

---

**Datum:** 27.03.2025  
**Gericht:** Verwaltungsgericht Münster  
**Spruchkörper:** 9. Kammer  
**Entscheidungsart:** Beschluss  
**Aktenzeichen:** 9 L 141/25  
**ECLI:** ECLI:DE:VGMS:2025:0327.9L141.25.00

---

**Tenor:**

Die aufschiebende Wirkung der Klage 9 K 13/25 gegen die Nichtzuweisung der Leistungsgruppen „14.3 Revision Hüftendoprothese“ und „14.4 Revision Knieendoprothese“ durch den Feststellungsbescheid Nr. 1 der Bezirksregierung O. vom 16. Dezember 2024 wird angeordnet.

Der Antragsgegner trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 50.000,- € festgesetzt.

---

**Gründe**

Der Antrag der Antragstellerin, 1  
2  
die aufschiebende Wirkung der Klage vom 2. Januar 2025 – 9 K 13/25 – gegen den 3  
Feststellungsbescheid Nr. 1 vom 16. Dezember 2024 gemäß § 80 Abs. 5 Satz 1 Alt. 1 VwGO  
anzuordnen, als dieser der Antragstellerin untersagt, ab dem 1. April 2025 im zuvor  
umfassend erteilten Versorgungsauftrag für das Fachgebiet (Leistungsbereich) Chirurgie  
Revisionen Hüftendoprothese und Revisionen Knieendoprothese zu erbringen,  
hat Erfolg. 4  
I. 5  
Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung nach § 80 Abs. 5 Satz 1 Var. 1 6  
VwGO ist zulässig und insbesondere statthaft.  
Ein solcher Antrag ist statthaft, wenn in der Hauptsache eine Anfechtungsklage nach § 42 7  
Abs. 1 Var. 1 VwGO erhoben wurde, mithin die Aufhebung eines belastenden

Verwaltungsakts im Sinne des § 35 Satz 1 VwVfG NRW begehrt wird, und diese Anfechtungsklage von Gesetzes wegen keine aufschiebende Wirkung hat. Gemäß § 123 Abs. 5 VwGO genießt der Antrag nach § 80 Abs. 5 VwGO insoweit Vorrang gegenüber dem Antrag nach § 123 Abs. 1 VwGO.

Diese Voraussetzungen liegen vor. Mit der am 2. Januar 2025 erhobenen Klage (9 K 13/25) 8  
ficht die Antragstellerin in der Hauptsache den Feststellungsbescheid des Antragsgegners vom 16. Dezember 2024 an, insbesondere soweit dieser die Nichtzuweisung der Leistungsgruppen 14.3 Revision Hüftendoprothese und 14.4 Revision Knieendoprothetik vorsieht. Diese Klage hat gemäß § 80 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 VwGO i.V.m. § 16 Abs. 5 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) keine aufschiebende Wirkung. Gegen die Nichtzuweisung der beantragten Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 ist in der Hauptsache die Anfechtungsklage statthaft, da die im Feststellungsbescheid vorgenommene Nichtzuweisung dieser Leistungsgruppen eine belastende Regelung darstellt.

Nach § 16 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW dürfen die den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörige 9  
Leistungen nur erbracht werden, wenn diese im Feststellungsbescheid zugewiesen wurden. Im Umkehrschluss folgt daraus, dass die in den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörigen Leistungen nicht (mehr) erbracht werden dürfen, wenn sie im Feststellungsbescheid nicht (mehr) ausgewiesen sind.

Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris, Rn. 41; VG 10  
Aachen, Beschluss vom 26. Februar 2025 – 7 L 26/25 –, juris, Rn. 6.

Bei der Versagung einer beantragten Begünstigung, hier der die Leistungserbringung 11  
ermöglichenden Zuweisung zu Leistungsgruppen, handelt es sich zwar im Allgemeinen regelmäßig nicht um einen Verwaltungsakt mit (eigenständiger) belastender Regelungswirkung. Anderes gilt ausnahmsweise aber dann, 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. Dies ist hier der Fall. Bei der Herausnahme einer Leistungsgruppe aus dem Krankenhausplan ist Gegenstand des Rechtsstreits nicht (bloß) eine Erweiterung der Rechtsstellung des betroffenen Krankenhauses, wie etwa beim Antrag auf Erstaufnahme in den Krankenhausplan, sondern die Abwehr eines Eingriffs in eine bestehende Rechtsposition, nämlich die teilweise Entziehung des Versorgungsauftrags im zuvor festgestellten Umfang. Dieser ist die Grundlage einer zugunsten der Antragstellerin bestehenden Zahlungsverpflichtung der Kostenträger und eines Anspruchs der Antragstellerin auf Förderung aus § 8 Abs. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Mit der behördlichen Leistungsverweigerung geht hier ausnahmsweise die gesetzlich angeordnete Verschlechterung des individuellen rechtlichen Status quo des Betroffenen einher. Letzteres ist wiederum die typische Situation einer Anfechtungsklage.

Vgl. OVG NRW, Beschlüsse vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris, Rn. 22, vom 24. 12  
Juni 2024 – 13 B 560/24 –, S. 5, n.v., und vom 30. Oktober 2007 – 13 A 1570/07 –, juris, Rn. 36; VG L., Beschluss vom 13. März 2025 – 18 L 257/25 –, S. 3, n.v.

Dies zugrunde gelegt ist der Antrag nach § 80 Abs. 5 Satz 1 Var. 1 VwGO entgegen der 13  
Auffassung des Antragsgegners auch nicht mangels allgemeinen Rechtsschutzbedürfnisses der Antragstellerin unzulässig. Denn durch den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden

Wirkung der Klage kann sie ihr Antragsziel, vorläufig von dem Entzug einer ihr eingeräumten Rechtsposition verschont zu bleiben, erreichen.

Die aufschiebende Wirkung verbietet es, Folgerungen tatsächlicher oder rechtlicher Art aus dem suspendierten Verwaltungsakt zu ziehen. Die vorhergehenden Feststellungsbescheide, welche durch den streitgegenständlichen Feststellungsbescheid ersetzt wurden, enthielten zwar noch keine Zuweisung der streitgegenständlichen Leistungsgruppen, da sie noch vor der am 18. März 2021 in Kraft getretenen Novellierung der §§ 12 f. KHGG NRW ergingen. Erst seit der Novellierung hat sich die Krankenhausplanung nicht mehr (allein) an der Bettenzahl zu orientieren, sondern macht die Zuweisungsentscheidung maßgeblich von der Erfüllung von für bestimmte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen etablierte Qualitätskriterien abhängig. Das Rechtsschutzziel der Antragstellerin, den bisherigen Versorgungsauftrag einstweilen fortbestehen zu lassen, wird folglich nur erreicht, wenn als Konsequenz einer Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den streitgegenständlichen Feststellungsbescheid für deren Dauer die Zuweisung der streitgegenständlichen Leistungsgruppen zu einer (allgemeinen) Leistungsgruppe erfolgt, da ohne eine solche vorläufige Zuweisung dem vorläufigen Erbringen der zugehörigen Leistungen § 16 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW entgegenstünde. Nur mit einem so verstandenen Umfang der Wirkung der Anordnung der aufschiebenden Wirkung wird die Antragstellerin jedenfalls vorläufig so gestellt, als wäre der streitgegenständliche Feststellungsbescheid nicht ergangen und mithin weiterhin berechtigt, die beantragten Leistungen, die vom vorherigen Versorgungsauftrag erfasst waren, zu erbringen.

Vgl. VG Aachen, Beschluss vom 26. Februar 2025 – 7 L 26/25 –, juris, Rn. 14; im Ergebnis so auch: VG L., Beschluss vom 13. März 2025 – 18 L 257/25 –, S. 4, n.v.

Dass die aufschiebende Wirkung einer Anfechtungsklage eine solche Konsequenz hat, entspricht auch der Vorstellung des nordrhein-westfälischen Gesetzgebers. Er hat § 16 Abs. 5 Satz 1 KHGG NRW durch Änderungsgesetz vom 5. Dezember 2023 (GV.NRW.S.1275) dahingehend geändert, dass Rechtsbehelfe gegen einen Feststellungsbescheid generell – nicht nur Rechtsbehelfe eines Dritten – keine aufschiebende Wirkung haben. Ziel dieser Regelung war, eine einheitliche Verfahrensweise für die Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2022 sicherzustellen und durch den Wegfall der aufschiebenden Wirkung die Umsetzung der planerischen Entscheidungen des Krankenhausplans NRW 2022 zu beschleunigen. Dieser Änderung hätte es nicht bedurft, wenn die aufschiebende Wirkung ohnehin folgenlos bliebe, weil – wie der Antragsgegner meint – eine grundlegende Systemänderung vorgenommen worden ist.

Vgl. VG Aachen, Beschluss vom 26. Februar 2025 – 7 L 26/25 –, juris, Rn. 14 ff.; LT-Drs. 18/5804, S. 20; LT-Plenarprotokoll 18/48, S. 197 zu TOP 7.

II. 18

Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ist auch begründet. 19

Das Gericht trifft im Rahmen des Verfahrens nach § 80 Abs. 5 VwGO eine Entscheidung über die Aussetzung der Vollziehung und hat dabei insbesondere eine an den Erfolgsaussichten in der Hauptsache orientierte Interessenabwägung zwischen dem Aussetzungsinteresse der Antragstellerin (Suspensivinteresse) und dem öffentlichen Interesse an der sofortigen Vollziehung des Bescheides (Vollzugsinteresse) vorzunehmen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass in Fällen gesetzlichen Ausschlusses der aufschiebenden Wirkung einer Anfechtungsklage – wie hier nach § 16 Abs. 5 KHGG NRW – von der Vermutung 20

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.

Vgl. BVerwG, Beschluss vom 19. Mai 1994 – 3 C 11/94 –, juris, Rn. 9. 21

Die Interessenabwägung fällt vorliegend zugunsten der Antragstellerin aus; es liegen besondere Gründe für ein Abweichen von der gesetzlichen Vermutung des § 16 Abs. 5 KHHG NRW vor. Das Suspensivinteresse der Antragstellerin überwiegt gegenüber dem öffentlichen Vollzugsinteresse, weil sich die Nichtzuweisung der Leistungsgruppen 14.3 Revision Hüftendoprothese und 14.4 Revision Knieendoprothese in dem Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 nach der im vorläufigen Rechtsschutzverfahren allein möglichen und gebotenen summarischen Prüfung als rechtswidrig erweist und die Antragstellerin in ihren Rechten verletzt. 22

1. 23

Rechtsgrundlage für den Erlass des Feststellungsbescheides sind §§ 16 Abs. 1 Satz 1, 14 Abs. 4 und 5 KHGG NRW. Danach werden Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses und über den Umfang des Versorgungsauftrags nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen durch Bescheid der zuständigen Behörde getroffen. 24

2. 25

Der Feststellungsbescheid ist formell rechtmäßig. Die Bezirksregierung O. war für den Erlass des Bescheides gemäß § 35 KHGG NRW i.V.m. § 1 Abs. 1 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens des Landes Nordrhein-Westfalen (KHZVV) sachlich und örtlich zuständig. Die Antragstellerin wurde gemäß § 14 Abs. 4 Satz 1 KHGG NRW angehört. Ihr wurde mit Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) vom 14. und 20. Juni 2024 Gelegenheit gegeben, sich zu der beabsichtigten Nichtzuweisung der Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 zu äußern. 26

3. 27

Die angefochtene Nichtzuweisung der Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 im Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 erweist sich jedoch nach der im Eilverfahren allein maßgeblichen summarischen Prüfung aller Voraussicht nach als rechtswidrig. 28

Gemäß § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG besteht kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. Gleiches muss für die – vorliegende – Konstellation gelten, in der nicht der Aufnahmeanspruch als solcher, sondern die Zuweisung einzelner Leistungsgruppen im Streit steht. Mit Blick auf Art. 12 Abs. 1 GG billigt das Bundesverwaltungsgericht in ständiger Rechtsprechung einem Krankenhaus einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan über den Wortlaut des § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG gleichwohl zu, wenn es bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zu Verfügung steht. Erst wenn zur Bedarfsdeckung mehrere, diese Voraussetzungen erfüllende Krankenhäuser zur Verfügung stehen, entfällt nach der Rechtsprechung ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. Es verbleibt dann aber ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie 29

Auswahlentscheidung (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG).

Vgl. BVerwG, Urteile vom 8. Juli 2022 – 3 C 2.21 –, juris, Rn. 12, und vom 25. September 2008 – 3 C 35.07 –, juris, Rn. 19, jeweils m.w.N. 30

Die Feststellung, welches Krankenhaus bei einer zu treffenden Auswahlentscheidung in den Krankenhausplan aufzunehmen ist, erfolgt nicht durch den in der Regel von einer obersten Landesbehörde aufgestellten Krankenhausplan, sondern durch Feststellungsbescheid einer in aller Regel nachgeordneten Behörde. Nicht bereits der Krankenhausplan selbst, sondern erst der die Aufnahme in den Plan feststellende Bescheid entfaltet unmittelbare Rechtswirkung nach außen und kann vom betroffenen Krankenhausträger einer verwaltungsgerichtlichen Prüfung zugeführt werden (§ 8 Abs. 1 Satz 4 KHG). Der Krankenhausplan ist keine Rechtsnorm mit Außenwirkung; der Feststellungsbescheid ist daher nicht schon dann rechtmäßig, wenn er die Versorgungsentscheidung des Planes zutreffend wiedergibt. Seine Existenz und Gültigkeit sind nicht Voraussetzung für die Entscheidung über den Planaufnahmeantrag des einzelnen Krankenhauses. Vielmehr trifft die Behörde ihre Entscheidung nach außen eigenverantwortlich; der Plan bindet sie im Sinne einer innerdienstlichen Weisung. 31

Vgl. BVerwG, Urteile vom 8. Juli 2022 – 3 C 2.21 –, juris, Rn. 14, vom 25. September 2008 – 3 C 35.07 –, juris, Rn. 17, und vom 26. März 1981 – 3 C 134.79 –, juris, Rn. 43 ff.; OVG NRW, Beschluss vom 25. Januar 2011 – 13 B 1712/10 –, juris, Rn. 16, jeweils m.w.N.; OVG Lüneburg, Beschluss vom 4. August 2023 – 14 ME 66/23 –, juris, Rn. 50 32

Das der Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes zugrundeliegende Verwaltungsverfahren gliedert sich in zwei Stufen. Auf der ersten Stufe stellt die nach Landesrecht zuständige Behörde – hier das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) – den Krankenhausplan des Landes auf (§ 6 KHG). Darin legt sie die Ziele der Krankenhausplanung fest (Krankenhauszielplanung), beschreibt räumlich, fachlich und nach Versorgungsstufen gegliedert den bestehenden und erwartbaren Bedarf an Krankenhausversorgung (Bedarfsanalyse), stellt dem eine Aufstellung der zur Bedarfsdeckung geeigneten Krankenhäuser gegenüber (Krankenhausanalyse) und legt fest, mit welchem dieser Krankenhäuser der Bedarf gedeckt werden soll. Bei der Beurteilung, welche Krankenhäuser für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen in Betracht kommen, steht der Landesbehörde weder ein Planungs- noch ein Beurteilungsspielraum zu. 33

Vgl. BVerwG, Urteile vom 25. September 2008 – 3 C 35.07 –, juris, Rn. 17, und vom 26. März 1981 – 3 C 134.79 –, juris, Rn. 36 ff.; VG Aachen, Beschluss vom 26. Februar 2025 – 7 L 26/25 –, juris, Rn. 42, jeweils m.w.N. 34

Auf der zweiten Stufe wird sodann dem einzelnen Krankenhaus gegenüber festgestellt, ob es in den Krankenhausplan aufgenommen wird oder nicht. Diese Feststellung ergeht durch Bescheid (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHG i.V.m. § 16 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW). Der Bescheid enthält die Entscheidung über den Antrag des Krankenhausträgers, seinem Krankenhaus mit einem bestimmten Versorgungsangebot den Status eines Plankrankenhauses zu verleihen, der Voraussetzung ist für die Vergütung der Leistungen des Krankenhauses aus Pflegesätzen (§§ 16 ff. KHG, § 108 Nr. 2 SGB V, § 8 Abs. 1 Satz 3, Satz 4 Nr. 1 KHEntgG) sowie für die Förderung der Investitionskosten aus öffentlichen Mitteln des Landes (§ 8 Abs. 1 Satz 1, §§ 9 ff. KHG). Soweit die Zahl der in diesen Krankenhäusern vorhandenen Betten bzw. beantragten Fallzahlen den diesbezüglichen konkreten Versorgungsbedarf übersteigt, ergibt sich auf der zweiten Entscheidungsstufe die Notwendigkeit einer Auswahl zwischen 35

den in Betracht kommenden Krankenhäusern. Bei der zu treffenden Auswahlentscheidung steht der zuständigen Landesbehörde ein Ermessensspielraum zu. Nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG entscheidet sie unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.

Vgl. BVerfG, Beschluss vom 4. März 2004 – 1 BvR 88/00 –, juris, Rn. 3; BVerwG, Urteile vom 8. Juli 2022 – 3 C 2.21 –, juris, Rn. 13, und vom 25. September 2008 – 3 C 35.07 –, juris, Rn. 18; OVG NRW, Beschluss vom 25. Januar 2011 – 13 B 1712/10 –, juris, Rn. 23. 36

Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich insoweit auf die Nachprüfung, ob die zuständige Landesbehörde bei ihrer Entscheidung darüber, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes am besten gerecht wird, ihr Auswahlermessen fehlerfrei ausgeübt hat, also von einem zutreffenden und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist, ob sie einen sich sowohl im Rahmen des Gesetzes wie auch im Rahmen der Beurteilungsermächtigung haltenden Beurteilungsmaßstab zutreffend angewandt hat und ob für ihre Entscheidung keine sachfremden Erwägungen bestimmend gewesen sind. Bei der Auswahlentscheidung sind die nach § 6 Abs. 1 KHG für die Krankenhausplanung maßgeblichen Ziele der Bedarfsgerechtigkeit, der Leistungsfähigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Trägervielfalt sämtlich in den Blick zu nehmen und angemessen zu berücksichtigen. 37

Vgl. BVerwG, Beschluss vom 12. Februar 2007 – 3 B 77.06 –, juris, Rn. 5, m.w.N.; OVG NRW, Beschluss vom 25. Januar 2011 – 13 B 1712/10 –, juris, Rn. 33; OVG Lüneburg, Beschluss vom 4. August 2023 – 14 ME 66/23 –, juris, Rn. 51. 38

Aus der Auswahlentscheidung muss insbesondere hervorgehen, anhand welcher Kriterien die Landesbehörde die Qualität der Angebote der in Betracht kommenden Krankenhäuser beurteilt, wie sie diese Kriterien gewichtet und welche krankenhauserischen Ziele sie mit ihrer Zusammenstellung der Auswahlkriterien verfolgt. Sodann sollte transparent sein, warum das oder die ausgewählten Krankenhäuser diese Kriterien am besten erfüllen. 39

Vgl. VG Aachen, Beschluss vom 26. Februar 2025 – 7 L 26/25 –, juris, Rn. 83; VG Düsseldorf, Urteil vom 1. Juli 2016 – 21 K 2483/14 –, juris, Rn. 150. 40

Hieran gemessen bestehen zwar hinsichtlich der der Auswahlentscheidung vorgelagerten und auch von der Antragstellerin nicht beanstandeten Bedarfsanalyse (a.) keine rechtlichen Bedenken. Die darauf aufbauende Auswahlentscheidung erweist sich jedoch aller Voraussicht nach als ermessensfehlerhaft (b.). 41

a. Bei der Bedarfsanalyse ist der tatsächliche Bedarf festzustellen, der zu versorgen ist. Sowohl die Ermittlung des gegenwärtig zu versorgenden Bedarfs wie auch die Prognostizierung des voraussichtlich künftigen Bedarfs haben Feststellungen und Schätzungen zum Inhalt, die ausschließlich auf tatsächlichem Gebiet liegen. Wegen der Schwierigkeit der Nachprüfung der bei der im Rahmen der Bedarfsanalyse vorzunehmenden prognostischen Schätzungen hat das Gericht sich insoweit auf die Nachprüfung zu beschränken, ob die Behörde von zutreffenden Werten, Daten und Zahlen ausgegangen ist und sich wissenschaftlicher anerkannter Berechnungsmethoden bedient hat. 42

Vgl. BVerwG, Urteil vom 25. Juli 1985 – 3 C 25.84 –, juris, Rn. 56, m.w.N. 43

Die vorliegend von dem Antragsgegner hinsichtlich der Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 vorgenommene Bedarfsanalyse dürfte diesen Anforderungen entsprechen. Der erwartbare 44

Bedarf an Krankenhausversorgung in den Leistungsgruppen wurde aus der aktuellen bzw. zuletzt beobachtbaren Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen anhand des InEK-Datensatzes abgeleitet. Als Basisjahr für die Bedarfsermittlung wurde das Jahr 2019 festgelegt. Die Festlegung des Basisjahres dürfte entgegen der Ansicht der Antragstellerin, die eine veraltete Zahlenbasis annimmt, nicht zu beanstanden sein, da zum Zwecke der Neuberechnung spätestens im Jahr 2024 eine Neuberechnung und –bewertung des Bedarfs innerhalb der Leistungsgruppen vorgesehen ist (vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 83).

So auch: OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris, Rn. 114. 45

Jeder in 2019 abgerechnete Fall wurde einem Leistungsbereich und einer Leistungsgruppe eindeutig zugeordnet. Für die Bedarfsprognose, also der Beschreibung des voraussichtlich in Zukunft zu erwartenden Bedarfs, wurden die Faktoren der demografischen Entwicklung, Ambulantisierung und des Verweildauertrends quantitativ und je nach Fallgruppe unterschiedlich gewichtet (durch ein algorithmisches Vorgehen) berücksichtigt. Zur Ableitung des demografischen Faktors wurde das Basisjahr des InEK-Datensatzes genutzt und um Daten zur Bevölkerungsprognose des Landesamts für Statistik NRW von 2019 bis 2024 erweitert. 46

Vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 83 ff. 47

Nach der so durchgeführten Bedarfsprognose besteht für den hier maßgeblichen Regierungsbezirk O. ein prognostizierter Bedarf von 838 Fällen für die Leistungsgruppe 14.3 und 830 Fällen für die Leistungsgruppe 14.4 für das Jahr 2024 (s. Bl. 314, 358 der Verwaltungsakte). 48

b. Der Antragsgegner hatte unter den antragstellenden Krankenhäusern eine Auswahlentscheidung zu treffen, da die beantragten Fallzahlen der antragstellenden Krankenhäuser den anhand der vorgenommenen Bedarfsanalyse prognostizierten Bedarf deutlich überzeichneten (die 33 für die Leistungsgruppe 14.3 bzw. 32 für die Leistungsgruppe 14.4 antragstellenden Krankenhäuser bzw. Betriebsstellen beantragten eine Zuweisung von insgesamt 1.358 bzw. 1.278 Fällen). Die von dem Antragsgegner getroffene Auswahlentscheidung erweist sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als ermessensfehlerhaft, vgl. § 114 Satz 1 VwGO. 49

Der Antragsgegner stellte in seine Auswahlentscheidung zunächst die im Krankenhausplan NRW 2022 vorgegebenen Mindest- und dann die dort genannten Auswahlkriterien ein. Zweck dieser im Krankenhausplan NRW 2022 für jede Leistungsgruppe vorgesehene Mindest- und Auswahlkriterien ist, die Qualität der Versorgung zu sichern und weiter zu verbessern (s. S. 180, 182 des Krankenhausplans). Als Mindestkriterium sieht der Krankenhausplan NRW 2022 sowohl für die Leistungsgruppe 14.3 Revision Hüftendoprothese als auch für die Leistungsgruppe 14.4 Revision Knieendoprothese vor, dass das Krankenhaus ebenfalls die verwandten Leistungsgruppen Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Endoprothetik Hüfte bzw. Knie und Intensivmedizin erbringt sowie dauerhaft Röntgengeräte vorhält, mit denen ein teleradiologischer Befund möglich ist. Ferner sind bestimmte fachärztliche Qualifikationen sowie Verfügbarkeiten vorgesehen. Der Krankenhausplan sieht für die beiden Leistungsgruppen identische Auswahlkriterien vor, nämlich die Vorhaltung der Leistungsgruppe Geriatrie am Standort sowie die ständige Vorhaltung einer Computertomographie (CT 24/7) und die Vorhaltung einer Magnetresonanztomografie (MRT). 50

Der Antragsgegner begründete seine getroffene Ermessensentscheidung im Wesentlichen wie folgt: 51

Da das Ergebnis nach der Einstellung der im Krankenhausplan genannten Auswahlkriterien nicht zu einer ausreichenden Differenzierung geführt habe und insbesondere eine zu große Anzahl nach diesen Kriterien geeigneter Krankenhäuser verblieben sei und zum Teil Krankenhäuser mit besonders hohen Fallzahlen mangels Vorhaltung der Leistungsgruppe 27.1 Geriatrie weggefallen seien, sei als weiteres, nicht im Krankenhausplan NRW 2022 vorgesehenes Kriterium die Fallzahlen der Jahre 2019 bis 2022 herangezogen worden (s. Bl. 254 ff., 306 ff. der Verwaltungsakte, S. 23 des Feststellungsbescheids). Demnach sollten bei der Leistungsgruppe 14.3 grundsätzlich mindestens 25 Fälle pro Jahr und bei der Leistungsgruppe 14.4 mindestens 20 Fälle pro Jahr erbracht worden sein. Es werde angenommen, dass höhere Fallzahlen die notwendigen Routinen gewährleisteten, die unter den Gesichtspunkten der Versorgungsqualität und Patientensicherheit erforderlich seien (s. Bl. 29 f., 168 f. der Verwaltungsakte). Ferner sei die Übererfüllung der personellen Mindestvoraussetzungen als weiteres Kriterium herangezogen worden. Aufgrund der Komplexität der Eingriffe, dem Ziel des Abbaus von Mehrfachvorhaltungen und der seitens des Krankenhausplans NRW 2022 festgelegten Planungsebene „Regierungsbezirk“ sei entscheidend gewesen, die beiden Leistungsgruppen grundsätzlich an wenigen Krankenhäusern, aber dafür mit einer höheren Fallzahl zu verorten. Aus denselben Motiven sollten die Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 immer in Kombination ausgewiesen werden und die Leistungsverteilung auf insgesamt elf der 33 die Zuweisung der Leistungsgruppe 14.3 bzw. 32 die Zuweisung der Leistungsgruppe 14.4 beantragenden Krankenhäuser konzentriert werden. Da es sich bei den Leistungsgruppen um weitestgehend planbare Eingriffe handele, könnten auch größere Entfernungen akzeptiert werden. Das Krankenhaus der Antragstellerin erfülle zwar alle Mindest- und alle im Krankenhausplan genannten Auswahlkriterien. Die Fallzahlen der Jahre 2019 bis 2022 lägen jedoch deutlich unter der als zusätzliches Auswahlkriterium herangezogenen Fallzahl von 25 für die Leistungsgruppe 14.3. Wenn die am B. X. erbrachten Fallzahlen mit den Fallzahlen der Antragstellerin addiert worden wären (der Antragsgegner bezeichnet diese Vorgehensweise als „Bündelung“), lägen die Fallzahlen im Jahr 2020 und 2023 zwar bei bzw. über 25. Diejenigen Antragsteller, die eine Zuweisung erhalten hätten, zeigten mit ebenfalls berücksichtigter Bündelung aber auch dann bei den erbrachten Fallzahlen eine stärkere Leistungsfähigkeit auf. Ähnlich verhalte es sich bei der Auswahlentscheidung hinsichtlich Leistungsgruppe 14.4. Die Fallzahlen für die Jahre 2019 bis 2022 lägen jeweils deutlich unter der als zusätzliches Auswahlkriterium herangezogenen Fallzahl von 20 pro Jahr. Würden die am B. X. erbrachten Fallzahlen im Sinne einer Bündelung der Leistungsgruppe am Klinikum D. addiert, lägen die Fallzahlen zwar in 2019, 2020 und 2022 über 20 pro Jahr. Die Krankenhäuser, die letztlich eine Zuweisung erhalten hätten, wiesen jedoch verglichen mit dem Klinikum D. inklusive der Fallzahlen des B. deutlich höhere Fallzahlen bzw. eine deutliche Fallzahlsteigerung in den letzten Jahren auf.

52

Diese Erwägungen halten einer rechtlichen Überprüfung nicht stand. Sie erweisen sich nach der im Eilverfahren gebotenen summarischen Prüfung als ermessensfehlerhaft.

53

Die im Plan genannten und in der Auswahlentscheidung berücksichtigten Mindestkriterien stellen zwar zunächst sachgerechte Auswahlkriterien dar, mit denen das Gesetzesziel der in § 1 Abs. 1 KHG genannten Qualität der Versorgung sichergestellt werden soll. Dies ist auch erklärtes Ziel des Krankenhausplans NRW 2022, insbesondere auch hinsichtlich der spezifischen Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 (vgl. S. 180, 182 des Krankenhausplans NRW 2022).

54

Es begegnet auch keinen rechtlichen Bedenken, dass der Antragsgegner zum Zwecke der Zielerreichung weitere, im Krankenhausplan NRW 2022 nicht genannte Auswahlkriterien, nämlich insbesondere die in den letzten Jahren verzeichneten Fallzahlen, in die

55

Auswahlentscheidung miteinbezug und diese unter den die Mindestanforderungen erfüllenden Krankenhäuser letztlich das maßgebliche Auswahlkriterium darstellten. Der Krankenhausplan NRW 2022 sieht ausdrücklich vor, dass neben den dort genannten Auswahlkriterien auch weitere Auswahlkriterien berücksichtigt werden können, da die genannten Auswahlkriterien nicht als abschließende Aufzählung zu verstehen seien. Er benennt auch keine Rangfolge möglicher Auswahlkriterien (vgl. S. 71 des Krankenhausplans NRW 2022). Insoweit wird die Auswahlentscheidung dem als innerdienstliche Weisung zu verstehenden Krankenhausplan gerecht. Die Gewichtung von ermessensrelevanten Umständen, also auch die Entscheidung, das im Krankenhausplan NRW 2022 nicht vorgesehene Kriterium der in der Vergangenheit erbrachten Fallzahlen als maßgebliches Kriterium auszuwählen, gehört zum Kernbereich der behördlichen Bestenauswahl. Die behördliche Gewichtung ist nur dann gerichtlich zu beanstanden, wenn sie willkürlich oder außerhalb jeglichen vertretbaren Rechtsempfindens liegt.

Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 25. Januar 2008 – 13 A 2932/07 –, juris, Rn. 13. 56

Dieser Willkürkontrolle hält das Kriterium der in der Vergangenheit erbrachten Fallzahlen sowie ihrer Gewichtung ersichtlich stand. Der Antragsgegner hat nachvollziehbar dargelegt, dass bei Krankenhäusern, die in der Vergangenheit bereits entsprechende Leistungen erbracht haben und in diesen Bereichen höhere Fallzahlen aufweisen, qualitativ stärkere Leistungen anzunehmen sind. 57

Fallzahlen können – unabhängig davon, ob für den entsprechenden Leistungsbereich Mindestmengenregelungen gelten – ein geeignetes und sachgerechtes Auswahlkriterium darstellen, denn eine qualitativ hochwertige Versorgung bemisst sich unter anderem an der in der Vergangenheit bestehenden Tätigkeit, den dadurch erworbenen Erfahrungen und der eben daraus resultierenden Qualität. 58

Vgl. OVG NRW, Beschlüsse vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris, Rn. 110, und vom 25. Januar 2011 – 13 B 1712/10 –, juris, Rn. 38; vgl. auch Lohfert & Lohfert AG, Gutachten, Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, August 2019, S. 548. 59

Diese Erwägungen liegen auch den Mindestmengenregelungen zu Grunde und sind auch auf andere Leistungsgruppen, die – wie die durch die Antragstellerin beantragten Leistungsgruppen – bislang keiner Mindestmengenregelung unterliegen, übertragbar. Hinter den Mindestmengenregelungen steht die Erwägung, dass, wenn medizinische Behandlungen und Operationen besonders schwierig und risikoreich sind, davon ausgegangen werden kann, dass das Ergebnis der Behandlung mit zunehmender Erfahrung der Ärztin bzw. des Arztes oder des Behandlungsteams in der Regel besser wird. Eingriffe sind in der Regel erfolgreicher und seltener mit Komplikationen verbunden, wenn sie in einem Krankenhaus oft durchgeführt werden, da Abläufe und Teamarbeit eingespielt, erfahreneres pflegerisches und ärztliches Personal dann vorhanden sind und Gelegenheitsversorgung ausgeschlossen wird. 60

Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, Faktenblatt Mindestmenge, S. 1, abrufbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5531/Faktenblatt-Mindestmenge\\_allgemein\\_Logo.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5531/Faktenblatt-Mindestmenge_allgemein_Logo.pdf) (zuletzt abgerufen am 27.03.2025). 61

Soweit die Antragstellerin meint, dass die Festlegung einer Mindestzahl von 20 bzw. 25 Fällen pro Jahr sich als rechtswidrig erweise, weil es für diese frei gegriffenen Mindestzahlen keine Rechtsgrundlage gebe, da weder das KHGG NRW noch der Krankenhausplan eine solche vorsehe, verkennt sie, dass eine solche nicht erforderlich ist. Richtig ist zwar, dass die Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf die gesetzliche 62

Grundlage des § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V gestützt werden kann, für die Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 solche Mindestmengen jedoch gerade nicht durch den G-BA beschlossen wurden und folgerichtig auch nicht als Qualitätskriterien in den Krankenhausplan aufgenommen wurden (vgl. S. 19 des Krankenhausplans NRW 2022). Bei den Mindestmengenregelungen handelt es sich um für die umfassten Leistungsgruppen einzuhaltende Mindestvoraussetzungen, jedoch gerade nicht um statuierte Auswahlkriterien, die den von der Antragstellerin gezogenen Schluss zuließen, dass das Fehlen einer Mindestmengenregelung für die Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 einen Rückgriff auf Fallzahlen im Rahmen eines Auswahlverfahrens verbiete.

Hinter der gesetzgeberischen Intention der Mindestmengen steht das Ziel, besonders schwierige Eingriffe aus Gründen der Qualitätssicherung von vorneherein nur von solchen Krankenhäusern durchführen zu lassen, deren Personal aufgrund der Durchführungshäufigkeit ausreichend Erfahrung sammeln konnte. Nach § 136b Abs. 5 SGB V dürfen Leistungen, für die Mindestmengen vorgesehen sind, bereits nicht (mehr) bewirkt werden, wenn die erforderliche Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird. Dieses Erbringungsverbot bedarf aufgrund des damit einhergehenden Eingriffs in die Berufsfreiheit einer gesetzlichen Grundlage.

63

Die Berücksichtigung der in der Vergangenheit erbrachten Fallzahlen im Rahmen eines wegen Bedarfsüberzeichnung notwendigen Auswahlverfahrens ist mit einem solchen Erbringungsverbot, das unabhängig von einer Über- oder Unterzeichnung gilt, nicht vergleichbar. Mit der Festlegung von Mindestmengen beabsichtigte der Gesetzgeber nicht, das im Übrigen sowie für andere Leistungsgruppen aufgrund einer Bedarfsüberzeichnung verbleibende behördliche Auswahlermessen einzuschränken. Der zuständigen Behörde, deren Ermessensspielraum überhaupt erst durch eine Bedarfsüberzeichnung eröffnet wird, ist es im Rahmen ihrer Ausübung des Ermessens, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird (sogenannte „Bestenauslese“), nicht verwehrt, aus den in der Vergangenheit erbrachten Fallzahlen Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu ziehen und zur Grundlage ihrer Ermessensentscheidung zu machen. Im Rahmen dieser Ermessensentscheidung darf die zuständige Landesbehörde gerade weitgehend frei und ohne gesetzliche Grundlage solche Kriterien festlegen, die – sofern sie sachgerecht sind – geeignet sind, die Qualität der Angebote der in Betracht kommenden Krankenhäuser zu beurteilen und differenzieren zu können. Die herangezogene Fallgröße von 20 bis 25 Fällen pro Jahr erweist sich vor diesem Hintergrund nicht als völlig unplausibel oder willkürlich.

64

Allerdings hat der Antragsgegner sein Ermessen fehlerhaft ausgeübt, soweit eine Zuweisung der Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 an ein Krankenhaus erst aufgrund einer Bündelung von Fallzahlen mehrerer Krankenhäuser erfolgte.

65

Eine Bündelung der Fallzahl wurde z.B. bei dem J. E. vorgenommen, welchem der Antragsgegner 35 Fälle hinsichtlich der Leistungsgruppe 14.3 zuwies. Die Fallzahlen dieses Krankenhauses für die Jahre 2019 bis 2022 lagen deutlich unter der als zusätzliches Auswahlkriterium herangezogenen Fallzahl von 25 pro Jahr, nämlich bei nur 4, 6, 8 bzw. 12 Fällen. Die Fallzahlen der Antragstellerin waren, wenn auch nur geringfügig, höher und lagen bei 8, 8, 10 und 6 Fällen. Dem J. E. wurde die Leistungsgruppe gleichwohl zugewiesen, da der Antragsgegner eine Addition der Fallzahlen mit den Fallzahlen des zum selben Träger gehörenden K. S. und des Q. V. vornahm (s. Bl. 319 der Verwaltungsakte). Addiert erreichten die Krankenhäuser 27, 23, 23 bzw. 34 Fälle in den Jahren 2019-2022. Trotz nicht durchgehend erreichter Fallzahl von 25 pro Jahr sprach sich der Antragsgegner für die

66

Zuweisung und Konzentration der Fälle beim J. E. aus. Dabei orientierte er sich an einem Schreiben der I.-T. O. vom 22. Dezember 2023, in dem diese mitteilte, dass sie für das J. E., das U. O. und das Q. V. eine Ausweisung der Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 beabsichtige. Im Rahmen eines Gesamtkonzepts sei unter anderem bei dem K. S. eine Aufgabe der Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 zugunsten des J. E. denkbar.

In gleicher Weise bündelte der Antragsgegner die Fallzahlen aller Krankenhäuser, die zu dem Träger Z. gehören, zugunsten des A. F., welches trotz einer geringen – eigenen – Fallzahl von 13, 7, 12 und 5 eine Fallzahl von 30 Fällen beantragte und nach vorgenommener Bündelung insgesamt 95 Fälle zugewiesen bekam. Maßgeblich für die Bündelung der Fallzahlen war dabei der Umstand, dass der Träger eine Bündelung der geriatrischen und endoprothetischen Leistungsgruppen der Krankenhäuser der ehemaligen H. T. L. am A. F. plane (vgl. Bl. 324 der Verwaltungsakte). Das A. F. solle in ein Fachkrankenhaus mit der Notfallstufe 1 umgewandelt werden. 67

Schließlich erhielt auch das P. N. 68 Fallzahlen zugewiesen (beantragt waren 30), nachdem der Antragsgegner die Fallzahlen „sämtlicher Betriebsstätten des KWML“ addierte, so dass die Mindestfallzahl von 25 deutlich überschritten wurde. Grundlage war dabei ein „bilaterales Gespräch vom 23. Oktober 2024“, in dem die Geschäftsführung unter anderem mitgeteilt habe, dass eine Konzentration der Standorte Y. und N. in N. erfolgen solle. 68

In gleicher Weise erfolgte für die genannten Krankenhäuser eine Fallbündelung hinsichtlich der Leistungsgruppe 14.4. 69

Eine solche Gesamtbetrachtung der Fallzahlen widerspricht jedoch eindeutig der oben für sachgerecht gehaltenen Annahme, dass anhand von Fallzahlen – aufgrund der in der Vergangenheit bestehenden Tätigkeit, den dadurch erworbenen Erfahrungen und der eben daraus resultierenden Qualität – Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses gezogen werden können. Dieser Rückschluss ist bei einer Gesamtbetrachtung von Fallzahlen mehrerer Krankenhäuser, die in der Vergangenheit offenbar unabhängig voneinander die von der Leistungsgruppe 14.3 umfassten Leistungen erbrachten, nicht zulässig. Denn aus den in einem anderen Krankenhaus erbrachten Behandlungen ergibt sich keine aus der Vergangenheit gewachsene Routine und damit Expertise, welche jedoch für die Prognose hoher Behandlungsqualität in der Zukunft erforderlich ist. 70

So auch VG L., Beschluss vom 13. März 2025 – 18 L 257/25 –, S. 12, n.v. 71

Dass in den Krankenhäusern, bei denen der Antragsgegner eine Bündelung vornahm, eine aufgrund von regelmäßiger standortübergreifender Zusammenarbeit gewonnene Routine bereits besteht, ist nicht ansatzweise anzunehmen, da aus den jeweiligen Begründungen des Antragsgegners hervorgeht, dass eine trägerinterne Konzentration lediglich in Zukunft „beabsichtigt“ sei. Der Antragsgegner orientierte sich bei seiner Auswahlentscheidung ersichtlich an den in Bezug genommenen Mitteilungen von und Absprachen zwischen den Krankenhäusern bzw. an sog. „bilateralen Gesprächen“ (s. etwa Bl. 257, 267, 280 f., 284, 294, 309 der Verwaltungsakte) über zukünftig beabsichtigte Konzentrationen der Leistungsgruppe an einem mehrerer Standorte eines Krankenhausträgers, ohne insofern offenbar die Gesichtspunkte Qualität und Erfahrung „eingespielter pflegerischer und ärztlicher Teams“ oder einzelner, die Leistung erbringende Ärzte am jeweiligen Krankenhausstandort in den Blick zu nehmen. Zudem sind die Mitteilungen und Absprachen – soweit für die Kammer im Entscheidungszeitpunkt ersichtlich – rechtlich unverbindlich, es handelt sich um reine Absichtsbekundungen. 72

Die Annahme, dass ausschließlich Fallzahlen, die an einem Krankenhaus(-standort) in der Vergangenheit erbracht wurden, Rückschlüsse über die Leistungsfähigkeit dieses Krankenhauses zulassen, dieser Rückschluss aber nicht bereits anhand von addierten Fallzahlen mehrerer Krankenhäuser eines Trägers zulässig ist, spiegelt sich schließlich in der gesetzlichen Verankerung der durch den G-BA zu beschließenden sog. Mindestmengen wider. § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V a.E. sieht gerade vor, dass der Ausschuss Mindestmengen „für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses“ beschließt. Die zu beschließenden Mindestmengen haben sich folglich auf die konkrete Einrichtung oder den Arzt zu beziehen. Wer durch die Mindestmengen adressiert werden soll, wird durch die Mindestmengenregelung festgelegt, und bestimmt sich danach, ob es für die Leistungsqualität eher auf die persönliche Erfahrung des spezialisierten Arztes oder aber des im Krankenhaus beschäftigten Teams ankommt. Ein von Team oder Arzt losgelöster Bezug zum Krankenhausträger genügt hingegen gerade nicht.

73

Erhebliche Bedenken hinsichtlich einer sachgerechten Ermessensentscheidung bestehen auch vor dem Hintergrund, dass vereinzelt Standorte mehr als die doppelte Fallzahl zugewiesen bekommen haben, als von ihnen selbst beantragt (vgl. nur E. und N.). Dass die Krankenhäuser tatsächlich in der Lage sind, ein Vielfaches mehr als die im Antragsverfahren genannten Fälle zu versorgen, ohne die Behandlungsqualität zu gefährden, ist weder dargelegt noch ersichtlich. Vielmehr dürften die durch die Krankenhäuser beantragten Fallzahlen ein nicht unerhebliches Indiz dafür sein, welche Behandlungskapazität und damit Leistungsfähigkeit im Hinblick auf seine personelle und sachliche Ausstattung das jeweilige Krankenhaus als realistisch betrachtet.

74

So auch VG L., Beschluss vom 13. März 2025 – 18 L 257/25 –, S. 19, n.v.

75

Ferner bestehen Bedenken hinsichtlich des Umstands, dass drei der ausgewählten elf Krankenhäuser, die die Leistungsgruppe 14.3 und 14.4 zugewiesen bekommen haben, in O. liegen. Ob es sich hierbei bereits um eine lokale Bündelung handelt, die den Rahmenvorgaben des Krankenhausplans NRW 2022 widersprechen könnte (vgl. S. 59, wonach regionale Mehrfachvorhaltungen in unmittelbarer räumlicher Nähe vermieden werden sollen), kann offenbleiben. Bedenken bestehen allerdings insofern, als dass der Antragsgegner selbst seiner Zuweisungsentscheidung teilweise die Erwägung der lokalen Bündelung zugrunde legte (vgl. Ausführungen des Antragsgegners dazu, dass eine Ausweisung der Leistungsgruppe am Q. in V. nicht sinnvoll sei, da bereits für die Ausweisung an zwei Krankenhäusern im Kreis G. votiert worden sei, Bl. 319 der Verwaltungsakte), im Falle der Zuweisung an die in O. liegenden Krankenhäuser diese Erwägung jedoch nicht in seine Entscheidung einbezog.

76

Die vorstehenden Erwägungen zugrunde gelegt, spricht Überwiegendes dafür, dass die von dem Antragsgegner im Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 getroffenen Auswahlentscheidungen bezüglich der hier streitgegenständlichen Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 unter beachtlichen Ermessensfehler leiden und damit rechtswidrig sind und die Antragstellerin in ihren Rechten verletzen. Aufgrund der von der Antragstellerin erfüllten Mindest- und sämtlicher Auswahlkriterien sowie der Übererfüllung von Mindestkriterien bezüglich beider Leistungsgruppen war es nicht ausgeschlossen, dass sie bei einer ermessensfehlerfreien Auswahlentscheidung diese Leistungsgruppen zugewiesen bekommen hätte. Dies gilt insbesondere deswegen, weil sie in der Vergangenheit betreffend die Leistungsgruppe 14.3 zwar nicht die das Auswahlkriterium der grundsätzlich zu erreichenden Fallzahl von 25 Fällen pro Jahr erreichte, aber doch höhere Fallzahlen als das

77

J. E. verzeichnete, welches eine Zuweisung dieser Leistungsgruppe nur aufgrund der Bündelung mit anderen Krankenhäusern ihres Trägers erhielt. Da der Antragsgegner ohne – ermessensfehlerhafte – Bündelung von Fallzahlen gehalten gewesen wäre, auch Krankenhäusern mit geringeren Fallzahlen die streitgegenständlichen Leistungsgruppen zuzuweisen, um den für den Regierungsbezirk O. prognostizierten Bedarf decken zu können, was er vereinzelt ohnehin bereits tat (vgl. nur Zuweisung von 30 Fällen an das W. G. trotz jährlicher Fallzahlen von 5, 3, 12 und 18), ist es jedenfalls nicht ausgeschlossen, dass bei ermessensfehlerfreier Entscheidung der Antragstellerin die Leistungsgruppe 14.3 zugewiesen worden wären.

Auch ist nicht ausgeschlossen, dass die Leistungsgruppe 14.4 der Antragstellerin aufgrund der Erwägung, die beiden Leistungsgruppen nur gemeinsam zuzuweisen, sodann ebenfalls zugewiesen worden wäre. Da Krankenhäusern, die auch in dieser Leistungsgruppe gebündelt berücksichtigt wurden, ohne diese Bündelung allein vermutlich weniger Fälle zugewiesen worden wären und die Antragstellerin in dieser Leistungsgruppe in den Jahren 2019 bis 2022 jedenfalls höhere Fallzahlen als das W. G. erreichen konnte (53 gegenüber 42 Fällen), welches eine Zuweisung erhielt, ist auch aus diesem Grund nicht ausgeschlossen, dass bei ermessensfehlerfreier Entscheidung auch die Antragstellerin eine Zuweisung erhalten hätte, um den für den Regierungsbezirk O. prognostizierten Bedarf decken zu können. 78

Aufgrund der weitreichenden Folgen, die ein Festhalten an der ermessensfehlerhaften Entscheidung des Antragsgegners für die Antragstellerin hätte, nämlich dem (vorläufigen) Entzug eines langjährig bestehenden Versorgungsauftrages für die Revisionen Knie- und Hüftendoprothesen, ist auch die gesetzliche Vermutung für ein Überwiegen des öffentlichen Vollzugsinteresses widerlegt. 79

Ob es darüber hinaus – wie die Antragstellerin meint – ermessensfehlerhaft war, die Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 nur kombiniert zuzuweisen, um dem Problem des sich zukünftig weiter verstärkenden Fachkräftemangels zu begegnen und Mehrfachvorhaltungen abzubauen, bedarf keiner Entscheidung. Es spricht jedoch nach Auffassung der Kammer einiges dafür, dass es sich bei der Kombination der Leistungsgruppen um ein sachgerechtes Kriterium bei der Ermessensausübung handeln dürfte. Mit diesen Zielen wird sowohl die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu sozial tragbaren Pflegesätzen als auch die Qualitätssicherung der medizinischen Behandlung durch besonders qualifiziertes Personal bezweckt (vgl. § 1 Abs. 1 KHG). Mit einer ausschließlich kombinierten Zuweisung dieser Leistungsgruppen können voraussichtlich Geräteanschaffungs- und Vorhaltungskosten minimiert sowie qualifiziertes Personal gebündelt werden. Denn der Krankenhausplan NRW 2022 sieht für die Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 nahezu vollständig identische Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien vor, etwa die Erbringung der Leistungsgruppen Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Endoprothetik Hüfte (für die Leistungsgruppe 14.3) bzw. Endoprothetik Knie (für die Leistungsgruppe 14.4), Intensivmedizin und Geriatrie, die Vorhaltung eines Röntgengeräts, mit dem ein teleradiologischer Befund möglich ist, eines CT und MRT, Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie. 80

Ob es schließlich ermessenfehlerhaft war, die Standorte, welche die Leistungsgruppen 14.3 und 14.4 erbringen dürfen, deutlich, nämlich auf elf zu reduzieren, kann ebenfalls offenbleiben. Es ist erklärtes Anliegen des Krankenhausplans NRW 2022, die Zahl der Standorte bei spezifischen Leistungsgruppen mit hoher medizinischer Komplexität sowie bei weitestgehend planbaren Eingriffen zu begrenzen (vgl. etwa S. 57 des Krankenhausplans), um Mehrfachvorhaltung abzubauen, qualifiziertes Personal zu bündeln und Qualität durch 81

routinierte Behandlungen zu verbessern. Vor dem Hintergrund dieser Erwägungen dürfte es jedenfalls nicht willkürlich sein, die beantragten Leistungsgruppen den Krankenhäusern mit geringeren Fallzahlen, trotz (Über-)Erfüllung von Mindestvorgaben und Auswahlkriterien nicht zuzuweisen, um die Leistungserbringung auf leistungsstärkere und folglich weniger Krankenhäusern konzentrieren zu können.

III.	82
Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO.	83
Die Streitwertfestsetzung folgt aus §§ 53 Abs. 2 Nr. 2, 52 Abs. 1 GKG (i.V.m. Nr. 23.1 und 1.5 des Streitwertkatalogs für die Verwaltungsgerichtsbarkeit).	84
Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 17. Dezember 2009 – 13 A 3109/08 –, juris, Rn. 40.	85
Die Kammer bemisst das wirtschaftliche Interesse, mit einer Leistungsgruppe (vor Novellierung des KHGG NRW: Fachabteilung) im Krankenhausplan zu verbleiben, pauschalierend pro Leistungsgruppe mit 50.000,- €. Da die Antragstellerin vorliegend mit insgesamt zwei Leistungsgruppen im Krankenhausplan verbleiben möchte, entspricht dies in der Hauptsache einer Festsetzung von 100.000,- €. Im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes ist es angemessen, den für das Hauptsacheverfahren anzunehmenden Streitwert zu halbieren.	86