichtzuweisung. Der Träger führt aus, dass sie im Rahmen eines Vor-Audits durch die Zertifizierungsstelle ÄKZert im Dezember 2022 die Bestätigung erhalten habe, dass alle notwendigen strukturellen Voraussetzungen erfüllt würden. Eine Zertifizierung unter Berücksichtigung des Anforderungskatalogs an Brustzentren in NRW auf Basis der in dem Voraudit getroffenen Feststellungen sei grundsätzlich möglich. Gleichzeitig habe ÄKZert eine Zertifizierung abgelehnt, weil kein Versorgungsauftrag vorlag. Aus Sicht des Trägers liege hier ein logischer Bruch bzw. ein Zirkelschluss vor. Über diesen Zirkelschluss habe das Ministerium mit Schreiben vom 9. August 2023 insoweit aufgeklärt, dass für eine Zuweisung auch die Bestätigung durch das Vor-Audit ausreichen würde. Die Zuweisung dieser Leistungsgruppe erfolgt zur Qualitätssicherung landesweit ausschließlich an – durch die ÄKZert - zertifizierte Brustzentren mit einem stabilen Fallgeschehen. Die Städtischen Kliniken X. wären zwar prinzipiell nach Auskunft von ÄKZert zertifizierungsbereit. Allerdings konnte zur damaligen Einschätzung das Fallzahlgeschehen und die Erreichung der erforderlichen Mindestanzahl an Primäreingriffen nicht abgeschätzt werden. Zutreffend trägt der Träger vor, dass damit die Städt. Kliniken X. diese Voraussetzung für die Zuweisung erfüllt hat. Ich weise darauf hin, dass anderweitige Zertifizierungen für eine Ausweisung als Brustzentrum nach Maßgaben des Plans nicht gleichwertig zu berücksichtigen sind. Bei Zuweisung an die Städtischen Kliniken X., wäre durch Aufnahme eines weiteren Anbieters eine Umverteilung des Bedarfs innerhalb des Versorgungsgebiets 4 erforderlich. Die berücksichtigten Standorte, die im Versorgungsgebiet 4 eine Zuweisung erhalten haben, haben in der Vergangenheit bereits höhere und stabilere Fallzahlen erbracht. Die Aufnahme eines weiteren Leistungserbringers und damit ein Herabsetzen des Umfangs der Versorgungsaufträge der anderen Krankenhäuser ist somit nicht begründbar und würde letztlich das Ziel der Krankenhausplanung, eine zentrierte Versorgung gerade mit Blick auf die onkologischen Leistungen zu erbringen, konterkarieren. Zudem sind in diesem Zusammenhang die Vorgaben des ÄKZert zu beachten, so dass planerisch zu allen Zeiten gewährleistet werden muss, dass die Einhaltung der Voraussetzungen und der entsprechenden Fallmengen 77

gewährleistet ist. Auch mit Blick auf die regionale Verteilung der Angebote in der Leistungsgruppe bietet sich eine Zuweisung nicht an, da insoweit im Versorgungsgebiet 4 und selbst im Stadtgebiet X. entsprechende Angebote bestehen und somit die Aufnahme auch nicht zu einer Verbesserung der nachrangig zu betrachtenden Erreichbarkeiten beiträgt. Hier gemeint ist das naheliegende Ev. Krankenhaus K. X.. Ich verbleibe bei meiner Entscheidung aus der Anhörung, die Leistungsgruppe nicht zuzuweisen. Mit der Stellungnahme zur zweiten Anhörung wurden keine weiteren Gründe genannt, die zu einer anderweitigen Entscheidung führen.

Der Antrag der Antragstellerin auf Aufnahme in den Krankenhausplan mit der Leistungsgruppe 21.3 Senologie wurde mit Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024, S. 31 f. mit folgender Begründung abgelehnt: 78

Bezüglich der Leistungsgruppe 21.3 Senologie liegt auf der Planungsebene insgesamt eine Überzeichnung durch die beantragenden Krankenhäuser vor, so dass zur Sicherstellung der Versorgung nur ein Teil der beantragten Leistungsmenge für die Aufnahme in den Plan berücksichtigt werden kann. Die Behandlung von Brustkrebspatientinnen ist an die Zuweisung der Leistungsgruppe 21.3 im Feststellungsbescheid des Krankenhauses gebunden. Mit Blick auf das oftmals junge Erkrankungsalter (eine von sechs betroffenen Frauen erkrankt vor dem 50. Lebensjahr), soll die Behandlung künftig ausschließlich an zertifizierten Brustzentren erfolgen (landeseigene Zertifizierung über die Ärztekammer Westfalen-Lippe). Darüber hinaus wird die regelmäßige Erfüllung der G-BA-Mindestmenge (100 Fälle / Jahr) berücksichtigt. Neu beantragende Versorger mit abgeschlossenem Voraudit werden in Rahmen der Auswahlentscheidung mitberücksichtigt, sofern diese im Vergleich zu den bereits zertifizierten Versorgern mit stabilem Fallgeschehen eine gleich gute oder bessere Versorgung bieten können. Dabei darf die Auswahlentscheidung nicht dazu führen, dass sich die Anzahl der Anbieter so erhöht, dass das Erreichen der GBA Mindestmenge in Frage steht. Bei der Verteilung der Fallzahlen wurde regelmäßig auf einen höheren Wert abgestellt, den alle Krankenhäuser, die die Mindestkriterien erfüllen, erbringen können. Sie haben 180 Fälle beantragt. Bezüglich dieser Leistungsgruppe erklärten Sie Dissens zur beabsichtigten Nichtzuweisung. Sie führen aus, dass Sie im Rahmen eines Vor-Audits durch die Zertifizierungsstelle ÄKZert im Dezember 2022 die Bestätigung erhalten haben, dass alle notwendigen strukturellen Voraussetzungen erfüllt würden. Eine Zertifizierung unter Berücksichtigung des Anforderungskatalogs an Brustzentren in NRW auf Basis der in dem Voraudit getroffenen Feststellungen seien grundsätzlich möglich. Gleichzeitig habe ÄKZert eine Zertifizierung abgelehnt, weil kein Versorgungsauftrag vorlag. Aus ihrer Sicht liege hier ein logischer Bruch bzw. ein Zirkelschluss vor. Über diesen Zirkelschluss habe das Ministerium mit Schreiben vom 9. August 2023 insoweit aufgeklärt, dass für eine Zuweisung auch die Bestätigung durch das Vor-Audit ausreichen würde. Die Zuweisung dieser Leistungsgruppe erfolgt zur Qualitätssicherung landesweit ausschließlich an – durch die ÄKZert -zertifizierte Brustzentren mit einem stabilen Fallgeschehen. Sie wären zwar prinzipiell nach Auskunft von ÄKZert zertifizierungsbereit. Allerdings konnte zur damaligen Einschätzung das Fallzahlgeschehen und die Erreichung der erforderlichen Mindestanzahl an Primäreingriffen nicht abgeschätzt werden. Zutreffend tragen Sie vor, dass Sie damit diese Voraussetzung für die Zuweisung erfüllt haben. Ich weise darauf hin, dass anderweitige Zertifizierungen für eine Ausweisung als Brustzentrum nach Maßgaben des Plans nicht gleichwertig zu berücksichtigen sind. Bei Zuweisung an die Städtischen Kliniken X., wäre durch Aufnahme eines weiteren Anbieters eine Umverteilung des Bedarfs innerhalb des Versorgungsgebiets 4 erforderlich. Die berücksichtigten Standorte, die im Versorgungsgebiet 4 eine Zuweisung erhalten haben, haben in der Vergangenheit bereits höhere und stabilere Fallzahlen erbracht. Die Aufnahme eines weiteren Leistungserbringers und damit ein 79

Herabsetzen des Umfangs der Versorgungsaufträge der anderen Krankenhäuser ist somit nicht begründbar und würde letztlich das Ziel der Krankenhausplanung, eine zentrierte Versorgung gerade mit Blick auf die onkologischen Leistungen zu erbringen, konterkarieren. Zudem sind in diesem Zusammenhang die Vorgaben des ÄKZert zu beachten, so dass planerisch zu allen Zeiten gewährleistet werden muss, dass die Einhaltung der Voraussetzungen und der entsprechenden Fallmengen gewährleistet ist. Auch mit Blick auf die regionale Verteilung der Angebote in der Leistungsgruppe bietet sich eine Zuweisung nicht an, da insoweit im Versorgungsgebiet 4 und selbst im Stadtgebiet X. entsprechende Angebote bestehen und somit die Aufnahme auch nicht zu einer Verbesserung der nachrangig zu betrachtenden Erreichbarkeiten beiträgt. Mit der Stellungnahme zur zweiten Anhörung wurden keine weiteren Gründe genannt, die zu einer anderweitigen Entscheidung führen. Daher weise ich Ihnen die Leistungsgruppe 21.3 nicht zu.

Für die **LG 21.3 Senologie** begegnet die Entscheidung des Antragsgegners, den Bedarf in diesem Plangebiet durch Zuweisung an andere Krankenhäuser und nicht an die Antragstellerin zu decken, durchgreifenden Bedenken. Die Auswahlentscheidung dürfte einer Überprüfung im Hauptsacheverfahren nicht standhalten, da Überwiegendes dafürspricht, dass die Entscheidung auf der ersten Stufe rechtswidrig sein dürfte. Der Antragsgegner durfte nicht offenlassen, ob die Antragstellerin die Mindestvoraussetzungen erfüllt. Auf der zweiten Stufe dürfte sich die Antragstellerin gegen einen Mitbewerber, das U. Klinikum B., als „am besten“ durchsetzen. 80

aa) 81

Durchgreifende Bedenken bestehen zunächst hinsichtlich Vorgehens des Antragsgegners auf der ersten Stufe, also der Frage, ob die Antragstellerin für die LG 21.3 leistungsfähig ist bzw. die Mindestkriterien erfüllt. Denn der Antragsgegner spricht der Antragstellerin zunächst im Verwaltungsverfahren die Leistungsfähigkeit ab, obwohl sie in der Vergangenheit im Bereich Senologie an der Versorgung teilgenommen hat und stellt in der Folge – als Reaktion auf die aus Sicht der Kammer berechtigten Rügen der Antragstellerin – nicht eindeutig klar, ob er die Antragstellerin als leistungsfähig ansieht oder nicht. Im Einzelnen: 82

Die Antragstellerin hat bisher auf Grundlage des Feststellungsbescheids Nr. 2166 vom 1. März 2023 i.d.F. des Änderungsbescheids vom 27. Juni 2024 (GA im Verfahren 21 K 454/25, S. 139) Eingriffe im Bereich der Senologie vorgenommen und hierbei im Zeitraum von 2019 bis 2023 nach den Angaben des Antragsgegners folgende Fallzahlen erbracht: 165, 127, 121, 146, 131. Die Antragstellerin war demnach auf Grundlage des alten Krankenhausplans leistungsfähig. 83

Trotz der Teilnahme an der Versorgung nach dem alten Krankenhausplan sprach das MAGS – entgegen der Auffassung der Bezirksregierung im Bericht Regionale Planungskonzepte – der Antragstellerin zunächst die Leistungsfähigkeit mit der Begründung ab, sie sei nicht durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe als Brustzentrum zertifiziert. Vor dem Hintergrund der nachvollziehbaren Rügen der Antragstellerin im Schriftsatz u.a. vom 15. November 2025 und der Stadt X. vom 24. Juli 2024 begegnet dieses Vorgehen des MAGS durchgreifenden Bedenken. Die Kammer sieht es als problematisch an, wenn die Antragstellerin einerseits nach Auffassung der Ärztekammer Westfalen-Lippe „formell“ alle notwendigen strukturellen Voraussetzungen für die Zertifizierung durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe erfüllt, die Zertifizierung aber andererseits mit dem Argument abgelehnt wird, der Versorgungsauftrag, um den sich die Antragstellerin gerade bewirbt, sei für die Zertifizierung Voraussetzung. 84

Dies widerspricht ständiger Rechtsprechung zur Aufnahme in einen Krankenhausplan. Bei Voraussetzung einer bereits erfolgten Zuweisung der streitgegenständlichen Leistungsgruppe für eine Zertifizierung (hier nach Vorgaben des ÄKZert), die wiederum für die Zuweisung nach KHP 2022 notwendiges Mindestkriterium ist, wäre ein Neubewerber in jedem Falle ausgeschlossen. Das steht im Gegensatz zu dem anerkannten – grundrechtlich verbürgten – Grundsatz, dass Plankrankenhäuser gegenüber Neubewerbern keinen Vorrang genießen, sondern ihnen prinzipiell gleichstehen, wenn im Falle der Bedarfsdeckung die Rechtsstellung eines Plankrankenhauses bei der begehrten Aufnahme eines Neubewerbers prinzipiell wieder zur Disposition steht.

Vgl. OVG NRW, Urteile vom 5. Oktober 2010 ? 13 A 2070;2071/09 ?, juris. 86

Denn vorhandenen Plankrankenhäusern kommt kein gesetzlicher Vorrang gegenüber hinzutretenden Konkurrenten zu. Ein Krankenhaus ist auch dann grundsätzlich geeignet, in den Krankenhausplan aufgenommen zu werden, wenn es neben oder an Stelle eines Plankrankenhauses geeignet ist, den - insoweit nur fiktiven - Bedarf zu decken. 87

Vgl. BVerwG, Urteil vom 18. Dezember 1986 - 3 C 67.85 -, NJW 1987, 2318, 2320. 88

Zwar ist die Antragstellerin keine „Neubewerberin“ im engeren Sinne, da sie aufgrund der zuvor erfolgten krankenhausesplanrechtlichen Ausweisung entsprechende medizinisch-pflegerische Leistungen erbringen durfte. Sie steht aber „Neubewerberinnen“ insoweit gleich, als ihr – offenbar anders als bei den Konkurrenzkrankenhäusern – keine Zertifizierung nach den Vorgaben des ÄKZert unter dem Regime des früheren Krankenhausplanes, der noch ohne Zuweisungen von Leistungsgruppen auskam, gelungen ist. 89

Aus den vorgenannten Grundsätzen folgt auch zur Vermeidung einer sog. „Betonierung“ bzw. „Versteinerung“ der Krankenhauslandschaft, 90

s. nur: BVerwG, Urteil vom 14. April 2011 – 3 C 17.10 ?, juris, 91

dass eine Planaufnahme nicht dadurch verhindert werden kann, dass derartige Mindestkriterien aufgestellt werden, für deren Geltung wiederum eine bereits erfolgte Planzuweisung verlangt wird, die ja gerade erst erstrebt wird. Das würde der Bedeutung des Art. 12 Abs. 1 GG nicht gerecht. 92

Es spricht damit Überwiegendes dafür, dass im Falle der Mindestvoraussetzung „Regelmäßige erfolgreiche (Re-) Zertifizierung als Brustzentrum durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe“ der Nachweis der materiellen Kriterien für eine Zertifizierung ohne das zertifizierungsinterne Kriterium „Bestehen der Zuweisung der Leistungsgruppe“ ausreichend sein müsste. 93

Hinzu kommt, dass hier scheinbar das J.hospital A. zunächst anders behandelt wurde als die Antragstellerin und letztere dies erst gegenüber dem MAGS rügen musste (vgl. hierzu auch Antragsrüge vom 17. März 2025, GA, S. 463). 94

Auch wenn das MAGS die Rügen der Antragstellerin im Erlass an die Bezirksregierung teilweise aufgegriffen hat und auch der Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 hierauf eingeht, lässt der Antragsgegner letztlich offen, ob er die Antragstellerin als leistungsfähig einstuft. Soweit der Antragsgegner etwaige Unsicherheiten hinsichtlich der Leistungsfähigkeit mit den Mindestfallzahlen und dem „damaligen Fallzahlgeschehen“ begründet, ist dies für die Kammer nicht nachvollziehbar. Dem Antragsgegner sind die 95

Fallzahlen der Antragstellerin auf Grundlage der InEK-Datenbank bekannt.

Sowohl im Feststellungsbescheid als auch in der Antragserwiderung besteht in der Gesamtschau der Eindruck, als wolle der Antragsgegner die Frage der Leistungsfähigkeit der Antragsteller letztlich offenlassen oder mit dem Argument umgehen, sie werde auf der zweiten Stufe ohnehin nicht ausgewählt. 96

Beispielhaft genannt sei die Passage im Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024, S. 32, in der es heißt: 97

Die Zuweisung dieser Leistungsgruppe erfolgt zur Qualitätssicherung landesweit ausschließlich an – durch die ÄKZert-zertifizierte Brustzentren mit einem stabilen Fallgeschehen. Sie wären zwar prinzipiell nach Auskunft von ÄKZert zertifizierungsbereit. Allerdings konnte zur damaligen Einschätzung das Fallzahlgeschehen und die Erreichung der erforderlichen Mindestanzahl an Primäreingriffen nicht abgeschätzt werden. Zutreffend tragen Sie vor, dass Sie damit diese Voraussetzung für die Zuweisung erfüllt haben. Ich weise darauf hin, dass anderweitige Zertifizierungen für eine Ausweisung als Brustzentrum nach Maßgaben des Plans nicht gleichwertig zu berücksichtigen sind. [...] 98

Zudem sind in diesem Zusammenhang die Vorgaben des ÄKZert zu beachten, so dass planerisch zu allen Zeiten gewährleistet werden muss, dass die Einhaltung der Voraussetzungen und der entsprechenden Fallmengen gewährleistet ist. 99

In der Antragserwiderung vom 17. März 2025 räumt der Antragsgegner ausdrücklich ein, er habe die Frage der Leistungsfähigkeit offengelassen: 100

Aufgrund dieser in tatsächlicher Hinsicht unklaren Entscheidungsgrundlage war die strikte Trennung der Zuweisungsentscheidung in (1.) die Feststellung, welche antragstellenden Häuser die Mindestvoraussetzungen erfüllen und daher in eine Auswahlentscheidung einzubeziehen sind, und (2.) die Durchführung der eigentlichen Auswahlentscheidung anhand der Auswahlkriterien und der Fallzahlen, nicht möglich. Trotz bzw. wegen dieser unsicheren Tatsachengrundlage hat der Antragsgegner die Antragstellerin im weiteren Auswahlprozess 101

nicht unberücksichtigt gelassen. 102

Antragserwiderung vom 13. März 2025, GA, S. 464. 103

Ein „Offenlassen“ der ersten Stufe ist nach Auffassung der Kammer nicht mit der Systematik der Krankenhausplanung, die stets zwischen der ersten Stufe und der zweiten Stufe differenziert, zu vereinbaren. Sollte der Antragsgegner davon ausgehen, dass die Antragstellerin trotz des Versorgungsauftrags in der Vergangenheit nunmehr die Voraussetzungen auf der ersten Stufe nicht mehr erfüllt, so muss sie dies auch darlegen. 104

Insgesamt erweckt das Vorgehen den Eindruck, als sollte die Antragstellerin vor dem Hintergrund strategischer Zuteilungen im Versorgungsgebiet 4 nicht in die Planung einbezogen werden. 105

bb) 106

Durchgreifende Bedenken bestehen darüber hinaus vor dem Hintergrund der Auswahlentscheidung auf Grundlage der Fallzahlen. 107

108

Der Antragsgegner begründet die Nichtzuweisung der LG 21.3 im Bescheid vom 16. Dezember 2024, S. 32, wie folgt:

Die berücksichtigten Standorte, die im Versorgungsgebiet 4 eine Zuweisung erhalten haben, haben in der Vergangenheit bereits höhere und stabilere Fallzahlen erbracht. 109

Berücksichtigung man die Zahlen, die der Prozessbevollmächtigte in der Antragserwiderung nennt (Antragserwiderung vom 17. März 2025, GA, S. 464 ff.), hat die Kammer durchgreifende Zweifel, ob die im Bescheid getroffene Aussage zutrifft. Unzweifelhaft dürfte die Antragstellerin geringere Fallzahlen aufweisen als drei ihrer Mitbewerber: 110

Das Q. Klinikum Z. kann jeweils über 200 Fälle pro Jahr vorweisen, das Evangelische Krankenhaus K. X. pro Jahr zwischen 370 und 600, und das R.-Krankenhaus zwischen 270 und 350 pro Jahr. 111

Antragserwiderung vom 17. März 2025, GA, S. 466. 112

Hinsichtlich des U. Klinikum B. lässt sich hingegen nicht erkennen, dass sich dieses gegen die Antragstellerin „als am besten“ durchsetzt: 113

Dem Vorbringen des Antragsgegners ist zunächst einmal zu entnehmen, dass dieser einen Mitbewerber ausgewählt hat, der an seinem eigenen Standort eine ein- bzw. zweistellige Zahl entsprechender Primäroperationen pro Jahr vornimmt. 114

Das U. Klinikum B. führte isoliert betrachtet lediglich eine ein- bzw. zweistellige Zahl entsprechender Primäroperationen pro Jahr durch. 115

Antragserwiderung vom 17. März 2025, GA, S. 466. 116

Diese Angabe ist für sich genommen schon einmal unergiebig, da hier Fallzahlen von einem bis 99 Fällen abgedeckt werden könnten. Anzumerken ist auch, dass der Antragsgegner in parallelen Eilverfahren stets genaue Angaben zum Fallgeschehen machte. 117

In einem zweiten Schritt stellt der Antragsgegner dann auf die Kooperation mit dem G. klinik O. ab. 118

Es bildet jedoch mit dem U. Klinikum O. eine Einheit: Beide Betriebsstellen firmieren unter einem Institutionskennzeichen, die Brustkrebsbehandlung wurde an den Standort in B. verlagert, sodass die entsprechenden Fallzahlen beider Standorte dem U. Klinikum B. zugutekommen, die damit in den Jahren 2019 bis 2022 insgesamt konstant über 100 Primäroperationen lagen. 119

Antragserwiderung vom 17. März 2025, GA, S. 466. 120

Auch hier ist die Angabe der Fallzahlen mit „über 100 Primäroperationen“ erneut diffus und lässt einen Vergleich mit dem Mengengerüst der Antragstellerin nicht zu. Darüber hinaus vergleicht der Antragsgegner hier einen Zeitraum der Antragstellerin von 2019 bis 2023 mit einem Zeitraum des Mitbewerbers im Zeitraum 2019 bis 2022. Dies lässt einen Vergleich nicht zu. In parallelen Eilverfahren wurden darüber hinaus die Vergleichswerte genauer beziffert. 121

Kaum noch nachvollziehbar sind für die Kammer schließlich die Ausführungen des Antragsgegners, wonach dem Mitbewerber U. Klinikum B. scheinbar die Fallzahlen des 122

Mitbewerbers R.-Krankenhaus zuzurechnen sind, das sich wiederum gegen die Antragstellerin durchgesetzt hat:

Da es sich bei dem U. Klinikum B./ O. um ein kooperatives Brustzentrum handelt, das mit dem R.-Krankenhaus kooperiert, [...] war für eine Zertifizierung des U. Klinikums nach den Maßgaben der Ärztekammer Westfalen-Lippe für kooperative Brustzentren im Gegensatz zur Antragstellerin wie dargelegt insoweit eine Fallzahl von 100 entscheidend. [...] Für die Auswahl des U. Klinikums sprach daher nicht nur, dass das U. Klinikum – anders als das Haus der Antragstellerin – die Zertifizierungsvoraussetzungen kontinuierlich und stabil erfüllt. Die Zuweisung der Leistungsgruppe 21.3 an das U. Klinikum diene zugleich der langfristigen Sicherung der Kooperation mit dem R.-Krankenhaus. Letzteres weist circa doppelt so hohe Fallzahlen auf wie die Antragstellerin. Die Zuweisungsentscheidung des Antragsgegners sicherte so auch die weitere Konzentration der Brustkrebsbehandlung an dem kooperativen Brustzentrum Nr. 00 ab. 123

Antragserwiderung vom 17. März 2025, GA, S. 466. 124

Das Gericht hat Zweifel, dass sich ein Mitbewerber im Wege einer Kooperation die Fallzahlen eines weiteren Mitbewerbers zurechnen lassen kann. Darüber hinaus entsteht auch hier der Eindruck, als würden die erste und die zweite Stufe der Auswahlentscheidung vermischt. 125

cc) 126

Zu den Ausführungen des Antragsgegners im Bescheid vom 16. Dezember 2024, S. 32, 127

Bei Zuweisung an die Städtischen Kliniken X., wäre durch Aufnahme eines weiteren Anbieters eine Umverteilung des Bedarfs innerhalb des Versorgungsgebiets 4 erforderlich. [...] Die Aufnahme eines weiteren Leistungserbringers und damit ein Herabsetzen des Umfangs der Versorgungsaufträge der anderen Krankenhäuser ist somit nicht begründbar und würde letztlich das Ziel der Krankenhausplanung, eine zentrierte Versorgung gerade mit Blick auf die onkologischen Leistungen zu erbringen, konterkarieren., 128

ist letztlich zu konstatieren, dass eine Umverteilung bzw. Neuverteilung im Verwaltungsverfahren jedenfalls dann zwingend ist, wenn sich ein bisher nicht berücksichtigter Bewerber leistungsmäßig gegen einen Mitbewerber „als am besten“ durchsetzt. Dies ist schon deshalb geboten, um – wie schon ausgeführt – eine „Betonierung“ der Krankenhauslandschaft zu vermeiden. 129

dd) 130

Soweit die Antragstellerin mit Schriftsatz vom 25. März 2025 mitteilt, sie habe von der Bezirksregierung Düsseldorf soeben erfahren, dass die gynäkologische Abteilung des U. Klinikums B. mit Wirkung zum 30. April 2025 schließen werde, spricht auch dies vor dem Hintergrund der oben genannten Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Nichtzuweisung der Leistungsgruppe 21.3 für eine neue Auswahlentscheidung des Antragsgegners. 131

b) 132

Der Bescheid vom 16. Dezember 2024 erweist sich im Übrigen – soweit er angefochten ist – nach der im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage als rechtmäßig und verletzt die Antragstellerin nicht in ihren Rechten, § 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO. 133

134

Die Nichtzuweisung der Leistungsgruppen 16.2 Lebereingriffe (dazu aa), 16.4 Pankreaseingriffe (dazu bb) und 21.2 Ovarial-CA (dazu cc) ist voraussichtlich nicht zu beanstanden.

aa) 135

Die Nichtzuweisung in der **LG 16.2 Lebereingriffe** begegnet keinen durchgreifenden Bedenken. 136

Bezogen auf die LG 16.2 hat die Antragstellerin die Zuteilung eines Versorgungsauftrags im Umfang von 20 Fällen beantragt (vgl. Tabelle BA 2, S. 613). 137

Der Antragsgegner hat die für die verschiedenen Leistungsgruppen erforderlichen regionalen Planungsverfahren für die unterschiedlichen Planungsebenen (§ 14 Abs. 4 KHGG NRW) durchgeführt. Im Bericht regionale Planungskonzepte – LG 16.2, der mit Email vom 13. März 2024 (BA 3 S. 1069) von der Bezirksregierung Düsseldorf an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) gesendet wurde, heißt es u.a.: 138

Die Leistungsgruppe 16.2 haben im Regierungsbezirk Düsseldorf die o.g. Krankenhäuser beantragt. Prognostiziert wird für das Jahr 2024 ein Bedarf von 398 Fällen. Die Antragszahl lag mit 848 Fällen deutlich über dem prognostizierten Bedarf. Hinweise auf einen abweichenden tatsächlichen Bedarf konnten nicht festgestellt werden. Das Regionale Planungsverfahren wurde von dem S. Hospital Y.Y., dem Q. St. L. Klinik M., dem Ev. Krankenhaus T., dem Ev. Krankenhaus K., dem Krankenhaus D. Z., den Kliniken N. (X.), dem Ev. Krankenhaus K. X., dem Ev. Krankenhaus E., dem St. W. Krankenhaus Y., aufgrund der Nicht-Zuteilung des Versorgungsauftrages, im Dissens beendet. Zudem beendeten das Universitätsklinikum S.H. und das Städtische Klinikum V. das Regionale Planungsverfahren hinsichtlich der Fallzahlhöhe im Dissens. Alle weiteren Kliniken beendeten das Regionale Planungsverfahren im Konsens. In ihrem Votum haben die Kostenträger mit 418 Fällen 20 Fälle mehr als den prognostizierten Bedarf verteilt. ?n meinem Votum weiche ich von dem Verhandlungsergebnis der Kostenträger ab. 139

[...] 140

Bei den Lebereingriffen der LG 16.2 handelt es sich aus medizinischer Sicht um hochkomplexe und seltene Eingriffe in der Viszeralchirurgie. Der geringe prognostizierte Bedarf sowie die Komplexität des Eingriffs sprechen für eine deutliche Konzentration in der LG 16.2, um eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung halte ich es nicht für sinnvoll, dass ein Krankenhaus nur sehr geringe Fallzahlen erbringt. Orientiert man sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zur Zertifizierung als Zentrum, so ist eine zu erbringende Mindestfallzahl bei der niedrigsten Zertifizierungs-Stufe (sog. Kompetenzzentrum) von 25 Fällen pro Jahr bei einer Fachabteilung (Leistungen mit OPS-Code 5-502) gefordert. Dies entspricht genau den Leistungen, die vom Krankenhausplan (S.190) in der LG 16.2 umfasst sind. ?Die Reduktion der Standorte erfolgt anhand einer Auswertung der geleisteten Fallzahlen, der beantragten Fallzahlen, dem Votum der Kostenträger sowie der Auswahlkriterien. Eine regionale Mehrfachvorhaltung bzw. längere Fahrtzeiten für diese elektiven Eingriffe wurden dafür in einzelnen Regionen in Kauf genommen. Aufgrund der erforderlichen Konzentration (Untergrenze von 25 Fällen) bei Lebereingriffen ist es wahrscheinlich, dass die Anzahl der durchgeführten Eingriffe in den ausgewählten Krankenhäusern deutlich zunimmt, weshalb in einigen Fällen ein Votum höher 141

als die beantragten Fallzahlen ergeht.

Bericht Regionale Planungskonzepte – LG 16.2, BA 2 bis 3, S. 985 ff. 142

Vor Erlass des Feststellungsbescheids vom 16. Dezember 2024 hörte das MAGS die Antragstellerin zunächst mit Schreiben vom 21. Juni 2024 (BA 3, S. 1151 ff.) u.a. zur LG 16.2 an: 143

Bezüglich der Leistungsgruppe 16.2 Lebereingriffe liegt auf der Planungsebene insgesamt eine Überzeichnung durch die beantragenden Krankenhäuser vor, so dass zur Sicherstellung der Versorgung nur der Teil des prognostizierten Bedarfes berücksichtigt werden kann. Aufgrund der oftmals onkologischen Indikation zur Leberresektion soll in dieser Leistungsgruppe eine deutliche Konzentration auf Versorger mit hoher Strukturqualität und konstant überdurchschnittlichem Fallgeschehen erfolgen. Das reale Fallgeschehen in Nordrhein-Westfalen zeigt bereits heute wenige große Versorger bei einer Vielzahl kleiner Versorger mit weniger als 20 Fällen pro Jahr. Die hohe Mortalität bei bösartigen Neubildungen der Leber machen eine deutliche Konzentration der Leistungserbringung erforderlich. Für die Zukunft wird weiteres Konzentrationspotenzial gesehen. Bei der Entscheidung über die Höhe einer Zuweisung wurde sich – auch 144

in Anbetracht des im Regierungsbezirk Düsseldorf bestehenden Leistungsangebotes – an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zur Zertifizierung als Zentrum orientiert. So ist eine zu erbringende Mindestfallzahl bei der niedrigsten Zertifizierungsstufe (sog. „Kompetenzzentrum“) von 25 Fällen pro Jahr (Leistungen mit OPS-Code 5-502) gefordert. Dies entspricht den Leistungen, die vom Krankenhausplan in der LG 16.2 Lebereingriffe umfasst sind. Der prognostizierte Bedarf wurde unter den berücksichtigten Krankenhäusern und unter Berücksichtigung der voranstehenden Empfehlung mit mindestens 25 Fällen anteilmäßig verteilt. 145

Anhörung vom 21. Juni 2024, BA 3 S. 1172 f. 146

Aus den angehängten Tabellen war für die Antragstellerin ersichtlich, dass sie in der LG 16.2 hinsichtlich der 20 beantragten Fälle keine Zuweisung erhalten sollte (BA 3, S. 1196). Darüber hinaus war für die Antragstellerin aus den Tabellen ersichtlich, in welcher Höhe die weiteren Antragsteller Zuweisungen erhalten sollten. 147

Der Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan mit der Leistungsgruppe 16.2 Lebereingriffe wurde mit Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024, S. 26 f. mit folgender Begründung abgelehnt: 148

Bei den Lebereingriffen der LG 16.2 handelt es sich aus medizinischer Sicht um hochkomplexe und seltene Eingriffe in der Viszeralchirurgie. Der geringe prognostizierte Bedarf sowie die Komplexität des Eingriffs sprechen für eine deutliche Konzentration in der LG 16.2, um eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung halte ich es nicht für sinnvoll, dass ein Krankenhaus nur sehr geringe Fallzahlen erbringt. Orientiert man sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zur Zertifizierung als Zentrum, so ist eine zu erbringende Mindestfallzahl bei der niedrigsten Zertifizierungs-Stufe (sog. „Kompetenzzentrum“) von 25 Fällen pro Jahr bei einer Fachabteilung (Leistungen mit OPS-Code 5-502) gefordert. Dies entspricht genau den Leistungen, die vom Krankenhausplan (S.190) in der LG 16.2 umfasst sind. Eine regionale Mehrfachvorhaltung bzw. längere Fahrtzeiten wurden zugunsten der Standortreduktion orientiert an planerischen 149

Qualitätskriterien in einzelnen Regionen in Kauf genommen. Die Auswahlentscheidung erfolgte mit Blick auf die vergleichsweise nachweislich erfüllten Auswahlkriterien und unter Berücksichtigung der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Sie haben 20 Fälle beantragt. Bezüglich dieser Leistungsgruppe erklärten Sie Dissens zur beabsichtigten Nichtzuweisung. Das Darmkrebszentrum sei seit Oktober 2017 als zertifiziertes Zentrum von der DKG ausgewiesen und das größte Darmkrebszentrum der Stadt X.. Die Zuweisung der Leistungsgruppe sei erforderlich, um die Zertifizierung als Darmkrebszentrum zu behalten. Es ist festzuhalten, dass laut DKG die Anforderungen bei Lebermetastasen auch über eine Kooperation nachgewiesen werden können. Auch grundsätzlich führt der Hinweis auf die bestehende fachgesellschaftliche Zertifizierung nicht zu einer abweichenden Einschätzung. Ich verweise darauf, dass sich der Landesausschuss für Krankenhausplanung gerade dagegen ausgesprochen hat, Zertifikate regelmäßig als Auswahlkriterium zu berücksichtigen. Zum einen sind diese Zertifizierungen kein Bestandteil der nicht-abschließenden Auswahlkriterien des Krankenhausplans, zum anderen sind sie zur Ausschärfung des Auswahlermessens regelmäßig ungeeignet, da die Mehrheit der antragstellenden Standorte über (unterschiedliche) Zertifizierungen verfügt. Wie oben beschrieben, orientiere ich mich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zur Zertifizierung als Zentrum, wonach eine Fallzahl von 25 Fällen pro Jahr erforderlich ist. In den betrachteten Vorjahren haben Sie nicht mehr als zehn Fälle pro Jahr erbracht. Das sind wesentlich niedrigere Fallzahlen als von den berücksichtigten Anbietern erbracht wurden. Daher weise ich Ihnen die Leistungsgruppe 16.2 nicht zu.

Für die LG 16.2 Lebereingriffe begegnet weder die Bedarfsermittlung für das Plangebiet ((1)) 150 noch die Entscheidung des Antragsgegners, den Bedarf in diesem Plangebiet durch Zuweisung an andere Krankenhäuser und nicht die Antragstellerin zu decken ((2)), durchgreifenden Bedenken.

(1)Die Entscheidung über die Planaufnahme eines Krankenhauses setzt die Ermittlung des Bedarfs im Planungs- und Einzugsgebiet des Krankenhauses voraus. Für die LG 16.2 Lebereingriffe ist als Planungsebene der Regierungsbezirk bestimmt. Das Krankenhaus der Antragstellerin liegt im Regierungsbezirk Düsseldorf. Der Antragsgegner hat den Bedarf für die LG 16.2 Lebereingriffe anhand der in der Leistungsgruppendifinition aufgeführten OPS-Codes bestimmt (KHP 2022, S. 190). Dies entspricht der Systematik des Krankenhausplans NRW 2022. Der Antragsgegner hat für das Jahr 2024 für die spezifische Leistungsgruppe einen Gesamtbedarf von 1.311 Fällen prognostiziert (KHP 2022, S. 190, 346). 151

Wie die Fallzahlen für die spezifische Leistungsgruppe zu ermitteln sind, folgt aus dem Krankenhausplan NRW 2022 selbst. Als Basisjahr für die Bedarfsermittlung hat der Antragsgegner das Jahr 2019 zugrunde gelegt (KHP 2022, S. 83, 90, 107). Datengrundlage ist der InEK-Datensatz aller Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen für die Datenjahre 2013 bis 2019 (KHP 2022, S. 90). 152

OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?. 153

Das OVG NRW geht davon aus, dass nach Maßgabe der Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2022 auch nicht von veralteten Zahlen auszugehen ist, weil das Jahr 2019 Basis für die Bedarfsprognose war. Soweit die Bedarfsberechnung auf mittlerweile veralteten Zahlen beruhen könnte, ist im Jahr 2024 eine Neuberechnung und ?bewertung des Bedarfs innerhalb der Leistungsgruppen vorgesehen (vgl. KHP 2022, S. 83). 154

Die Kammer schließt sich dieser Auffassung an. Der Krankenhausplan geht insoweit von Zahlenmaterial aus, das in einem medizinisch nachvollziehbaren Leistungsgeschehen begründet ist, welches vor der Corona-Pandemie ab 2020 gelegen hat. Eine Neuberechnung ab 2024 mit Fortschreibung des Krankenhausplanes ist insoweit nachvollziehbar und wäre als Kriterium jedenfalls nicht willkürlich.

Für den Regierungsbezirk Düsseldorf ist der Antragsgegner von einem Bedarf von 398 Fällen im Jahr 2024 ausgegangen (Bericht – Regionale Planungskonzepte – LG 16.2, BA 2, S. 986). 156

(2)Der Antragsgegner hat eine Auswahlentscheidung zugunsten von neun Krankenhäusern und zulasten von 24 Krankenhäusern einschließlich der Antragstellerin getroffen (Tabelle, BA 3, S. 1442). Die Auswahlentscheidung ist voraussichtlich nicht zu beanstanden. Dass sich der Anspruch der Antragstellerin auf eine ermessensfehlerfreie Auswahlentscheidung zu ihren Gunsten und in der Folge auf die begehrte Aufhebung der Herausnahme aus dem Krankenhausplan verdichtet hat, ist nicht anzunehmen. 157

Darüber hinaus sind Ermessensfehler im vorliegenden Verfahren nicht erkennbar. Es ist weder zu bestanden, dass der Antragsgegner seine Auswahlentscheidung im Wesentlichen auf Grundlage Fallzahlen getroffen hat (dazu (a)) noch ist die Auswahlentscheidung selbst zu beanstanden (dazu (b)). 158

(a)Der Krankenhausplan NRW 2022 selbst benennt für die LG 16.2 Lebereingriffe keine Rangfolge möglicher Auswahlkriterien (vgl. S. 190 und im Übrigen zu den Kriterien für die Entscheidungen im regionalen Planungsverfahren KHP 2022, S. 56 ff.). Nach den Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2022 zur LG 16.2 Lebereingriffe ist es das erklärte Ziel des Krankenhausplans, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und zu verbessern (KHP NRW 2022, S. 186). 159

Ausweislich des Bescheids erfolgte die Auswahlentscheidung 160

mit Blick auf die vergleichsweise nachweislich erfüllten Auswahlkriterien und unter Berücksichtigung der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, 161

wobei eine zu erbringende Mindestfallzahl von 25 Fällen pro Jahr bei einer Fachabteilung gefordert wurde. 162

Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024, S. 26 f., 163

Die Grundlage der Auswahlentscheidung begegnet keinen durchgreifenden Bedenken. Die Entscheidung des Antragsgegners, sich an den Fallzahlen der konkurrierenden Krankenhäuser zu orientieren und mit Blick darauf nur wenige Krankenhäuser auszuwählen, dürfte voraussichtlich nicht zu beanstanden sein. Nach der bislang ergangenen Rechtsprechung des OVG NRW zum Krankenhausplan 2022, 164

OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 – , 165

stellen Fallzahlen voraussichtlich auch ein geeignetes Auswahlkriterium dar. Dass die Qualität für diese Leistungsgruppe auch durch die Menge erbrachter Leistungen belegt werden kann, ist naheliegend, weil sich die qualitativ hochwertige Versorgung u.a. an der in der Vergangenheit bestehenden Tätigkeit, den dadurch erworbenen Erfahrungen und der eben daraus resultierenden Qualität bemisst. 166

OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?, unter Bezugnahme auf Lohfert & Lohfert AG, Gutachten, Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, August 2019, S. 548.

Soweit der Antragsgegner darüber hinaus festlegt, dass er es nicht für sinnvoll erachte, wenn ein Krankenhaus nur sehr geringe Fallzahlen erbringe und eine Fallzahl von 25 Fällen pro Jahr fordert, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erreichen, begegnet auch dies keinen durchgreifenden Bedenken. Mit der Berücksichtigung des Leistungsgeschehens werden keine Kriterien der sog. ersten Stufe der Krankenhausplanung kreiert; dies wäre in der Tat an strenge rechtliche Vorgaben gebunden. Vielmehr – das ergibt insoweit die oben wiedergegebene Rechtsprechung des OVG, der sich die Kammer anschließt – zieht der Antragsgegner tatsächliches Leistungsgeschehen zur Anwendung des Auswahlermessens heran (zweite Stufe der Krankenhausplanung). Dies ist – wie bereits ausgeführt – aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden. 168

(b) Auf dieser Basis ist nicht erkennbar, dass eine Zuweisung der LG 16.2 Lebereingriffe an die Antragstellerin zwingend erforderlich wäre. Der Antragsgegner begründet seine Auswahlentscheidung im Wesentlichen wie folgt: 169

Wie oben beschrieben orientiere ich mich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zur Zertifizierung als Zentrum, wonach eine Fallzahl von 25 Fällen pro Jahr erforderlich ist. In den betrachteten Vorjahren haben Sie nicht mehr als zehn Fälle pro Jahr erbracht. Das sind wesentlich niedrigere Fallzahlen als von den berücksichtigten Anbietern erbracht wurden. Daher weise ich Ihnen die Leistungsgruppe 16.2 nicht zu. 170

Bescheid vom 16. Dezember 2024, S. 27. 171

Die Auswahlentscheidung auf Grundlage der Auswahlkriterien und Fallzahlen begegnet keinen durchgreifenden Bedenken. Die Antragstellerin rügt mit Schriftsatz vom 28. Februar 2025 im Verfahren 21 K 454/25 zahlreiche Ermessensfehler. Sie rügt u.a. die Heranziehung der Fallzahlen als maßgebliches Kriterium, die Nichtzuweisung trotz ihrer Zertifizierung als Darmkrebszentrum und ihrer besonderen fachlichen Qualifikationen/Expertise und Nichtbeachtung von Wechselwirkungen für das Krankenhaus der Antragstellerin. Es ist bei summarischer Prüfung nichts dafür dargetan oder sonst ersichtlich, dass der Antragsgegner die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten hat oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat, § 114 Satz 1 VwGO. Im Einzelnen: 172

(aa) 173

Soweit sich die Antragstellerin gegen die Auswahlentscheidung auf Grundlage der geleisteten Fallzahlen wendet, dringt sie damit nicht durch. Dass Fallzahlen ein geeignetes Auswahlkriterium darstellen dürften, hat die Kammer bereits dargelegt. Vor dem Hintergrund des herangezogenen Zeitraums ist nicht ersichtlich, dass die Antragstellerin mehr Fallzahlen erbracht hat, als ihre Mitbewerber und sie sich daher bei der Auswahlentscheidung durchsetzen müsste. 174

Der Antragsgegner hat ausweislich des Feststellungsbescheids vom 16. Dezember 2024 auf die Fallzahlen der Vorjahre abgestellt. Wie sich bereits aus dem Verwaltungsvorgang ergibt, wurden die Antragsteller im Zuge des standardisierten Antragsverfahrens aufgefordert, die durchschnittlichen Fallzahlen der Jahre 2019 und 2020 anzugeben. Diese Fallzahlen hat der 175

Antragsgegner mit den Fallzahlen, die ihm auf Grundlage der Leistungsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bekannt sind, abgeglichen und mit den Fallzahlen der weiteren Antragsteller verglichen. Dabei hat der Antragsgegner auch die Fallzahlen der auf das Jahr 2020 folgenden Jahre herangezogen. In der Leistungsgruppe 16.2 hat der Antragsgegner die Zahlen von 2019 bis 2023 herangezogen. Gegen die Heranziehung der InEK Daten und die angewandte Methodik ist nichts zu erinnern.

Für den herangezogenen Mehrjahreszeitraum 2019 bis 2023 nennt der Antragsgegner in der Antragserwiderung folgende Fallzahlen für die Antragstellerin, die das Gericht nicht in Zweifel zieht: 5, 10, 10, 5, 8. Mit insgesamt 38 Fällen erbringt die Antragstellerin 7,6 Fälle im Durchschnitt pro Jahr. Vor dem Hintergrund dieser Fallzahlen begegnet die Prognose des Antragsgegners, dass nicht zu erwarten ist, dass die Antragstellerin zukünftig 25 Fälle im Jahr erbringen wird, keinen durchgreifenden Bedenken. Es ist auch nichts dafür ersichtlich, dass die Auswahlentscheidung mit Blick auf die ausgewählten Krankenhäuser willkürlich oder ermessensfehlerhaft wäre. Der Antragsgegner trägt vor, die ausgewählten Krankenhäuser hätten die Mindestfallzahlen in der Vergangenheit vorweisen können (GA, S. 454). Zu den Fallzahlen der Konkurrenten führt er aus:

Sämtliche dieser Krankenhäuser erreichen in der Summe des Fünfjahreszeitraums erheblich höhere Fallzahlen. Zwei Häuser (Universitätsklinikum Y.Y. und die Evangelischen Kliniken S.H.) überschreiten die Summe von 100 Fällen, und ein weiteres Haus (Universitätsklinikum S.H.) erreicht sogar eine Fallzahl von mehr als 500. Das NQ. Krankenhaus kam immerhin noch auf deutlich über 70, das Evangelische Krankenhaus Y.Y., das St. SH.-Hospital II. und das Evangelische Krankenhaus K. kamen jeweils auf deutlich über 60 Fälle, das U. Klinikum DO. und das Krankenhaus JE. Y. erreichte im selben Zeitraum etwa 50 Fälle.

Vor dem Hintergrund dieses im einstweiligen Rechtsschutz nicht angezweifelte Mengengerüsts ist es für die Kammer nachvollziehbar, mit Blick auf Konzentrationsbestrebungen die Zuweisung an die ausgewählten Krankenhäuser vorzunehmen.

Soweit die Antragstellerin vorträgt, sie würde im Falle einer Berücksichtigung zukünftig die Fallzahlen erreichen, kann sie damit nicht gehört werden. Die Berücksichtigung der zukünftigen Fallzahlen, wie sie sich unter der neuen Krankenhausplanung nach erfolgter Auswahlentscheidung entwickeln würden, ist, wie der Antragsgegner zutreffend ausführt, kein taugliches Auswahlkriterium. Eine Konzentration soll – gerade mit Blick auf die Qualität der Leistungserbringung – auf Standorte erfolgen, die aufgrund hoher Fallzahlen der Vergangenheit bereits über eine entsprechende Routine und entsprechende Expertise verfügen.

(bb)

Auch unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien ist nichts dafür ersichtlich, dass sich die Antragstellerin als „am besten“ durchgesetzt hat. Es ist nicht dargetan, dass die Antragstellerin die Auswahlkriterien nicht berücksichtigt hat. Eine Darstellung der Einzelheiten dürfte im Bescheid entbehrlich sein. Nach den Ausführungen der Antragstellerin, die die Kammer nicht in Zweifel zieht, erfüllt der Antragsgegner fünf von acht Auswahlkriterien, während die ausgewählten Häuser sechs von acht Kriterien erfüllen.

Insbesondere wiesen alle erfolgreichen Bewerber den Leistungsbereich 7 am Standort auf, die Antragstellerin hingegen nicht. Das NQ. Krankenhaus weise zwar – anders als das Haus der Antragstellerin – keine Leistungsgruppe 29.1 am Standort auf. Dafür könne das Klinikum

jedoch – anders als die Antragstellerin – ein Angebot der Strahlentherapie an seinem Standort vorweisen, sodass hinsichtlich der weiteren Auswahlkriterien (neben dem Leistungsbereich 7) die Antragstellerin insgesamt nicht besser dastehe. Gegen diese Ausführungen ist bei summarischer Prüfung nichts zu erinnern.

Gegen die Einschätzung des Antragsgegners, die Zertifizierung als Darmkrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft sei für die LG 16.2 nicht derart wesentlich, dass diese schwächere Fallzahlen oder geringere Auswahlkriterien kompensieren könne, ist nichts zu erinnern. Der Antragsgegner hat im Bescheid ausdrücklich dargelegt, warum Zertifikate nicht als Auswahlkriterium Berücksichtigung finden: 183

Auch grundsätzlich führt der Hinweis auf die bestehende fachgesellschaftliche Zertifizierung nicht zu einer abweichenden Einschätzung. Ich verweise darauf, dass sich der Landesausschuss für Krankenhausplanung gerade dagegen ausgesprochen hat, Zertifikate regelmäßig als Auswahlkriterium zu berücksichtigen. Zum einen sind diese Zertifizierungen kein Bestandteil der nicht-abschließenden Auswahlkriterien des Krankenhausplans, zum anderen sind sie zur Ausschärfung des Auswahlermessens regelmäßig ungeeignet, da die Mehrheit der antragstellenden Standorte über (unterschiedliche) Zertifizierungen verfügt. 184

Bescheid vom 16. Dezember 2024, S. 26 f. 185

Ergänzend hierzu führt er in der Antragserwiderung aus: 186

Darüber hinaus lässt sich über derartige Zertifizierungen die Qualität der Versorgung in den einzelnen Häusern nicht in objektiver und vergleichbarer Weise abbilden. Auch mit Blick auf die Vielzahl an Fachgesellschaften und eine Vielzahl an Zertifikaten, welche wiederum verschiedene Voraussetzungen aufweisen, war es nicht rechtsfehlerhaft, anstelle von Zertifizierungen vor allem auf die Qualitätskriterien der Krankenhausplanung verbunden mit Fallzahlen abzustellen. Ausweislich des Vortrags der Antragstellerin besteht für sie dabei auch weiterhin die Möglichkeit, das Zertifikat aufrechtzuerhalten, da sie die Entfernung von Lebermetastasen nicht nur durch das Vorhalten entsprechender eigener Kapazitäten, sondern auch durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen nachweisen kann. 187

Antragserwiderung vom 13. März 2025, GA, S. 454. 188

Die Entscheidung, welche Kriterien der Antragsgegner seiner Auswahlentscheidung zugrunde legt, obliegt zunächst einmal seinem Ermessen. Ermessensüberschreitungen sind nicht ersichtlich. Die Begründungen, warum Zertifikaten kein durchschlagendes Gewicht bei der Auswahlentscheidung zugemessen wurde, sind aus Sicht der Kammer nachvollziehbar. 189

(cc) 190

Vor dem Hintergrund des personellen Zuwachses sind Ermessensfehler ebenfalls nicht ersichtlich.(dd) 191

Soweit die Antragstellerin schließlich rügt, der Antragsgegner hätte Wechselwirkungen für das Versorgungsspektrum der Antragstellerin in die Abwägung einstellen müssen, da 16.2 lediglich ganz bestimmte operative Eingriffe an der Leber betreffe, nämlich anatomische Leberresektionen, während nicht anatomische Leberresektionen als Bestandteil der LG 9.1 erbracht werden könnten, führt auch dies nicht zu einem Ermessensfehler. Die Entscheidung, nicht anatomische Leberresektionen der LG 9.1, anatomische Leberresektionen hingegen der Gruppe 16.2 zuzuordnen, beruht auf einer Entscheidung des Plangebers. Grund zur 192

Beanstandung dieser Aufteilung ist nicht ersichtlich. Dass die Antragstellerin bestimmte Leistungen nun nicht mehr erbringen bzw. abrechnen darf, liegt in der Natur der Neugestaltung der Krankenhauslandschaft. Warum es rechtswidrig sein soll, dass bestimmte Eingriffe an einem Organ vom Versorgungsauftrag umfasst und andere nicht umfasst sind, erschließt sich der Kammer nicht.

- bb) 193
- Die Nichtzuweisung in der **LG 16.4 Pankreaseingriffe** begegnet keinen durchgreifenden Bedenken. 194
- Bezogen auf die LG 16.4 hat die Antragstellerin die Zuteilung eines Versorgungsauftrags im Umfang von 25 Fällen beantragt (vgl. Tabelle BA 2, S. 613). 195
- Der Antragsgegner hat die für die verschiedenen Leistungsgruppen erforderlichen regionalen Planungsverfahren für die unterschiedlichen Planungsebenen (§ 14 Abs. 4 KHGG NRW) durchgeführt. Im Bericht regionale Planungskonzepte – LG 16.4, der mit Email vom 13. März 2024 (BA 3, S. 1066) von der Bezirksregierung Düsseldorf an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) gesendet wurde, heißt es u.a.: 196
- Die Leistungsgruppe 16.4 haben im Regierungsbezirk Düsseldorf die o.g. Krankenhäuser beantragt. Prognostiziert wird für das Jahr 2024 ein Bedarf von 689 Fällen. Die Antragszahl lag mit 1.285 Fällen deutlich über dem prognostizierten Bedarf. Hinweise auf einen abweichenden tatsächlichen Bedarf konnten nicht festgestellt werden. Alle Krankenhäuser erfüllen die Mindestkriterien und sind leistungsfähig. Für eine bedarfsgerechte und ausreichend wohnortnahe Versorgung sind nicht alle Antragssteller der Leistungsgruppe notwendig, so dass im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung eine Auswahlentscheidung anhand der Auswahlkriterien zu treffen ist. Die Reduktion der Standorte führt für die verbleibenden Leistungserbringer zu einer höheren Fallzahlzuweisung. Im Mindestmengenkatalog hat der G-BA eine Mindestmenge von 20 Fällen pro Jahr und Standort eines Krankenhauses für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas festgelegt. Die vorgegebene Mindestmenge führt hier zu einer Leistungskonzentration mit Standortreduktion. Die Transparenzliste des G-BA wurde als Hinweis in die Entscheidungsfindung einbezogen, jedoch wurden auch andere Auswahlkriterien berücksichtigt, nämlich die Auswertung der geleisteten Fallzahlen, die beantragten Fallzahlen, das Votum der Kostenträger sowie die im Krankenhausplan vorgegebenen 197
- Auswahlkriterien. Für diese elektiven und hoch komplexen Eingriffe wurden die Aspekte Vermeidung regionaler Mehrfachvorhaltung bzw. flächendeckende Versorgung nicht primär berücksichtigt. 198
- [...] 199
- Die Städtischen Kliniken X. – F.-Krankenhaus H. erfüllen fünf der sieben Auswahlkriterien. In den vergangenen Jahren wurden jeweils nur Leistungsmengen zwischen sieben und zwölf Fällen erbracht. Das F.- Krankenhaus H. hat 25 Fälle beantragt und 15 Fälle von den Kostenträgern zugewiesen bekommen. Diese Zuweisung wurde von der Klinik dissentiert. Da ich eine Zuweisung einer unter der Mindestmenge des G-BA liegenden Fallzahl aus Qualitätsgründen nicht für sinnvoll halte und das Krankenhaus für die Bedarfsdeckung m.E. auch nicht erforderlich ist, votiere ich gegen die Erteilung eines Versorgungsauftrages an das 200

F.-Krankenhaus H. für die Leistungsgruppe 16.4.

Bericht Regionale Planungskonzepte – LG 16.4 BA 3, S. 1000 ff.	201
Vor Erlass des Feststellungsbescheids vom 16. Dezember 2024 hörte das MAGS die Antragstellerin zunächst mit Schreiben vom 21. Juni 2024 (BA 3, S. 1151 ff.) u.a. zur LG 16.4 an:	202
Bezüglich der Leistungsgruppe 16.4 Pankreaseingriffe liegt auf der Planungsebene insgesamt eine deutliche Überzeichnung durch die beantragenden Krankenhäuser vor, so dass zur Sicherstellung der Versorgung nur der Teil des prognostizierten Bedarfes berücksichtigt werden kann. Bösartige Neubildungen der Bauchspeicheldrüse weisen die niedrigste Überlebensrate aller Krebserkrankungen auf. In der korrespondierenden Leistungsgruppe 16.4 Pankreaseingriffe soll eine Konzentration auf große Zentren erfolgen, Gelegenheitsversorger sollen künftig nicht mehr an der Versorgung von Patienten mit bösartigen Neubildungen der Bauchspeicheldrüse teilnehmen. Die Auswahl erfolgte zugunsten der leistungsstärksten Krankenhäuser. Bei der Entscheidung über die Höhe einer Fallzahlzuweisung sollen in Anbetracht des im Regierungsbezirks Düsseldorf bestehenden Leistungsangebotes nur Anbieter berücksichtigt werden, die die Eingriffe im Durchschnitt mindestens alle zwei Wochen erbringen. Der prognostizierte Bedarf wurde sodann unter den berücksichtigten Krankenhäusern anteilmäßig verteilt.	203
Anhörung vom 21. Juni 2024, BA 3 S. 1173 f.	204
Aus den angehängten Tabellen war für die Antragstellerin ersichtlich, dass sie in der LG 16.4 hinsichtlich der 25 beantragten Fälle keine Zuweisung erhalten sollte (BA 3, S. 1198) Darüber hinaus war für die Antragstellerin aus den Tabellen ersichtlich, in welcher Höhe die weiteren Antragsteller Zuweisungen erhalten sollten.	205
Der Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan mit der Leistungsgruppe 16.4 Pankreaseingriffe wurde mit Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024, S. 26 f. mit folgender Begründung abgelehnt:	206
Die Leistungsgruppe 16.4 Pankreaseingriffe beinhaltet maßgeblich komplexe Operationen am Pankreas. Der G-BA legte mit seinem aktuellen Beschluss eine Mindestmenge von 20 Fällen pro Jahr und Standort eines Krankenhauses für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas fest. Hierdurch soll eine qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt werden. Die vorgegebene Mindestmenge führt zu einer Leistungskonzentration mit Standortreduktion in der Leistungsgruppe 16.4. Die Transparenzliste 2024 zum G-BA Beschluss wurde als Hinweis in die Entscheidungsfindung einbezogen. Eine regionale Mehrfachvorhaltung bzw. längere Fahrtzeiten wurden zugunsten der Standortreduktion orientiert an planerischen Qualitätskriterien in einzelnen Regionen in Kauf genommen. Sie haben 25 Fälle beantragt. Bezüglich dieser Leistungsgruppe erklärten Sie Dissens zur beabsichtigten Nichtzuweisung. Sie haben Verwunderung dahingehend geäußert, dass die Zuweisung dieser Leistungsgruppe an zwei Standorten in DO., jedoch sowohl in X. als auch in SX. an keinen Standort erfolgt. Die Zuweisung an zwei Standorte in DO. sei auch aufgrund der regionalen Nähe zu Y.Y. nicht nachvollziehbar. Dies führe zu einer Versorgungslücke und einer Benachteiligung der Patientinnen und Patienten in X. und Umgebung. Die Leistungsgruppe wird auf der Ebene des Regierungsbezirks geplant. Eine wohnortnahe Versorgung ist gerade nicht entscheidend bei den unter diese Leistungsgruppe fallenden Eingriffen. Die Nichtzuweisung an die Krankenhausstandorte in X. erfolgen auch vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit jeweils erbrachten niedrigen Fallzahlen. In betrachteten Vorjahren	207

erbrachten Sie nicht mehr als zwölf Fälle jährlich. Andere Antragssteller lassen mit deutlich höheren Fallzahlen eine höhere Qualität der Leistungserbringung erwarten. Daher erfolgt keine Zuweisung der Leistungsgruppe 16.4.

Hinsichtlich der LG 16.4 Pankreaseingriffe besteht weder Anlass zur Beanstandung der Bedarfsermittlung für das Plangebiet ((1)) noch der Entscheidung des Antragsgegners, den Bedarf in diesem Plangebiet durch Zuweisung an andere Krankenhäuser und nicht die Antragstellerin zu decken ((2)). 208

(1) 209

Die Entscheidung über die Planaufnahme eines Krankenhauses setzt die Ermittlung des Bedarfs im Planungs- und Einzugsgebiet des Krankenhauses voraus. Für die LG 16.4 Pankreaseingriffe ist als Planungsebene den Regierungsbezirk bestimmt (KHP 2022, S. 195). Das Krankenhaus der Antragstellerin liegt im Regierungsbezirk Düsseldorf. 210

Der Antragsgegner hat den Bedarf für die LG 16.4 anhand der in der Leistungsgruppendefinition aufgeführten OPS-Codes bestimmt (KHP 2022, S. 195). Dies entspricht der Systematik des Krankenhausplans NRW 2022. Der Antragsgegner hat für das Jahr 2024 für die spezifische LG 16.4 Pankreaseingriffe einen Gesamtbedarf von 2.388 Fällen prognostiziert (KHP 2022, S. 194, 346). 211

Wie die Fallzahlen für die spezifische Leistungsgruppe zu ermitteln sind, folgt aus dem Krankenhausplan NRW 2022 selbst. Als Basisjahr für die Bedarfsermittlung hat der Antragsgegner das Jahr 2019 zugrunde gelegt (KHP 2022, S. 83, 90, 107). Datengrundlage ist der InEK-Datensatz aller Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen für die Datenjahre 2013 bis 2019 (KHP 2022, S. 90). 212

OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?. 213

Das OVG NRW geht davon aus, dass nach Maßgabe der Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2022 auch nicht von veralteten Zahlen auszugehen ist, weil das Jahr 2019 Basis für die Bedarfsprognose war. Soweit die Bedarfsberechnung auf mittlerweile veralteten Zahlen beruhen könnte, ist im Jahr 2024 eine Neuberechnung und ?bewertung des Bedarfs innerhalb der Leistungsgruppen vorgesehen (vgl. KHP 2022, S. 83). 214

Die Kammer schließt sich dieser Auffassung an. Der Krankenhausplan geht insoweit von Zahlenmaterial aus, das in einem medizinisch nachvollziehbaren Leistungsgeschehen begründet ist, welches vor der Corona-Pandemie ab 2020 gelegen hat. Eine Neuberechnung ab 2024 mit Fortschreibung des Krankenhausplanes ist insoweit nachvollziehbar und wäre als Kriterium jedenfalls nicht willkürlich. Für den Regierungsbezirk Düsseldorf ist der Antragsgegner von einem Bedarf von 689 Fällen im Jahr 2024 ausgegangen (Bericht – Regionale Planungskonzepte – LG 16.4, BA 3, S. 1001). 215

(2)Der Antragsgegner hat eine Auswahlentscheidung zugunsten von 15 Krankenhäusern und zulasten der Antragstellerin sowie 17 weiterer Krankenhäuser getroffen. Die Entscheidung des Antragsgegners, den ermittelten Bedarf durch die Zuweisung der LG 16.4 Pankreaseingriffe an andere Krankenhäuser vorzunehmen ist voraussichtlich nicht zu beanstanden. 216

Dass sich der Anspruch der Antragstellerin auf eine ermessensfehlerfreie Auswahlentscheidung zu ihren Gunsten und in der Folge auf die begehrte Aufhebung der 217

Herausnahme aus dem Krankenhausplan verdichtet hat, ist nicht anzunehmen. Darüber hinaus sind Ermessensfehler im vorliegenden Verfahren nicht erkennbar. Es ist weder zu bestanden, dass der Antragsgegner seine Auswahlentscheidung auf Grundlage der Fallzahlen getroffen hat (dazu (a)) noch ist die Auswahlentscheidung selbst zu beanstanden (dazu (b)).

(a) Der Krankenhausplan NRW 2022 selbst benennt für die LG 16.4 Pankreaseingriffe keine Rangfolge möglicher Auswahlkriterien (vgl. im Übrigen zu den Kriterien für die Entscheidungen im regionalen Planungsverfahren KHP 2022, S. 56 ff.). Nach den Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2022 zur LG 16.4 Pankreaseingriffe ist es das erklärte Ziel des Krankenhausplans, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und zu verbessern (KHP NRW 2022, S. 194). 218

Dass der Antragsgegner seiner Auswahlentscheidung Mindest- und Auswahlkriterien zugrunde legt, entspricht der Systematik des Krankenhausplans 2022 (KHP 2022, S. 70 ff). 219

Darüber hinaus legt der Antragsgegner vorliegend die Fallzahlen der vergangenen Jahre seiner Entscheidung zugrunde und bezieht ergänzend eine Leistungserbringung von mindestens 20 Fällen pro Jahr ein, um damit eine hochwertige Versorgung sicherzustellen: 220

Die Transparenzliste 2024 zum G-BA Beschluss wurde als Hinweis in die Entscheidungsfindung einbezogen. Eine regionale Mehrfachvorhaltung bzw. längere Fahrtzeiten wurden zugunsten der Standortreduktion orientiert an planerischen Qualitätskriterien in einzelnen Regionen in Kauf genommen. 221

Bescheid vom 16. Dezember 2024, S. 27. 222

Die Entscheidung des Antragsgegners, sich für seine Entscheidung an den Fallzahlen der konkurrierenden Krankenhäuser zu orientieren und mit Blick darauf nur wenige Krankenhäuser auszuwählen, dürfte voraussichtlich nicht zu beanstanden sein. Nach der bislang ergangenen Rechtsprechung des OVG NRW zum Krankenhausplan 2022, 223

OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?, 224

stellen Fallzahlen voraussichtlich auch ein geeignetes Auswahlkriterium dar. Dass die Qualität auch durch die Menge erbrachter Leistungen belegt werden kann, ist naheliegend, weil sich die qualitativ hochwertige Versorgung u.a. an der in der Vergangenheit bestehenden Tätigkeit, den dadurch erworbenen Erfahrungen und der eben daraus resultierenden Qualität bemisst. 225

OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?, unter Bezugnahme auf Lohfert & Lohfert AG, Gutachten, Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, August 2019, S. 548. 226

Auch die weitere Anforderung, bei der Entscheidung über die Höhe einer Fallzahlzuweisung in Anbetracht des im Regierungsbezirks Düsseldorf bestehenden Leistungsangebotes nur Anbieter zu berücksichtigen, die jedenfalls 20 Fälle pro Jahr erbringen, ist nicht zu beanstanden. Mit der Berücksichtigung des Leistungsgeschehens werden keine Kriterien der sog. ersten Stufe der Krankenhausplanung kreiert; dies wäre in der Tat an strenge rechtliche Vorgaben gebunden. Vielmehr – das ergibt insoweit die oben wiedergegebene Rechtsprechung des OVG, der sich die Kammer anschließt – zieht der Antragsgegner tatsächliches Leistungsgeschehen zur Anwendung des Auswahlermessens heran (zweite 227

Stufe der Krankenhausplanung). Dies ist – wie bereits ausgeführt – aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden.

Darüber hinaus wird die Abhängigkeit der Behandlungsqualität der Leistungen von der erbrachten Leistungsmenge vom Gemeinsamen Bundesausschuss für Pankreaseingriffe ausdrücklich festgestellt: 228

Die Qualität des Behandlungsergebnisses ist von der Menge der in einem Krankenhaus durchgeführten komplexen Eingriffe am Pankreas abhängig. Es besteht eine Studienlage, die auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Ergebnisqualität der Leistung in Bezug auf Mortalität und therapiebedingten Komplikationen hinweist. Der G-BA hat gemäß 8. Kapitel § 16 Abs. 5 Nr. 1 seiner Verfahrensordnung (VerfO) das IQWiG am 18. April 2019 mit einer systematischen Literaturrecherche zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas beauftragt. Im Ergebnis zeigte die Studienlage anhand der systematischen Literaturrecherche und -analyse des Instituts eine nach wissenschaftlichen Maßstäben belegte Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses in Bezug auf die Mortalität der Patientinnen und Patienten und weitere relevante Endpunkte bei komplexen Eingriffen am Pankreas. 229

Vgl. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen – Mm-R): Änderung der Nr. 4 der Anlage, vom 16. Dezember 2021, abrufbar unter 230

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8366/2021-12-16_Mm-R_Aenderungen-Paragrafen-5-und-7_Anpassung-OPS-2022_TrG.pdf . 231

(b)Der Antragsgegner begründet seine Auswahlentscheidung wie folgt: 232

Die Nichtzuweisung an die Krankenhausstandorte in X. erfolgen auch vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit jeweils erbrachten niedrigen Fallzahlen. In betrachteten Vorjahren erbrachten Sie nicht mehr als zwölf Fälle jährlich. Andere Antragssteller lassen mit deutlich höheren Fallzahlen eine höhere Qualität der Leistungserbringung erwarten. Daher erfolgt keine Zuweisung der Leistungsgruppe 16.4. 233

Bescheid vom 16. Dezember 2024, S. 28. 234

Die Auswahlentscheidung begegnet keinen durchgreifenden Bedenken. Die Antragstellerin rügt mit Schriftsatz vom 28. Februar 2025 im Verfahren 21 K 454/25 zahlreiche Ermessensfehler. Sie rügt u.a., dass der Antragsgegner nicht berücksichtigt habe, dass die Antragstellerin leistungsfähig sei, er nicht ausreichend die Wechselwirkungen der Versorgungssituation in X. berücksichtigt habe, die Fallzahl von 20 Fällen bei einer Zuweisung der LG 16.4 erreicht worden wären etc. Es ist bei summarischer Prüfung nichts dafür dargetan oder sonst ersichtlich, dass der Antragsgegner die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten hat oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat, § 114 Satz 1 VwGO. Im Einzelnen: 235

(aa) 236

237

Gegen die Auswahlentscheidung unter Zugrundelegung der Fallzahlen ist nichts zu erinnern. Vor dem Hintergrund des herangezogenen Zeitraums ist nicht ersichtlich, dass die Antragstellerin mehr Fallzahlen erbracht hat, als ihre Mitbewerber und sie sich daher bei der Auswahlentscheidung durchsetzen müsste.

Der Antragsgegner hat ausweislich des Feststellungsbescheids vom 16. Dezember 2024 auf die in der Vergangenheit jeweils erbrachten Fallzahlen abgestellt. Wie sich bereits aus dem Verwaltungsvorgang ergibt, wurden die Antragsteller im Zuge des standardisierten Antragsverfahrens aufgefordert, die durchschnittlichen Fallzahlen der Jahre 2019 und 2020 anzugeben. Diese Fallzahlen hat der Antragsgegner mit den Fallzahlen, die ihm auf Grundlage der Leistungsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bekannt sind, abgeglichen und mit den Fallzahlen der weiteren Antragsteller verglichen. Dabei hat der Antragsgegner auch die Fallzahlen der auf das Jahr 2020 folgenden Jahre herangezogen. In der Leistungsgruppe 16.4 hat der Antragsgegner die Zahlen von 2019 bis 2022 herangezogen. Gegen die Heranziehung der InEK Daten und die angewandte Methodik ist nichts zu erinnern. 238

Für den herangezogenen Mehrjahreszeitraum 2019 bis 2022 nennt der Antragsgegner in der Antragserwiderung folgende Fallzahlen für die Antragstellerin, die das Gericht nicht in Zweifel zieht: 7, 12, 7, 11. Mit insgesamt 37 Fällen erbringt die Antragstellerin 9,25 Fälle im Durchschnitt pro Jahr. Vor dem Hintergrund dieser Fallzahlen begegnet die Prognose des Antragsgegners, dass nicht zu erwarten ist, dass die Antragstellerin zukünftig 20 Fälle im Jahr erbringen wird, keinen durchgreifenden Bedenken. Es ist auch nichts dafür ersichtlich, dass die Auswahlentscheidung mit Blick auf die ausgewählten Krankenhäuser willkürlich oder ermessensfehlerhaft wäre. Der Antragsgegner trägt vor, die Antragstellerin schneide deutlich schlechter ab als sämtliche im Rahmen der Auswahlentscheidung erfolgreichen Häuser: 239

Das Universitätsklinikum Y.Y. erbrachte innerhalb dieses Vierjahreszeitraums 162 Pankreaseingriffe, das Evangelische Krankenhaus 255, das Q. St. L. Klinikum M. 60, das Ev. Krankenhaus K. 85, das Universitätsklinikum S.H. 159, das F.-Krankenhaus 132, das Evangelische Klinikum S.H.-Mitte 101, das NQ. Krankenhaus 170, das Q. Klinikum Z. 86, das Evangelische Krankenhaus E. 137, das Q. Universitätsklinikum LO. 149, das R.-Krankenhaus 91, das Krankenhaus JE. Y. 66, das U. Klinikum RY. DO. 195 und das St. SH.-Hospital II. 86. 240

Schriftsatz vom 17. März 2025, GA, S. 457 f. 241

Vor dem Hintergrund der genannten Fallzahlen ist gegen die Auswahlentscheidung auf Grundlage der Fallzahlen nichts zu erinnern. 242

Es ist auch nichts dafür ersichtlich, dass der Antragsgegner die Leistungsfähigkeit der Antragstellerin in Abrede stellt. Vielmehr ergibt sich aus dem Bescheid, dass auf der zweiten Stufe eine Auswahlentscheidung zulasten der Antragstellerin und zugunsten von Konkurrenten getroffen wurde. Wie bereits dargelegt, zieht der Antragsgegner tatsächliches Leistungsgeschehen zur Ausübung des Auswahlermessens heran. 243

(bb) 244

Auch unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien ist nichts dafür ersichtlich, dass sich die Antragstellerin als „am besten“ durchgesetzt hätte. Bereits in der Begründung des Bescheids hat der Antragsgegner deutlich gemacht, dass die Fallzahlen in dieser Leistungsgruppe das maßgebliche Kriterium sind. Dem ist die Wertung des Antragsgegners zu entnehmen, dass 245

den übrigen Auswahlkriterien ein geringeres Gewicht zukommt und im Zweifel die Fallzahlen den Ausschlag geben. Dagegen ist nichts zu erinnern. In der Antragserwiderung vom 12. März 2025, S. 51 konkretisiert der Antragsgegner seine Ausführungen zur Bedeutung der Fallzahlen:

Dass der Antragsgegner vor diesem Hintergrund die fallzahlenstärkeren Häuser demjenigen der Antragstellerin vorgezogen hat, ist nicht zu beanstanden. Zwar erfüllt die Antragstellerin 5 der 7 Auswahlkriterien. Lediglich der LB 7 und Angebote zur Strahlentherapie sind an ihrem Standort nicht vorhanden. Das Q. St. L. Klinikum M., das R.-Krankenhaus, das Krankenhaus JE. Y. und das St. SH.-Hospital II. erfüllen ebenfalls 5 der 7 Auswahlkriterien. Schon aufgrund der höheren Fallzahlen waren sie aber der Antragstellerin vorzuziehen. Das F.-Krankenhaus erfüllt lediglich 4 der 7 Auswahlkriterien. Der Antragsgegner handelte auch hier rechtsfehlerfrei, als er dieses Haus der Antragstellerin vorzog. Denn die Fallzahlen des F.-Krankenhauses liegen mit 132 in den Jahren 2019 bis 2022 ganz erheblich – nämlich um fast das Vierfache – über denjenigen der Antragstellerin. Der Antragsgegner durfte die deutlich höheren Fallzahlen als entscheidend erachten. Bösartige Neubildungen der Bauchspeicheldrüse weisen – worauf der Antragsgegner in seinem Anhörungsschreiben hinwies [...] die niedrigste Überlebenserwartung aller Krebserkrankungen auf. In der korrespondierenden Leistungsgruppe 16.4 sollte daher eine Konzentration auf große Zentren erfolgen, Gelegenheitsversorger künftig in die Versorgung hingegen nicht mehr mit einbezogen werden. Angesichts der erheblichen Mortalität von Krebserkrankungen der Bauchspeicheldrüse und der vom G-BA auf wissenschaftlicher Grundlage festgestellten Verknüpfung von Versorgungsqualität – und damit dem Behandlungserfolg – und der Anzahl der pro Jahr erbrachten Fälle war es daher sachgerecht, das F.-Krankenhaus bei der Auswahl vorzuziehen. 246

Schriftsatz vom 17. März 2025, GA, S. 458 247

Gegen die Entscheidung, im Zweifel eine Entscheidung auf Grundlage der Fallzahlen zu treffen, ist nichts zu erinnern. Die Auswahlentscheidung steht auch nicht im Widerspruch zu den Angaben im Bescheid, der ebenfalls auf maßgeblich auf die Fallzahlen und die damit eingehende Qualitätssteigerung abstellt. 248

(cc) 249

Soweit die Antragstellerin schließlich rügt, die Auswahlentscheidung sei rechtsfehlerhaft, weil in der Stadt X. (sowie in SX.) keinem der antragstellenden Häuser die Leistungsgruppe 16.4 zugewiesen worden sei, in der Stadt DO. hingegen zwei Häuser eine entsprechende Zuweisung erhalten hätten, lässt dies einen Ermessensfehler nicht erkennen. Die Planungsebene ist der Regierungsbezirk. Die Zuweisungsentscheidung steht zunächst einmal im Ermessen des Antragsgegners. Damit einher geht auch die Frage, wie er die Versorgung im Bezirk sicherstellt. Bereits im Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024, S. 28, hat der Antragsgegner deutlich gemacht, dass er eine Versorgung des Regierungsbezirks in den Blick nimmt und dass die wohnortnahe Versorgung vor diesem Hintergrund zurücktritt. 250

Die Leistungsgruppe wird auf der Ebene des Regierungsbezirks geplant. Eine wohnortnahe Versorgung ist gerade nicht entscheidend bei den unter diese Leistungsgruppe fallenden Eingriffen. 251

In der Antragserwiderung vom 12. März 2025, S. 51, hat er ergänzt: 252

253

Die Leistungsgruppe 16.4 wird auf Ebene des Regierungsbezirkes beplant. Als Erreichbarkeitskriterium ist somit planerisch grundsätzlich festgelegt, dass in jedem Regierungsbezirk mindestens ein Krankenhaus mit der Leistungsgruppe 16.4 vorhanden sein muss. [...] Auch angesichts der erheblichen Unterschiede bei den Fallzahlen war der Antragsgegner nicht gehalten, eine Zuweisung zugunsten leistungsstärkerer Anbieter zu treffen, um eine gleichmäßige räumliche Verteilung von Versorgern der Leistungsgruppe 16.4 über das Plangebiet des Regierungsbezirkes zu erreichen. Wenngleich die räumliche Verteilung der Leistungserbringer zu berücksichtigen sein mag, wenn mehrere Leistungserbringer im Übrigen eine gleich hohe Versorgungsqualität aufweisen, so war dies hier mit Blick auf die geringen Fallzahlen der Antragstellerin nicht der Fall.	
Dagegen ist nichts zu erinnern.	254
cc)	255
Die Nichtzuweisung in der LG 21.2 Ovarial-CA begegnet ebenfalls keinen durchgreifenden Bedenken.	256
Bezogen auf die LG 21.2 hat die Antragstellerin die Zuteilung eines Versorgungsauftrags im Umfang von 20 Fällen beantragt (vgl. Tabelle BA 2, S. 613).	257
Im Bericht Regionale Planungskonzepte – LG 21.2, der mit Email vom 13. März 2024 (BA 3 S. 1065) von der Bezirksregierung Düsseldorf an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) gesendet wurde, heißt es u.a.:	258
Die Leistungsgruppe 21.2 haben im Regierungsbezirk Düsseldorf die o.g. Krankenhäuser beantragt. Prognostiziert wird für das Jahr 2024 ein Bedarf von 811 Fällen. Die Antragszahl lag mit 1.432 Fällen über dem prognostizierten Bedarf. Hinweise auf einen abweichenden tatsächlichen Bedarf konnten nicht festgestellt werden.	259
[...]	260
Alle Krankenhäuser, mit Ausnahme der IG. Kliniken M. und des SK. Klinikums, erfüllen die Mindestkriterien und sind leistungsfähig. Bei den Ovarial-Karzinom-Eingriffen handelt es sich aus medizinischer Sicht um hochkomplexe und seltene Eingriffe in der Gynäkologie. Der geringe prognostizierte Bedarf sowie die Komplexität des Eingriffs sprechen für eine deutliche Konzentration in der LG 21.2 um eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung halte ich es nicht für sinnvoll, dass ein Krankenhaus nur sehr geringe Fallzahlen erbringt. Die Reduktion der Standorte erfolgt anhand einer Auswertung der geleisteten	261
Fallzahlen, der beantragten Fallzahlen, dem Votum der Kostenträger sowie der Auswahlkriterien. Es erfolgte eine Priorisierung auf hohe Fallzahlen und die daraus resultierende Spezialisierung. Eine regionale Mehrfachvorhaltung bzw. längere Fahrtzeiten für diese elektiven Eingriffe wurden dafür in einzelnen Regionen in Kauf genommen.	262
[...]	263
Die Städt. Kliniken X. erfüllen acht von zehn Auswahlkriterien. In den Vorjahren wurden zwischen 6 und 13 Fälle erbracht (2019: 11, 2020: 6; 2021: 6, 2022: 13). Die Kostenträger haben sich für die Zuweisung der beantragten 20 Fälle ausgesprochen. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen und im Sinne der Leistungskonzentration in dieser Leistungsgruppe votiere ich gegen die Erteilung des Versorgungsauftrages.	264

Bericht Regionale Planungskonzepte – LG 21.2, BA 3, S. 1035 ff.	265
Vor Erlass des Feststellungsbescheids vom 16. Dezember 2024 hörte das MAGS die Antragstellerin zunächst mit Schreiben vom 21. Juni 2024 (BA 3, S. 1151 ff.) u.a. zur LG 21.2 an:	266
Bezüglich der Leistungsgruppe 21.2 Ovarial-CA liegt auf der Planungsebene insgesamt eine deutliche Überzeichnung durch die beantragenden Krankenhäuser vor, so dass zur Sicherstellung der Versorgung nur der Teil des prognostizierten Bedarfes berücksichtigt werden kann. In dieser Leistungsgruppe soll nach Vorstellungen des Landes eine sehr deutliche Konzentration der Leistungserbringung auf wenige, spezialisierte Versorger erfolgen. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass der größte Versorger in Nordrhein-Westfalen alleine rund 18 Prozent aller Fälle in der Leistungsgruppe 21.2 Ovarial-CA erbringt. Mit Blick auf die hohe Mortalität der Erkrankung sowie die vergleichsweise niedrigen relativen 5- und 10-Jahres-Überlebensraten wird insofern eine spezialisierte sowie routinierte Behandlung, die sich auch in den Fallzahlen widerspiegelt, für unabdingbar erachtet. Bei der Auswahlentscheidung wurden die Auswahlkriterien, die erbrachten Fallzahlen aus den Vorjahren sowie die beantragten Fallzahlen berücksichtigt. Der prognostizierte Bedarf wurde unter den berücksichtigten Krankenhäusern anteilmäßig verteilt.	267
Anhörung vom 21. Juni 2024, BA 3 S. 1177 f.	268
Aus den angehängten Tabellen war für die Antragstellerin ersichtlich, dass sie in der LG 21.2 hinsichtlich der 20 beantragten Fälle keine Zuweisung erhalten sollte (BA 3, S. 1203) Darüber hinaus war für die Antragstellerin aus den Tabellen ersichtlich, in welcher Höhe die weiteren Antragsteller Zuweisungen erhalten sollten.	269
Der Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan mit der Leistungsgruppe 21.2 Ovarial-CA wurde mit Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024, S. 29, mit folgender Begründung abgelehnt:	270
Bezüglich der Leistungsgruppe 21.2 Ovarial-CA liegt auf der Planungsebene insgesamt eine deutliche Überzeichnung durch die beantragenden Krankenhäuser vor, so dass zur Sicherstellung der Versorgung nur ein Teil der beantragten Leistungsmenge für die Aufnahme in den Plan berücksichtigt werden kann. In dieser Leistungsgruppe soll nach Vorstellungen des Landes eine sehr deutliche Konzentration der Leistungserbringung auf wenige, spezialisierte Versorger erfolgen. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass der größte Versorger in Nordrhein-Westfalen alleine rund 18 Prozent aller Fälle in der Leistungsgruppe 21.2 Ovarial-CA erbringt. Mit Blick auf die hohe Mortalität der Erkrankung sowie die vergleichsweise niedrigen relativen 5- und 10-Jahres-Überlebensraten wird insofern eine spezialisierte sowie routinierte Behandlung, die sich auch in den Fallzahlen widerspiegelt, für unabdingbar erachtet. Bei der Auswahlentscheidung werden die Auswahlkriterien, die erbrachten Fallzahlen aus den Vorjahren sowie die beantragten Fallzahlen berücksichtigt. Der prognostizierte Bedarf wird unter den berücksichtigten Krankenhäusern anteilmäßig verteilt. Eine regionale Mehrfachvorhaltung bzw. längere Fahrtzeiten wurden zugunsten der Standortreduktion orientiert an planerischen Qualitätskriterien in einzelnen Regionen in Kauf genommen. Sie haben 20 Fälle beantragt. Bezüglich dieser Leistungsgruppe erklärten Sie Dissens zur beabsichtigten Nichtzuweisung. Sie hätten die größte Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Es würden speziell die gynäkologischen-onkologischen Expertisen gestärkt. Es kämen Ärzte aus dem XL.-Krankenhaus, das als Ovarialkarzinom VM. bekannt und ausgezeichnet sei. Und die Fallzahlen der Jahre von 2019-2023 wären geprägt durch alte Chefärzte. Ich weise auf die	271

Ausführungen in der Anhörung hin, dass in dieser Leistungsgruppe nach Vorstellungen des Landes eine sehr deutliche Konzentration der Leistungserbringung auf wenige, spezialisierte Versorger erfolgen soll. Überdies ist die besondere persönliche Expertise von Einzelpersonen in Bezug auf die Zuweisung einer Leistungsgruppe nur von nachrangiger Bedeutung, da der Krankenhausplan strukturelle, von Einzelpersonen unabhängige Qualität anstrebt, die auch im Fall der Abwesenheit dieser Einzelpersonen für die Patientinnen und Patienten gewährleistet bleiben muss. Aus Versorgungsgesichtspunkten ist die Zuweisung an ein Haus in X. ausreichend. In den betrachteten Vorjahren wurden im Vergleich zu anderen Antragsstellern geringe Fallzahlen erbracht (nicht mehr als 13 pro Jahr). Das Ev. Krankenhaus K. X. ist unter Berücksichtigung der Fallzahlen der Vergangenheit und der Erfüllung der im Krankenhausplan definierten Auswahlkriterien der leistungstärkere Anbieter. Daher weise ich Ihnen die Leistungsgruppe 21.2 nicht zu.

Für die **LG 21.2 Ovarial-CA** begegnet weder die Bedarfsermittlung für das Plangebiet ((1)) 272 noch die Entscheidung des Antragsgegners, den Bedarf in diesem Plangebiet durch Zuweisung an andere Krankenhäuser und nicht die Antragstellerin zu decken ((2)), durchgreifenden Bedenken.

(1)Die Entscheidung über die Planaufnahme eines Krankenhauses setzt die Ermittlung des Bedarfs im Planungs- und Einzugsgebiet des Krankenhauses voraus. Für die LG 21.2 Ovarial-CA ist als Planungsebene der Regierungsbezirk bestimmt. Das Krankenhaus der Antragstellerin liegt im Regierungsbezirk Düsseldorf. 273

Der Antragsgegner hat den Bedarf für die LG 21.2 Ovarial-CA anhand der in der Leistungsrückmeldung aufgeführten OPS-Codes bestimmt (KHP 2022, S. 182). Dies entspricht der Systematik des Krankenhausplans NRW 2022. 274

Der Antragsgegner hat für das Jahr 2024 für die spezifische Leistungsgruppe einen Gesamtbedarf von 1.854 Fällen prognostiziert (KHP 2022, S. 209, 346). 275

Wie die Fallzahlen für die spezifische Leistungsgruppe zu ermitteln sind, folgt aus dem Krankenhausplan NRW 2022 selbst. Als Basisjahr für die Bedarfsermittlung hat der Antragsgegner das Jahr 2019 zugrunde gelegt (KHP 2022, S. 83, 90, 107). Datengrundlage ist der InEK-Datensatz aller Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen für die Datenjahre 2013 bis 2019 (KHP 2022, S. 90). 276

OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?. 277

Das OVG NRW geht davon aus, dass nach Maßgabe der Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2022 auch nicht von veralteten Zahlen auszugehen ist, weil das Jahr 2019 Basis für die Bedarfsprognose war. Soweit die Bedarfsberechnung auf mittlerweile veralteten Zahlen beruhen könnte, ist im Jahr 2024 eine Neuberechnung und ?bewertung des Bedarfs innerhalb der Leistungsgruppen vorgesehen (vgl. KHP 2022, S. 83). 278

Die Kammer schließt sich dieser Auffassung an. Der Krankenhausplan geht insoweit von Zahlenmaterial aus, das in einem medizinisch nachvollziehbaren Leistungsgeschehen begründet ist, welches vor der Corona-Pandemie ab 2020 gelegen hat. Eine Neuberechnung ab 2024 mit Fortschreibung des Krankenhausplanes ist insoweit nachvollziehbar und wäre als Kriterium jedenfalls nicht willkürlich. 279

Für den Regierungsbezirk Düsseldorf ist der Antragsgegner von einem Bedarf von 811 Fällen im Jahr 2024 ausgegangen (Bericht Regionale Planungskonzepte – LG 21.2, BA 3, S. 1035 280

ff.).	
(2)Der Antragsgegner hat eine Auswahlentscheidung zugunsten von acht Krankenhäusern und zulasten von 25 Krankenhäusern einschließlich der Antragstellerin getroffen.	281
Die Entscheidung des Antragsgegners, den ermittelten Bedarf durch die Zuweisung der LG 21.2 Ovarial-CA an andere Krankenhäuser vorzunehmen, ist voraussichtlich nicht zu beanstanden. Dass sich der Anspruch der Antragstellerin auf eine ermessensfehlerfreie Auswahlentscheidung zu ihren Gunsten und in der Folge auf die begehrte Aufhebung der Herausnahme aus dem Krankenhausplan verdichtet hat, ist nicht anzunehmen.	282
Darüber hinaus sind Ermessensfehler im vorliegenden Verfahren nicht erkennbar. Es ist weder zu bestanden, dass der Antragsgegner seine Auswahlentscheidung auf Grundlage der Auswahlkriterien und Fallzahlen getroffen hat (dazu (a)) noch ist die Auswahlentscheidung selbst zu beanstanden (dazu (b)).	283
(a)Ausweislich des Bescheids wurden	284
bei der Auswahlentscheidung die Auswahlkriterien, die erbrachten Fallzahlen aus den Vorjahren sowie die beantragten Fallzahlen berücksichtigt.	285
Bescheid vom 16. Dezember 2024, S. 29.	286
Die Grundlage der Auswahlentscheidung begegnet keinen durchgreifenden Bedenken.	287
Dass der Antragsgegner seiner Auswahlentscheidung Mindest- und Auswahlkriterien zugrunde legt, entspricht der Systematik des Krankenhausplans 2022 und ist aus Sicht der Kammer unbedenklich (KHP 2022, S. 70 ff).	288
Vor dem Hintergrund der angestrebten sehr deutlichen Konzentration (Bescheid vom 16. Dezember 2024, S. 35) begegnet es ebenfalls keinen Bedenken, sich bei der Auswahlentscheidung an den beantragten Fallzahlen zu orientieren.	289
Auch die Entscheidung des Antragsgegners, sich für seine Entscheidung an den Fallzahlen der konkurrierenden Krankenhäuser zu orientieren und mit Blick darauf nur wenige Krankenhäuser auszuwählen, dürfte voraussichtlich nicht zu beanstanden sein. Der Krankenhausplan NRW 2022 selbst benennt für die LG 21.2 Ovarial-CA keine Rangfolge möglicher Auswahlkriterien (vgl. im Übrigen zu den Kriterien für die Entscheidungen im regionalen Planungsverfahren KHP 2022, S. 56 ff., sowie zu den Mindest- und Auswahlkriterien KHP 2022, S. 70 f., 205).	290
Nach der bislang ergangenen Rechtsprechung des OVG NRW zum Krankenhausplan 2022,	291
OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?,	292
stellen Fallzahlen voraussichtlich auch ein geeignetes Auswahlkriterium dar.	293
Nach den Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2022 zur LG 21.2 Ovarial-CA ist es das erklärte Ziel des Krankenhausplans, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und zu verbessern (KHP NRW 2022, S. 209).	294
Dass die Qualität für diese Leistungsgruppe auch durch die Menge erbrachter Leistungen belegt werden kann, ist naheliegend, weil sich die qualitativ hochwertige Versorgung u.a. an	295

der in der Vergangenheit bestehenden Tätigkeit, den dadurch erworbenen Erfahrungen und der eben daraus resultierenden Qualität bemisst.

OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?, unter Bezugnahme auf Lohfert & Lohfert AG, Gutachten, Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, August 2019, S. 548. 296

(b) Diese Auswahlentscheidung im Wege einer Gesamtbetrachtung der Auswahlkriterien und Fallzahlen begegnet bei der im einstweiligen Rechtsschutz möglichen Prüfungsdichte keinen durchgreifenden Bedenken. 297

(aa) 298

Die Entscheidung begegnet unter Berücksichtigung der Fallzahlen keinen durchgreifenden Bedenken. 299

Der Antragsgegner ist davon ausgegangen, dass die ermittelten Fallzahlen der Antragstellerin niedriger sind als bei konkurrierenden Krankenhäusern. Der Antragsgegner stützt seine Ausführungen auf InEK-Daten. Ausweislich der vom Antragsgegner genannten Zahlen hat die Antragstellerin zwischen 2019 und 2023 folgende Fallzahlen erbracht: 11, 6, 6, 13, 5. Insgesamt kommt die Antragstellerin auf 41 Fälle. Die berücksichtigten Krankenhäuser haben in diesem Zeitraum nach den Angaben des Antragsgegners aggregiert folgende Fallzahlen erbracht: Das Universitätsklinikum Y.Y. erreicht eine Fallzahl von 163, das XL.-Krankenhaus 354, das Universitätsklinikum S.H. 274, das Evangelische Klinikum S.H.-Mitte 1595, das Q. Klinikum Z. 207, die VX. GmbH – Ev. Krankenhaus K. X. 125, das HI. K. Krankenhaus LO. 140 und das R.-Krankenhaus 114. Die Antragstellerin ist diesen Fallzahlen nicht substantiiert entgegengetreten. Sämtliche Konkurrenten weisen demnach Fallzahlen auf, die diejenigen der Antragstellerin um das Dreifache und mehr überschreiten. Unter Berücksichtigung der beabsichtigten Leistungskonzentration als Voraussetzung der Qualitätsverbesserung, die im regionalen Planungskonzept, der Anhörung und im Bescheid ausdrücklich als Ziel genannt werden, lässt die Nichtzuweisung der Leistungsgruppe 21.2 unter Berücksichtigung der Fallzahlen keine Ermessensfehler erkennen. Soweit die Antragstellerin als Grund für die Fallzahlen auf die Personalstruktur in ihrem Haus und auf Personalveränderungen im Einzelfall hinweist, kann sie damit nicht gehört werden. Ließe man hier Korrekturen aufgrund individueller strukturinterner Gegebenheiten der Krankenhäuser zu, könnten die Fallzahlen nicht mehr als messbare Vergleichsgröße herangezogen werden. Darüber hinaus sind die Angaben für die Gründe der geringen Fallzahlen kaum überprüfbar. 300

Auch soweit die Antragstellerin im Schriftsatz vom 21. März 2025 vorträgt, die Antragstellerin habe im Jahr 2024 insgesamt 25 Fälle erbracht hat, was gegenüber den Vorjahren eine erhebliche Fallzahlsteigerung (Verfünffachung gegenüber dem Vorjahr 2023) bedeute und zu einem Gleichziehen mit dem u. a. bevorzugten Evangelischen Krankenhaus K. führe, kann sie damit nicht gehört werden. Der Antragsgegner hat dargelegt, dass auf er den Zeitraum 2019 bis 2023 abgestellt hat und sich in diesem Zeitraum andere Antragsteller deutlich gegen die Antragstellerin durchgesetzt hätten. Soweit die Antragstellerin nunmehr die Fallzahlen des Jahres 2024 nennt, führt dies nicht zu einem Fehler der Auswahlentscheidung auf Grundlage des oben genannten Zeitraums. Darüber ist nicht nachgewiesen, dass sich die Antragstellerin gegen die Mitbewerber durchsetzen würde, wenn man das Jahr 2024 mitberücksichtigen würde. Denn um feststellen zu können, ob die Antragstellerin mit anderen Mitbewerbern „gleichzieht“, wäre auch die Angabe der Fallzahlen der Mitbewerber für dieses Jahr notwendig. Darüber hinaus gibt ein Mehrjahresvergleich einen besseren Überblick über das 301

Leistungsgeschehen als die isolierte Betrachtung eines Jahres, hier des Jahres 2024. Soweit die Antragstellerin mit den Fallzahlen für das Jahr 2025 argumentiert, handelt es sich hierbei um Prognosen, die nicht überprüft und mit anderen Mitbewerbern verglichen werden können.

(bb) 302

Unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien ist ebenfalls nichts dafür ersichtlich, dass sich die Antragstellerin als „am besten“ durchgesetzt hat. 303

Nach Auffassung der Kammer dürfte die Antragstellerin acht von zehn Auswahlkriterien erfüllen. Dies ergibt sich für die Kammer aus Tabellenblatt 3 - Erfüllung der Qualitätskriterien, rechte Spalte (BA 2, S. 639). Soweit der Prozessbevollmächtigte des Antragsgegners ohne nähere Darlegung vorträgt, die Antragstellerin erfülle fünf von zehn Auswahlkriterien (Schriftsatz vom 17. März 2025, GA, S. 462), ist dies vor dem Hintergrund der oben genannten Angaben nicht nachvollziehbar. Ausgehend von acht Auswahlkriterien ist nicht ersichtlich, dass die Auswahlentscheidung zu Lasten der Antragstellerin ermessensfehlerhaft ist, weil der Antragsgegner von einem unzutreffenden Sachverhalt ausgegangen ist. Die Bezirksregierung ist im Verwaltungsvorgang – nach Auffassung der Kammer zutreffend – von acht Auswahlkriterien ausgegangen. Im weiteren Verwaltungsvorgang, in den Anhörungsschreiben und im Bescheid wurde die Anzahl der Auswahlkriterien nicht mehr benannt, sodass nicht ersichtlich ist, dass eine falsche Anzahl der Auswahlkriterien zugrunde gelegt wurde. 304

Auch die Formulierung im Bescheid vom 16. Dezember 2024, S. 30, 305

das Ev. Krankenhaus K. X. ist unter Berücksichtigung der Fallzahlen der Vergangenheit und der Erfüllung der im Krankenhausplan definierten Auswahlkriterien der leistungstärkere Anbieter, 306

lässt nicht den Schluss zu, das Ev. Krankenhaus K. X. erfülle mehr Auswahlkriterien als die Antragstellerin. Vielmehr ist dieser Formulierung die Wertung zu entnehmen, dass sich das genannte Krankenhaus bei einer Gesamtberücksichtigung der angewandten Kriterien – Auswahlkriterien und Fallzahlen – als insgesamt leistungsfähiger erweist. Soweit die Prozessbevollmächtigten des Antragsgegners im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes eine andere Anzahl an Auswahlkriterien nennen, lässt dies die Auswahlentscheidung des Antragsgegners im Verwaltungsverfahren unberührt. 307

Schließlich dürfte die Auswahlentscheidung bei der hier nur möglichen summarischen Prüfung auch nicht deshalb rechtswidrig sein, weil sich die Antragstellerin gegen das Ev. Krankenhaus K. X. als leistungstärker durchsetzen müsste und die Entscheidung aus diesem Grunde rechtsfehlerhaft ist. Zwar dürfte sich die Antragstellerin nach dem im einstweiligen Rechtsschutz bekannten Sachverhalt hinsichtlich der Auswahlkriterien gegen das Ev. Krankenhaus K. X. durchsetzen – acht zu sechs Auswahlkriterien. Dennoch dürfte es aufgrund der deutlich höheren Fallzahlen des Mitbewerbers – 125 zu 41 – nicht zu beanstanden sein, das Ev. Krankenhaus K. X. insgesamt – wie im Bescheid geschehen – als leistungsfähiger einzustufen. Der Antragsgegner hat im Verwaltungsverfahren und im Bescheid deutlich gemacht, dass er der durch Fallzahl gewonnenen Routine einen besonders hohen Stellenwert einräumt: 308

In dieser Leistungsgruppe soll nach Vorstellungen des Landes eine sehr deutliche Konzentration der Leistungserbringung auf wenige, spezialisierte Versorger erfolgen. [...] Mit Blick auf die hohe Mortalität der Erkrankung sowie die vergleichsweise niedrigen relativen 5- 309

und 10-Jahres-Überlebensraten wird insofern eine spezialisierte sowie routinierte Behandlung, die sich auch in den Fallzahlen widerspiegelt, für unabdingbar erachtet.

Bescheid vom 16. Dezember 2025, S- 29 f. 310

Damit geht die Wertung des Antragsgegners einher, dass im Zweifel die Fallzahlen das ausschlaggebende Gewicht darstellen. Da das Ev. Krankenhaus K. X. im Vergleichszeitraum drei Mal so viele Fälle erbracht hat, wie die Antragstellerin, ist gegen die Auswahlentscheidung im Ergebnis nichts zu erinnern. Darüber hinaus hat der Antragsgegner die Nichtzuweisung ausdrücklich mit dem Mengengerüst – im Vergleich zu anderen Antragsstellern geringe Fallzahlen erbracht (nicht mehr als 13 pro Jahr) – der Antragstellerin begründet, was ebenfalls für eine bewusste Gewichtung der Fallzahlen als ausschlaggebendes Kriterium spricht. 311

2. 312

Erweist sich der angefochtene Bescheid mithin nach der im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung hinsichtlich der Leistungsgruppen 16.2, 16.4 und 21.2 als rechtmäßig und verletzt die Antragstellerin insoweit nicht in ihren Rechten, so überwiegt nach den oben dargestellten Grundsätzen das öffentliche Vollziehungsinteresse. Dieses tritt auch nicht ausnahmsweise deshalb zurück, weil die Antragstellerin in der Vergangenheit einen Versorgungsauftrag für die hier streitgegenständlichen Bereiche hatte. Insoweit gelten auch weiterhin die bislang von der ständigen Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze, 313

vgl. OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 ?, 314

wonach das Vertrauen selbst eines bereits im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses nur bedingt schutzwürdig ist, denn die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan führt nicht dazu, dass der von ihm gedeckte Bedarf in Zukunft für dieses Krankenhaus reserviert wäre. Vielmehr muss die zuständige Behörde bei Hinzutreten eines Neubewerbers ihre bisherige Versorgungsentscheidung insgesamt überprüfen und gegebenenfalls korrigieren. Das kann auch zur Herausnahme eines bisherigen Plankrankenhauses aus dem Krankenhausplan führen. Jede andere Entscheidung käme einer Versteinerung der Krankenhauslandschaft gleich, die mit dem grundrechtlich gewährleisteten Anspruch des Neubewerbers auf gleichen Marktzutritt unvereinbar wäre, 315

Vgl. BVerwG, Urteil vom 14. August 2011 - 3 C 17.10 -, juris (Rn. 28). 316

Bei einer Umgestaltung des Krankenhausplanes in Nordrhein-Westfalen mit dem Ziel der stärkeren Spezialisierung der Krankenhäuser unter Beachtung von Schwerpunktbildungen bleibt nicht aus, dass der status quo nicht stets erhalten bleiben kann. Im Rahmen der dem Antragsgegner überlassenen Ermessensausübung hat dieser in seiner originären Zuständigkeit die gesundheitspolitischen Erwägungen auch unter medizinischen Aspekten zu gewichten. 317

Hierbei muss die Antragstellerin auch hinnehmen, dass sie (zumindest) bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens bestimmte Leistungen nicht erbringen kann, denn dies entspricht der gesetzgeberischen Konzeption. Der Gesetzgeber hat § 16 Abs. 5 KHGG NRW geändert, um eine einheitliche Verfahrensweise bei der Umsetzung des Krankenhausplanes 2022 sicherzustellen, 318

319

Hinter diesem Ziel, welches insbesondere auch dazu dient, vom Krankenhausplan nicht vorgesehene (vgl. nur KHP 2022, S. 58) parallele Leistungserbringungen in unmittelbarer räumlicher Nähe zu Lasten der Kostenträger und damit der Versicherten zu verhindern, muss das Interesse der Antragstellerin an der weiteren Leistungserbringung zurückstehen. Dies stellt auch keine besondere Härte dar, da – wie dargelegt – der Antragstellerin nur ein bedingter Schutz in Bezug auf den Erhalt ihrer Planposition zukommt und sich der Ablehnungsbescheid nach summarischer Prüfung als rechtmäßig erweist. 320

Im Hinblick auf die Leistungsgruppe 21.3 überwiegt indes das private Aussetzungsinteresse der Antragstellerin, da sich der Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 insoweit nach der im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage als rechtswidrig erweist und am Vollzug eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes kein öffentliches Interesse bestehen kann. 321

III. 322

Die Kostenentscheidung folgt aus § 155 Abs. 1 VwGO. 323

IV. 324

Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 53 Abs. 2 Nr. 2, 52 Abs. 2 des Gerichtskostengesetzes (GKG) in Verbindung mit Ziffern 23.1 und 1.5 Satz 1 Alt. 1 des Streitwertkatalogs des Bundesverwaltungsgerichts für die Verwaltungsgerichtsbarkeit (Streitwertkatalog). Nach der Rechtsprechung der Kammer, 325

vgl. nur VG Düsseldorf, Urteil vom 2. September 2022 – 21 K 5580/19 –, 326

ist je Fachabteilung ein Streitwert von 50.000,00 Euro anzunehmen, wobei die frühere Aufnahme der früheren Fachabteilung in den Krankenhausplan der nunmehrigen Aufnahme in den Krankenhausplan mit der entsprechenden Leistungsgruppe entspricht, sodass nunmehr pro beantragter Leistungsgruppe ein Streitwert von 50.000,00 Euro anzunehmen ist, mithin insgesamt ein Streitwert von 200.000,00 Euro. Dieser Betrag ist jedoch nach Ziffer 1.5 des Streitwertkatalogs im Hinblick darauf, dass es sich um ein Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes handelt, um die Hälfte zu reduzieren, sodass hier ein Streitwert von 100.000,00 Euro festzusetzen ist. 327

Rechtsmittelbelehrung 328

Gegen die Entscheidung über den Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes kann innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung bei dem Verwaltungsgericht Düsseldorf (Bastionstraße 39, 40213 Düsseldorf oder Postfach 20 08 60, 40105 Düsseldorf) schriftlich Beschwerde eingelegt werden, über die das Obergerverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen in Münster entscheidet. Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist eingeht bei dem Obergerverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Aegidiikirchplatz 5, 48143 Münster oder Postfach 6309, 48033 Münster. Die Beschwerde ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung zu begründen. Die Begründung ist, sofern sie nicht bereits mit der Beschwerde vorgelegt worden ist, bei dem Obergerverwaltungsgericht schriftlich einzureichen. Sie muss einen bestimmten Antrag enthalten, die Gründe darlegen, 329

aus denen die Entscheidung abzuändern oder aufzuheben ist, und sich mit der angefochtenen Entscheidung auseinander setzen.

Die Beschwerde ist einzulegen und zu begründen durch einen Rechtsanwalt oder einen Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, der die Befähigung zum Richteramt besitzt, oder eine diesen gleichgestellte Person als Bevollmächtigten. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse können sich auch durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Auf die besonderen Regelungen in § 67 Abs. 4 Sätze 7 und 8 VwGO wird hingewiesen. 330

Die Entscheidung über die Kosten des Verfahrens ist nicht selbstständig anfechtbar. 331

Gegen die Festsetzung des Streitwerts kann innerhalb von sechs Monaten, nachdem diese Entscheidung Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat, bei dem Verwaltungsgericht Düsseldorf (Bastionstraße 39, 40213 Düsseldorf oder Postfach 20 08 60, 40105 Düsseldorf) schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle Beschwerde eingelegt werden, über die das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen in Münster entscheidet, falls das Verwaltungsgericht ihr nicht abhilft. Hierfür besteht kein Vertretungszwang. Ist der Streitwert später als einen Monat vor Ablauf dieser Frist festgesetzt worden, kann die Beschwerde innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses eingelegt werden. Die Beschwerde ist nur zulässig, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes zweihundert Euro übersteigt. Die Beschwerde findet auch statt, wenn sie das Gericht, das die Entscheidung erlassen hat, wegen der grundsätzlichen Bedeutung der zur Entscheidung stehenden Frage zulässt. 332