Verwaltungsgericht Aachen, 7 L 199/25

Datum:	27.03.2025
Gericht:	Verwaltungsgericht Aachen
Spruchkörper:	7. Kammer
Entscheidungsart:	Beschluss
Aktenzeichen:	7 L 199/25
ECLI:	ECLI:DE:VGAC:2025:0327.7L199.25.00

Tenor:

Der Antrag wird abgelehnt.

Der Antrag, 1

die aufschiebende Wirkung der Klage vom 16. Januar 2025 – 7 K 135/25 – gegen den Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 betreffend die Beschränkung des bestehenden Versorgungsauftrages des Krankenhauses der Antragstellerin ab dem 01. April 2025 in Bezug auf die Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) anzuordnen, 2

ist zulässig, aber unbegründet. 3

I. 4

Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ist zulässig, insbesondere statthaft. Der Antrag gemäß § 80 Abs. 5 VwGO hat gegenüber dem Antrag nach § 123 Abs. 1 VwGO gemäß § 123 Abs. 5 VwGO Vorrang, wenn in der Hauptsache eine Anfechtungsklage nach § 42 Abs. 1 Var. 1 VwGO statthaft ist. Das setzt voraus, dass das Klagebegehren im Hauptsacheverfahren auf die Aufhebung eines belastenden Verwaltungsakts im Sinne des § 35 VwVfG gerichtet ist. Die Anfechtungsklage zielt auf die Beseitigung eines Nachteils durch Aufhebung dieses Verwaltungsakts ab, wohingegen die Verpflichtungsklage die Herbeiführung eines Vorteils (Erweiterung eines Rechtskreises) bezweckt. Die Statthaftigkeit des Antrags nach § 80 Abs. 5 VwGO ist demgemäß nicht gegeben, wenn ausschließlich eine Rechtserweiterung angestrebt wird. 5

Vgl. BVerwG, Beschluss vom 17. Februar 2020 – 2 VR 2.20 –, juris Rn. 18; allgemein Happ, in: Eyermann, VwGO, 16. Auflage 2022, § 123 Rn. 8 f.; Puttler, in: NK-VwGO, 5. Auflage 2018, VwGO, § 123 Rn. 28; Schoch, in: Schoch/Schneider, Verwaltungsrecht, § 123 VwGO Rn. 26 f. (Stand: August 2024), jeweils m.w.N. 6

Ein Verwaltungsakt i.S.d. § 35 Satz 1 VwVfG liegt hier in Gestalt des Feststellungsbescheides der Bezirksregierung J. vom 16. Dezember 2024 vor. Einer Klage gegen diesen Bescheid kommt gemäß § 16 Abs. 5 KHGG NRW keine aufschiebende Wirkung zu. Er ist wegen der Nichtzuweisung der beantragten Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) ab dem 01. April 2025 auch belastend. Medizinische Leistungen dürfen diesbezüglich auf Basis des zuvor geltenden Feststellungsbescheides nur bis zum 31. März 2025 erbracht werden. Gleichwohl vermag die bloße, isolierte Anfechtung des Feststellungsbescheides vom 16. Dezember 2024 die Rechtsstellung der Antragstellerin noch nicht zu verbessern, so dass es an der Statthaftigkeit des Antrags, jedenfalls aber am Rechtsschutzbedürfnis mangeln könnte. Dies folgt aus § 16 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW. Danach dürfen die den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörigen Leistungen nur erbracht werden, wenn diese Gruppen im Feststellungsbescheid zugewiesen worden sind. Im Umkehrschluss folgt daraus, dass die den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörigen Leistungen nicht (mehr) erbracht werden dürfen, wenn sie im Feststellungsbescheid nicht (mehr) ausgewiesen sind. 7

Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris Rn. 41. 8

Der Regelung des § 16 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW liegt zugrunde, dass sich mit der Novellierung der §§ 12 f. KHGG NRW die Krankenhausplanung nicht mehr (allein) an der Bettenzahl orientieren soll; vielmehr hat der Gesetzgeber die in einem Gutachten von August 2019 zur Krankenhauslandschaft (veröffentlicht unter https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041) vorgeschlagene Planung medizinischer Leistungsbereiche und Leistungsgruppen eingeführt (vgl. § 12 Abs. 3 Satz 1 KHGG NRW). 9

Vgl. Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP: 3. Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen, LT-Drucks. 17/11162, S. 27 f.; ferner OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris Rn. 4; Bäune/Götz/Ströttchen, MedR 2023, 188 (189); Stollmann, Gesundheitsrecht.blog Nr. 37, 2024, S. 2. 10

Auf der Grundlage dieser neuen Systematik ist das Erbringen von Leistungen ohne Zuweisung einer Leistungsgruppe nicht zulässig. Eine solche Zuweisung betreffend die Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) ab dem 01. April 2025 enthält der vorherige Feststellungsbescheid vom 31. Mai 2023 in der Fassung vom 27. November 2024 nicht. Demgemäß wäre die bloße Suspendierung des Feststellungsbescheides vom 16. Dezember 2024 nicht ausreichend. Es bedürfte zusätzlich der Zuweisung jeweils zumindest einer allgemeinen Leistungsgruppe. Dementsprechend hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) bei den medizinischen Leistungen, für die es eine Umsetzungsfrist bis Mittwoch, den 31. Dezember 2025, eingeräumt hat, den bisherigen Versorgungsauftrag nicht einstweilen fortbestehen lassen. Vielmehr hat das MAGS die in Rede stehenden Leistungen durch Bescheid zunächst übergangsweise einer *allgemeinen* Leistungsgruppe zugewiesen, um sie zum 01. Januar 2026 einer spezifischen Leistungsgruppe zuzuweisen. 11

Vgl. https://www.mags.nrw/umsetzung-der-neuen-krankenhausplanung-fuer-nordrhein-westfalen-im-zeitplan. 12

Allerdings folgt daraus nicht, dass der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ins Leere liefe. Die aufschiebende Wirkung verbietet – ungeachtet der dogmatischen Konstruktion als Vollzugs- oder Wirksamkeitshemmung –, dass Folgerungen tatsächlicher 13

oder rechtlicher Art aus dem suspendierten Verwaltungsakt gezogen werden.

Vgl. hierzu umfassend Gersdorf, in: BeckOK VwGO, § 80 Rn. 24 ff. (Stand: 01. Januar 2024); Hoppe, in: Eyermann, VwGO, 16. Auflage 2022, § 80 Rn. 10 f.; Puttler, in: NK-VwGO, 5. Auflage 2018, § 80 Rn. 44 ff.; Schoch, in: Schoch/Schneider, Verwaltungsrecht, § 80 VwGO Rn. 90 ff. (Stand: August 2024), jeweils m.w.N. 14

Das ist hier nur gewährleistet, wenn als Konsequenz einer Anordnung der aufschiebenden Wirkung für deren Dauer die Zuweisung zu einer (allgemeinen) Leistungsgruppe erfolgt, damit die Antragstellerin (vorläufig) so gestellt ist, als wäre der Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 nicht ergangen. Dass die aufschiebende Wirkung nicht ohne Folgen bleibt, scheint auch der Vorstellung des Gesetzgebers zu entsprechen. Er hat § 16 Abs. 5 KHGG NRW durch das Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen, des Hochschulgesetzes, der Universitätsklinikum-Verordnung und des Gesetzes zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes vom 05. 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. 15

Vgl. Gesetzentwurf der Landesregierung: Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen, des Hochschulgesetzes, der Universitätsklinikum-Verordnung und des Gesetzes zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes, LT-Drucks. 18/5804, S. 20. 16

Dieser Änderung hätte es nicht bedurft, wenn die aufschiebende Wirkung ohnehin folgenlos bliebe, weil – wie der Antragsgegner im Eilverfahren vorträgt – eine grundlegende Systemänderung vorgenommen worden ist. 17

Selbst wenn man diesem Ansatz nicht folgte, wäre der Eilantrag als zulässig anzusehen. Denn er wäre dahingehend auszulegen, dass *zusätzlich* im Wege der einstweiligen Anordnung gemäß § 123 Abs. 1 VwGO jeweils die vorläufige Zuweisung zu einer allgemeinen Leistungsgruppe ab dem 01. April 2025 begehrt wird: Nach § 88 VwGO darf das Gericht über das Klagebegehren nicht hinausgehen, ist aber an die Fassung der Anträge nicht gebunden; es hat vielmehr das tatsächliche Rechtschutzbegehren zu ermitteln. Maßgebend für den Umfang des Klagebegehrens ist das aus dem gesamten Parteivorbringen, insbesondere der Klagebegründung, zu entnehmende wirkliche Rechtsschutzziel. Insoweit sind die für die Auslegung von Willenserklärungen geltenden Grundsätze (§§ 133, 157 BGB) anzuwenden. Wesentlich ist der geäußerte Parteiwille, wie er sich aus der prozessualen Erklärung und sonstigen Umständen ergibt; der Wortlaut der Erklärung tritt hinter deren Sinn und Zweck zurück. 18

Vgl. BVerwG, Beschlüsse vom 11. Juni 2024 – 9 C 5.23 –, juris Rn. 18 m.w.N.; vom 27. April 2020 – 2 B 48.19 –, juris Rn. 15 und vom 13. Januar 2012 – 9 B 56.11 –, juris Rn. 8; BayVGH, Beschluss vom 24. Juni 2019 – 8 CS 19.817 –, BeckRS 2019, 13900 Rn. 12; OVG NRW, Beschlüsse vom 16. März 2023 – 1 E 193/23 –, juris Rn. 6; vom 20. Oktober 2021 – 1 E 632/20 –, juris Rn. 3; Fertig, in: BeckOK VwGO, § 88 Rn. 6 (Stand: 01. Oktober 2023); Peters/Kujath, in: NK-VwGO, 5. Auflage 2018, § 88 Rn. 20; Wöckel, in: Eyermann, VwGO, 16. Auflage 2022, § 88 Rn. 8. 19

Die Auslegung des Antrags ist der Kammer auch bei einem anwaltlich vertretenen Kläger nicht verwehrt. In einem solchen Fall kommt zwar der Antragsformulierung gesteigerte 20

Bedeutung für die Ermittlung des tatsächlich Gewollten zu. Selbst dann darf die Auslegung jedoch vom Antragswortlaut abweichen, wenn die Klagebegründung, die beigefügten Bescheide oder sonstige Umstände eindeutig erkennen lassen, dass das wirkliche Klageziel von der Antragsfassung abweicht.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 31. Januar 2018 – 8 C 12.17 –, juris Rn. 11; Beschluss vom 13. Januar 2012 – 9 B 56.11 –, juris Rn. 8; BayVGH, Beschluss vom 24. Juni 2019 – 8 CS 19.817 –, BeckRS 2019, 13900 Rn. 12; OVG NRW, Urteil vom 25. Januar 2021 – 2 A 1480/20 –, juris Rn. 54; Riese, in: Schoch/Schneider, VwGO, § 88 Rn. 16 (Stand: August 2024); Wöckel, in: Eyermann, VwGO, 16. Auflage 2022, § 88 Rn. 9. 21

Diese Grundsätze gelten für die Auslegung von Anträgen im Rahmen von Eilverfahren über § 122 Abs. 1 VwGO entsprechend. 22

Vorliegend ist den Ausführungen zur Antragsbegründung eindeutig zu entnehmen, dass das Rechtsschutzbegehren darauf gerichtet ist, weiterhin und über den 01. April 2025 hinaus medizinische Leistungen in dem in Rede stehenden Bereich (Tiefe Rektumeingriffe) anbieten zu können. Da dies, wie dargelegt, nach der gesetzlichen Regelung des § 16 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW zwingend die Zuweisung einer entsprechenden Leistungsgruppe im Feststellungsbescheid voraussetzt, ist offenkundig, dass auch dies dem im Rahmen des Eilverfahrens Gewollten entspricht. 23

II. 24

Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ist aber unbegründet. 25

Die in materieller Hinsicht vorzunehmende Interessenabwägung fällt zugunsten des Antragsgegners aus. Maßgebliches Kriterium innerhalb der Interessenabwägung sind die Erfolgsaussichten des Rechtsbehelfs in der Hauptsache. Erweist sich der angefochtene Verwaltungsakt bei der im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes allein möglichen und gebotenen summarischen Prüfung als offensichtlich rechtswidrig, überwiegt das Aussetzungsinteresse das Vollziehungsinteresse. Denn an einer sofortigen Vollziehung eines offensichtlich rechtswidrigen Bescheides kann kein öffentliches Interesse bestehen. Erweist sich nach der genannten Überprüfung der angefochtene Bescheid als offensichtlich rechtmäßig, so führt dies in Fällen des gesetzlich angeordneten Sofortvollzuges regelmäßig dazu, dass der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung abzulehnen ist. 26

Vgl. BVerwG, Beschluss vom 12. September 2023 – 7 VR 4.23 –, juris Rn. 10; Beschluss vom 11. November 2020 – 7 VR 5.20 –, juris Rn. 8; OVG NRW, Beschluss vom 28. Januar 2025 – 21 B 11/25.AK –, juris Rn. 9; Gersdorf, in: BeckOK VwGO, § 80 Rn. 187 f. (Stand: 01. Januar 2024); Hoppe, in: Eyermann, VwGO, 16. Auflage 2022, § 80 Rn. 88; Schoch, in: Schoch/Schneider, Verwaltungsrecht, § 80 VwGO Rn. 373 (Stand: August 2024). 27

Sind schließlich die Erfolgsaussichten offen, findet eine allgemeine, von den Erfolgsaussichten unabhängige Abwägung der für und gegen den Sofortvollzug sprechenden Interessen statt. 28

Vgl. BVerwG, Beschluss vom 11. November 2020 – 7 VR 5.20 –, juris Rn. 8; BayVGH, Beschluss vom 07. November 2022 – 15 CS 22.1998 –, juris Rn. 25; Beschluss vom 18. September 2017 – 15 CS 17.1675 –, juris Rn. 11; VG München, Beschluss vom 9. Juli 2024 – M 1 S 24.2837 –, juris Rn. 76; Gersdorf, in: BeckOK VwGO, § 80 Rn. 191 (Stand: 01. Januar 2024); Hoppe, in: Eyermann, VwGO, 16. Auflage 2022, § 80 Rn. 88. 29

Gemessen daran überwiegt das öffentliche Vollziehungsinteresse des Antragsgegners gegenüber dem privaten Aussetzungsinteresse der Antragstellerin. 30

1.) Die in Rede stehende Maßnahme erweist sich bei summarischer Prüfung als offensichtlich rechtmäßig. 31

a) Rechtsgrundlage für den Erlass des angefochtenen Feststellungsbescheides sind die §§ 16 Abs. 1 Satz 1, 14 Abs. 4 KHGG NRW. Danach werden Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan durch Bescheid der zuständigen Behörde getroffen. 32

Soweit die Antragsgegnerin meint, für die (teilweise) Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan fehle eine spezielle Ermächtigungsgrundlage, sodass insoweit ein Widerruf nach der allgemeinen Vorschrift des § 49 VwVfG NRW unter Beachtung von Vertrauensschutz erfolgen müsse, folgt die Kammer dem nicht. Es liegt – worauf der Antragsgegner zutreffend hinweist – bereits in der Logik einer neuen Systematisierung der Krankenhausplanung und damit einhergehenden Neuzuweisung von Aufgaben, dass ein neu erteilter Versorgungsauftrag geringer ausfallen kann als ein früherer. Nach der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen stellt die (teilweise) Einschränkung des Versorgungsauftrags ihrem Charakter nach eine planende, dem aktuellen Versorgungsbedarf Rechnung tragende Entscheidung dar. Aus dem Inbegriff von Planung und Aktualisierung der zur Abdeckung des Bedarfs notwendigen Krankenhäuser, Disziplinen und Betten folgt demnach, dass der Feststellung des Ergebnisses der Planung stets nur so lange Wirksamkeit zukommen kann, bis sie – mit welchem Ergebnis auch immer – aktualisiert wird, dass also die Krankenhausplanung ihrer Natur nach gleichsam bis zum Aktualisierungszeitpunkt befristet ist und dem Krankenhaus keinen dauerhaften Bestand des Status eines Plankrankenhauses vermittelt. So gesehen bedarf es eines förmlichen Widerrufs der früheren Planaufnahme eines Krankenhauses nicht. 33

Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 30. Oktober 2007 – 13 A 1570/07 –, juris Rn. 42. 34

Dem schließt sich die Kammer an. Anderenfalls wäre es dem hierfür zuständigen (vgl. § 6 Abs. 1 KHG) Land nicht ohne Weiteres möglich, eine nach seiner Ansicht nicht mehr qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausplanung (vgl. § 1 Abs. 1 KHG) – mehr oder weniger umfangreich – neu und aus seiner Sicht diesen übergeordneten Zielen eher entsprechend zu gestalten. Denn im Falle eines notwendigen Widerrufs nach § 49 VwVfG NRW mit einem möglichen Vertrauensschutz bestünde die Gefahr, dass eine solche Planung nicht zeitnah umgesetzt werden könnte. 35

b) Der Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden. 36

aa) Die Bezirksregierung J. ist für den Erlass des begehrten Feststellungsbescheides über die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan gemäß § 35 KHGG NRW i.V.m. § 1 Abs. 1 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens des Landes Nordrhein-Westfalen (KHZVV) vom 21. Oktober 2008 (GV. NRW. 648), zuletzt geändert durch Verordnung vom 19. März 2024 (GV. NRW. S. 188), sachlich und örtlich zuständig. 37

bb) Die planungsrechtliche Anhörung der Antragstellerin nach § 14 Abs. 4 Satz 1 KHGG NRW ist erfolgt. Danach werden die Beteiligten gemäß § 15 KHGG NRW und die betroffenen Krankenhäuser zu dem regionalen Planungskonzept nach Absatz 1 von dem zuständigen 38

Ministerium gehört. Der Antragstellerin ist mit Schreiben des MAGS vom 14. Juni 2024 und vom 04. November 2024 Gelegenheit gegeben worden, sich zu den konkreten Erwägungen des Antragsgegners zur Krankenhausplanung in Bezug u. a. auf die Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) ab dem 01. April 2025 zu äußern. Zu der beabsichtigten Nicht-Zuweisung hat sowohl sie mit Schreiben vom 08. August 2024 und vom 13. November 2024 umfassend Stellung genommen als auch der Verbund der Knappschaft Kliniken, dem sie angehört, mit Schreiben vom 05. August 2024. In ihrem Schriftsatz vom 27. Februar 2025 hat sie diese Stellungnahmen durch Bezugnahme zu einem wesentlichen Teil ihres Vorbringens im vorliegenden Verfahren auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes gemacht. Selbst wenn ungeachtet dessen ein Anhörungsmangel angenommen würde, wofür derzeit nichts spricht, müsste im Eilverfahren berücksichtigt werden, dass eine etwaige formelle Rechtswidrigkeit des Bescheides nach Maßgabe des § 45 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 VwVfG NRW bis zum Abschluss der letzten Tatsacheninstanz noch geheilt werden könnte.

Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 30. Juni 2016 – 20 B 1408/15 –, juris Rn. 7; OVG Hamburg, Beschluss vom 18. Dezember 2006 – 3 Bs 218/05 –, juris Rn. 10; Hoppe, in: Eyermann, VwGO, 16. Auflage 2022, § 80 Rn. 90. 39

cc) Ein Begründungsmangel (§ 39 Abs. 1 VwVfG NRW) liegt nicht vor. Die maßgeblichen Gründe für die Entscheidung sind dem Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 zu entnehmen. 40

c) Materiell-rechtlich erweist sich der Feststellungsbescheid mit Blick auf die Nichtzuweisung der in Rede stehenden Leistungsgruppen als offensichtlich rechtmäßig. 41

aa) Gemäß § 8 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 05. Dezember 2024 (BGBl. I S. 400), besteht kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. Gleichwohl billigt das Bundesverwaltungsgericht einem Krankenhaus mit Blick auf Art. 12 Abs. 1 GG einen entsprechenden Anspruch unter gewissen Voraussetzungen zu, nämlich dann, wenn es bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht (sog. Zulassungsanspruch auf der ersten Stufe). Erst wenn zur Bedarfsdeckung mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, entfällt ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. An seine Stelle tritt ein Anspruch auf fehlerfreie Auswahlentscheidung (sog. Auswahlentscheidungsanspruch auf der zweiten Stufe). 42

Vgl. grundlegend BVerwG, Urteil vom 25. September 2008 – 3 C 35.07 –, juris Rn. 19; ferner BVerwG, Urteil vom 08. Juli 2022 – 3 C 2.21 –, juris Rn. 12; Urteil vom 14. April 2011 – 3 C 17.10 –, juris Rn. 15; Nds.OVG, Beschluss vom 04. August 2023 – 14 ME 66/23 –, juris Rn. 35; OVG NRW, Beschluss vom 03. Juni 2014 – 13 A 2508/13 –, juris Rn. 10 m.w.N.; VG Düsseldorf, Urteil vom 03. November 2020 – 21 K 1844/18 –, juris Rn. 65 ff. m.w.N.; Lafontaine/Stollmann, in: Becker/Heitzig/Klöck/Lafontaine/Stoll-mann/Vollmar, Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen, § 16 Anm. 2.1 (Stand: August 2021). 43

Diese Auslegung des § 8 Abs. 2 KHG wird durch das Bundesverfassungsgericht bestätigt. 44

Vgl. BVerfG, Beschluss vom 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/86 -, juris Rn. 77. 45

46

Auf die vorliegende Konstellation, in der die Aufnahme in den Krankenhausplan lediglich in Bezug auf bestimmte Leistungsgruppen streitig ist, sind diese Überlegungen übertragbar.

Vgl. zur Teilbarkeit eines Feststellungsbescheides 47
Lafontaine/Stollmann in: Becker/Heitzig/Klöck/Lafontaine/Stollmann/Vollmar, Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen, § 16 Anm. 3.6 m.w.N. (Stand: August 2021).

Das der Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes zugrundeliegende 48
Verwaltungsverfahren gliedert sich in zwei Verfahrensschritte:

Auf der ersten Stufe stellt die nach Landesrecht zuständige Behörde – regelmäßig eine 49
oberste Landesbehörde – den Krankenhausplan des Landes auf. Darin legt diese Behörde die Ziele der Krankenhausplanung fest (Krankenhauszielplanung), beschreibt räumlich, fachlich und nach Versorgungsstufen gegliedert den bestehenden und den 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 (Versorgungsentscheidung).

Vgl. BVerwG, z.B. Urteile vom 26. April 2018 – 3 C 11.16 –, juris Rn. 24; vom 25. September 50
2008 – 3 C 35.07 –, NVwZ 2009, 525; vom 25. Juli 1985 – 3 C 25.84 –, NJW 1986, 796; Nds.OVG, Beschluss vom 04. August 2023 – 14 ME 66/23 –, juris Rn. 50 f.; OVG NRW, Beschluss vom 24. August 2020 – 13 A 1861/19 –, juris Rn. 6; VG Minden, Urteil vom 05. April 2019 – 6 K 10369/17 –, juris Rn. 19 f.

Auf der zweiten Verfahrensstufe wird gegenüber dem einzelnen Krankenhaus durch 51
Bescheid festgestellt, ob es in den Krankenhausplan aufgenommen wird oder nicht (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHG, § 16 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW).

bb) Zunächst bestehen keine Bedenken – wie von der Antragstellerin geltend gemacht –, 52
diesen gerichtlichen Prüfungsmaßstab auch auf die nunmehr grundlegend geänderte Planungssystematik nach den neuen §§ 12 f. KHGG NRW und dem Krankenhausplan NRW 2022 anzuwenden. Einerseits hat sich dieser gerade auch aus einer Beachtung der Grundrechte des Krankenhausträgers aus Art. 12 GG entwickelt.

Andererseits wendet die Rechtsprechung – auch der Kammer – diese Maßstäbe bereits für 53
die Planungsentscheidungen auf Grundlage des neuen Krankenhausplans NRW 2022 und der neuen §§ 12 f. KHGG NRW an.

Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris Rn. 69 f.; VG F., 54
Beschlüsse vom 26. Februar 2025 – 7 L 26/25 –, juris Rn. 35 ff. und vom 20. März 2025 – 7 L 67/25 –, juris Rn. 52-61; VG Gelsenkirchen, Beschlüsse vom 13. März 2025 – 18 L 257/25 –, n.v., S. 7 f., und vom 14. März 2025 – 18 L 374/25 –, n.v, S. 6 f.; VG Düsseldorf, Beschlüsse vom 17. März 2025 – 7 L 147/25 –, n.v., S. 16, und – 21 L 599/25 –, n.v., S. 31 f.

Die neue Planungssystematik entfernt sich schließlich nicht grundsätzlich vom Parameter 55
„Planbett“ für die Bedarfsbestimmung. Entsprechend § 12 Abs. 3 Satz 12 KHGG NRW wird nach dem Krankenhausplan NRW 2022 grundsätzlich und der bisherigen Rechtsprechung folgend der Versorgungsbedarf aus der aktuellen bzw. zuletzt beobachtbaren Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen abgeleitet. Für die Bedarfsermittlung und –prognose bzw. –fortschreibung wird jedoch nicht mehr auf die

traditionelle Methodik der sog. Hill-Burton-Formel abgestellt. Zur Bedarfsermittlung wird nunmehr ein Algorithmus eingesetzt, dessen Ziel die Berechnung der Fallzahl, der Belegtage und der kalkulatorischen Betten je medizinischer (Leistungsbereich, Leistungsgruppe) und geografischer Aggregationsebene (Versorgungsgebiet, in Ausnahmen alternativ NRW, Landesteil, Regierungsbezirk oder Kreis bzw. kreisfreie Stadt) ist.

Vgl. zum Vorstehenden ausführlich: Krankenhausplan NRW 2022, S. 78 ff., 83 und 95. 56

cc) Bedarfsanalyse 57

Die der Entscheidung über die Planaufnahme eines Krankenhauses vorgelagerte Ermittlung des Bedarfs im Planungsgebiet durch den Antragsgegner ist voraussichtlich nicht zu beanstanden. Insofern wird auf die Ausführungen der Kammer im Beschluss vom 20. März 2025 – 7 L 67/25 – verwiesen. 58

Vgl. VG F., Beschluss vom 20. März 2025 – 7 L 67/25 –, juris Rn. 62 ff. 59

Die Antragstellerin ist der Bedarfsanalyse in Bezug auf die streitige Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) nicht entgegengetreten. 60

dd) Auswahlentscheidung 61

Schließlich wird sich die vom Antragsgegner vorgenommene Auswahlentscheidung voraussichtlich als vertretbar erweisen. 62

Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG). Bei der nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG zu treffenden Entscheidung ist zwischen zwei Stufen zu differenzieren: Zunächst wird entsprechend § 1 Abs. 1 KHG geprüft, welche vorhandenen Krankenhäuser geeignet sind, die Bevölkerung bedarfsgerecht, leistungsfähig und zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu versorgen. Nur wenn die Zahl der Betten, die in den dafür geeigneten Krankenhäusern vorhanden sind, die Zahl der für die Versorgung der Bevölkerung benötigten Betten übersteigt, ist sodann gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. § 1 KHG nach pflichtgemäßem Ermessen eine Auswahlentscheidung zwischen sämtlichen in Betracht kommenden bedarfsgerechten, leistungsfähigen und kostengünstigen Krankenhäusern zu treffen. 63

Vgl. BVerfG, Beschluss vom 12. Juni 1990 – 1 BvR 355/86 –, juris; BVerwG, Urteile vom 25. September 2008 – 3 C 35.07 –, juris Rn. 18 m.w.N.; vom 18. Dezember 1986 – 3 C 67.85 –, juris Rn. 63; OVG NRW, Beschluss vom 25. Januar 2011 – 13 B 1712/10 –, juris Rn. 33; Urteil vom 20. Mai 2009 – 13 A 2002/07 –, DVBl. 2009, 992; VG Düsseldorf, Urteil vom 03. November 2020 – 21 K 1844/18 – juris Rn. 63 m.w.N.; VG Minden, Urteil vom 05. April 2019 – 6 K 10369/17 –, juris Rn. 24 f.; Lafontaine/Stollmann, in: Becker/Heitzig/Klöck/Lafontaine/Stollmann/Vollmar, Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen, § 16 Anm. 2.1.2 (Stand: August 2021); Prütting, Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen, 3. Auflage 2009, § 12 Rn. 14. 64

Während die auf der ersten Entscheidungsstufe maßgeblichen Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit als unbestimmte Rechtsbegriffe der vollen gerichtlichen Kontrolle unterliegen, ist die auf der zweiten Stufe im 65

Rahmen des Auswahlermessens zu treffende Feststellungsentscheidung nur eingeschränkt gerichtlich dahingehend überprüfbar, ob die Behörde ihr Auswahlermessen fehlerfrei ausgeübt hat.

Vgl. zu alldem BVerfG, Beschluss vom 12. Juni 1990 – 1 BvR 355/86 –, juris; BVerwG, Urteil vom 25. September 2008 – 3 C 35.07 –, juris Rn. 19; Nds. OVG, Beschluss vom 04. August 2023 – 14 ME 66/23 –, juris Rn. 51; Urteile vom 03. Februar 2011 – 13 LC 125/085 –, juris Rn. 36 ff. und vom 12. September 2019 – 13 LB 354/18 –, juris Rn. 67 jeweils m.w.N. 66

Aus einer solchen Auswahlentscheidung muss hervorgehen, anhand welcher Kriterien der Antragsgegner die Qualität der Angebote der in Betracht kommenden Krankenhäuser beurteilt, wie er diese Kriterien gewichtet und welche krankenhausplanerischen Ziele er mit seiner Zusammenstellung der Auswahlkriterien verfolgt. Sodann sollte transparent sein, warum das ausgewählte Krankenhaus diese Kriterien „am besten“ erfüllt. 67

Vgl. BVerwG, Urteile vom 08. Juli 2022 – 3 C 2.21 –, juris Rn. 12; vom 14. April 2011 – 3 C 17.10 –, juris Rn. 15; Nds.OVG, Beschluss vom 04. August 2023 – 14 ME 66/23 –, juris Rn. 35; OVG NRW, Beschluss vom 25. Januar 2011 – 13 B 1712/10 –, juris Rn. 12; VG Karlsruhe, Urteil vom 12. Dezember 2023 – 2 K 2547/22 –, juris Rn. 55; VG Düsseldorf, Urteil vom 01. Juli 2016 – 21 K 2483/14 –, juris Rn. 150. 68

Gemessen daran dürfte die Auswahlentscheidung nicht zu beanstanden sein. 69

Zur Begründung der Nicht-Zuweisung der Leistungsgruppe wird in dem Feststellungsbescheid vom 16. Dezember 2024 ausgeführt, die Antragstellerin verkenne, dass es sich bei sämtlichen Leistungsgruppen des Leistungsbereichs 16 um hochkomplexe Leistungen handele, die auf Ebene des Regierungsbezirkes beplant würden. Insoweit komme es auf die Vorhaltung eines Angebots in jeder Gebietskörperschaft gerade nicht an. Nach der Systematik des Krankenhausplans werde und müsse der weit überwiegende Teil derjenigen Leistungsgruppen, die auf den Ebenen Regierungsbezirk oder Landesteil beplant würden, nicht in jeder Gebietskörperschaft vorgehalten werden. Da es sich um elektive Eingriffe bei schwerwiegenden Erkrankungen handele, habe insbesondere die Erreichbarkeit nur eine sehr nachrangige Bedeutung. Auch in der Betrachtung der Auswahlkriterien sowie mit Blick auf die Leistungszahlen der Bezugsjahre 2019 bis 2023 ergebe sich kein Anhalt für eine abweichende Entscheidung. Darüber hinaus habe sich der Landesausschuss für Krankenhausplanung gerade dagegen entschieden, Zertifikate, mit Ausnahme des landeseigenen Zertifikates für Brustzentren, regelmäßig zum Kriterium im Rahmen der Auswahlverfahren zu machen. 70

Diese Erwägungen erweisen sich voraussichtlich als tragfähig. 71

(1) Soweit die Antragstellerin sinngemäß vorträgt, es hätte schon keiner Auswahlentscheidung bedurft, kann dem nicht gefolgt werden. Der von ihr behauptete Planaufnahmeanspruch wegen einer Unterdeckung des Bedarfs, den sie aus der Aussage des MAGS im Anhörungsschreiben vom 14. Juni 2024 zum „realen Fallgeschehen der Jahre 2019 bis 2022“ folgert, besteht nicht. Wie der Antragsgegner zutreffend ausgeführt hat, kommt es für die Frage eines Planaufnahmeanspruchs nur darauf an, wie sich die aktuelle Bedarfsprognose und die beantragten Fallzahlen der Krankenhausträger zueinander verhalten. Dieses Verhältnis gibt einen Anspruch nicht her. Ausweislich des Votums der Bezirksregierung wurden 1.292 Fälle pro Jahr bei einem prognostizierten Bedarf von 916 Fällen pro Jahr beantragt. Von einer Überzeichnung der Anträge im Verhältnis zum Bedarf ging auch das MAGS im Anhörungsschreiben vom 14. Juni 2024 ausdrücklich aus 72

und traf ausgehend hiervon eine Auswahlentscheidung in der Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe).

(2) Dass der Antragsgegner bei seiner Auswahlentscheidung auf die Fallzahlen der vergangenen Jahre abgestellt hat, ist insgesamt rechtlich nicht zu beanstanden. 73

(a) Dieses Vorgehen ist nicht schon deshalb willkürlich, weil es – wie die Antragstellerin meint – ausweislich des Votums der Bezirksregierung J. lediglich der Standortreduzierung diene, ohne dass dem Qualitätsgesichtspunkte oder irgendwelche bedarfsplanerischen Erwägungen zugrunde lägen. Diese Darstellung entspricht nicht der Tatsachenlage. Denn die Bezirksregierung hat in ihrem Votum ausdrücklich ausgeführt, dass sie „aus Gründen der Qualitätssicherung alle Fallzahlen ? 10 nicht für sinnvoll“ halte. Später hat sie ausgeführt, dass „zur Aufrechterhaltung einer gewissen Kompetenz keinem Standort weniger als 20 Fälle zugeteilt“ würden. 74

(b) Auch entbehrte dieses Vorgehen des Antragsgegners nicht jeglicher Rechtsgrundlage. Denn er hat gerade nicht – wie die Antragstellerin zu meinen scheint – eine Mindestfallzahl auf erster Entscheidungsstufe festgelegt, sondern die Betrachtung der Fallzahlen aus den vergangenen Jahren als Kriterium im Rahmen der Auswahlentscheidung herangezogen. 75

Vgl. so auch für die Leistungsgruppe 16.2 (Lebereingriffe): VG Düsseldorf, Beschluss vom 17. März 2025 – 21 L 599/25 –, n.v., S. 41. 76

Diese Handhabung lässt sich im Grundsatz auf die Planvorgabe stützen, dass bei der Auswahlentscheidung ggf. auch weitere Aspekte zu berücksichtigen sind, die für oder gegen eine besondere Leistungsfähigkeit der infrage kommenden Krankenhausstandorte sprechen. 77

Vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 58 und 71. 78

Ausnahme- oder Übergangsregelungen waren vor diesem Hintergrund nicht erforderlich. Zudem hat der Antragsgegner Ausführungen anderer Krankenhausträger bezüglich niedrigerer Fallzahlen im Einzelfall berücksichtigt, was der Zulassung einer Ausnahme gleichkommt. Das wird beispielsweise beim I. N. deutlich, bei dem der Antragsgegner die erhebliche Betroffenheit des Krankenhauses von der Flutkatastrophe im Jahr 2021 bei der Gesamtbetrachtung der Fallzahlen vergangener Jahre berücksichtigt hat. Vergleichbare Sonderumstände hat die Antragstellerin für sich nicht geltend gemacht. 79

(c) Dass der Antragsgegner infolge der angestrebten Leistungskonzentration mit Blick auf eine routinierte Behandlung bei hoher Strukturqualität auf die jeweiligen Fallzahlen der Bezugsjahre 2019 bis 2023 abgestellt hat, um größere bzw. nach Fallgeschehen konstante Versorger zu identifizieren und auszuwählen, ist auch im Ausgangspunkt nicht willkürlich. 80

Das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen hat jüngst entschieden, dass Fallzahlen voraussichtlich ein geeignetes und sachgerechtes Auswahlkriterium bilden. Es hat zur Begründung plausibel ausgeführt, dass die Qualität der Versorgung als erklärtes Ziel des Krankenhausplans NRW 2022 durch die Menge erbrachter Leistungen belegt werden kann, weil sich die qualitativ hochwertige Versorgung u.a. an der in der Vergangenheit ausgeübten Tätigkeit und den dadurch erworbenen Erfahrungen bemisst. 81

Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris Rn. 10 m.N.; VG F., Beschluss vom 26. Februar 2025 – 7 L 26/25 –, juris Rn. 121 f.; zur Eignung von Fallzahlen als sachgerechtes Auswahlkriterium allgemein VG Münster, Urteil vom 28. Februar 82

2022 – 5 K 47/21 –, juris Rn. 136 ff.; VG Gelsenkirchen, Beschluss vom 19. Mai 2015 – 7 L 668/15 –, juris Rn. 16 ff.

Die Kammer hält dies auch mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts für zutreffend, wonach es bei der Einführung von Mindestmengen einer Studienlage bedarf, die nach wissenschaftlichen Maßstäben einen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses wahrscheinlich macht. 83

Vgl. BSG vom 18. Dezember 2012 – B 1 KR 34/12 R –, juris Rn. 58 ff. 84

Denn dieser Zusammenhang ist in Bezug auf Tiefe Rektumeingriffe als nach wissenschaftlichen Maßstäben wahrscheinlich anzusehen. Das hat die Kammer bereits im Beschluss vom 20. März 2025 – 7 L 67/25 – festgestellt und dabei auf unterschiedliche wissenschaftliche Ausführungen zu diesem Thema und die Erwägungen des G-BA, nunmehr eine Mindestmenge auch in Bezug auf Eingriffe in der Rektumkarzinomchirurgie einzuführen (vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Ergänzung der Nummer 13 der Anlage (Rektumkarzinomchirurgie) vom 22. November 2024, BAnz AT 02.01.2025 B2, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6925/2024-11-22_Mm-R_Ergaenzung-Nr-13_Rektumkarzinomchirurgie_BAnz.pdf), abgestellt. 85

Vgl. hierzu: VG F., Beschluss vom 20. März 2025 – 7 L 67/25 –, juris Rn. 158-179. 86

Auf diese Ausführungen der Kammer wird Bezug genommen. 87

(d) Auch der Einwand, sie erfülle bereits jetzt die vom G-BA eingeführte Mindestmenge von 20 Fällen pro Jahr am Standort, sowie der Verweis auf eine kontinuierliche Steigerung der Fallzahlen in den letzten Jahren verhelfen der Antragstellerin nicht zum Erfolg. Wie oben ausgeführt, hat der Antragsgegner gerade nicht auf eine strenge Mindestmenge, insbesondere auch nicht nach dem entsprechenden Beschluss des G-BA, abgestellt. Zudem hat die Antragstellerin diese künftig geltende Mindestmenge – auch bei Wahrunterstellung ihrer Angaben zum Jahr 2024 – lediglich in zwei Jahren, nämlich im Jahr 2020 (21 Fälle) und im Jahr 2024 (23 Fälle), überschritten. 88

Die von ihr behauptete kontinuierliche Steigerung der Fallzahlen in den letzten Jahren führt nicht zu einem Fehler in der Auswahlentscheidung. Nach den InEK-Daten hat die Antragstellerin im Jahr 2019 11 Fälle, im Jahr 2020 21 Fälle, im Jahr 2021 13 Fälle, im Jahr 2022 13 Fälle, im Jahr 2023 18 Fälle (insgesamt 76 Fälle) und nach ihren eigenen Angaben im Jahr 2024 23 Fälle erbracht. Daraus ergibt sich zwar eine kontinuierliche Steigerung in den Jahren 2022 bis 2024 von jeweils 5 Fällen. Jedoch stellt der Ausgangspunkt von 13 Fällen im Jahr 2022 eine nur geringe Menge dar, sodass die Steigerung von dort aus in den beiden Folgejahren nicht für ein hohes Leistungsgeschehen im Krankenhaus der Antragstellerin spricht. Die Steigerung von 18 Fällen im Jahr 2023 auf 23 Fälle im Jahr 2024 bewegt sich zwar in einem deutlich höheren und daher relevanten Fallgeschehen im Ausgangspunkt, jedoch reicht dies für eine positive Prognose der stetigen höheren Leistungserbringung noch nicht aus. Zudem ergibt sich aus der Entwicklung der Fallzahlen im Krankenhaus der Antragstellerin bezogen auf den Gesamtzeitraum von 2019 bis 2024 das Bild einer mitunter starken Schwankung und nicht das einer konstanten Verbesserung. Wie zuvor bereits erwähnt, hat die Antragstellerin auch insgesamt häufiger keine 20 Fälle jährlich vorzuweisen, als dass sie diese Fallzahl erreicht hat. 89

90

(e) Ausgehend von den Fallzahlen der Jahre 2019 bis 2023 hat der Antragsgegner nachvollziehbar anderen Krankenhäusern die Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) zugewiesen.

(aa) Das gilt zunächst für die in örtlicher Nähe zum Krankenhaus der Antragstellerin liegenden Krankenhäuser. So weisen beide im Stadtgebiet F. bedachten Krankenhäuser nach den zugrunde gelegten InEK-Daten deutlich höhere Fallzahlen aus als das Krankenhaus der Klägerin, nämlich die Klinik F. insgesamt 149 Fälle und das G. 94 Fälle. Das I. in N. hat in dem betrachteten Zeitraum zusammengerechnet 90 Fälle erbracht, wobei dessen Fallzahlen auch in jedem Jahr höher lagen als die des Krankenhauses der Antragstellerin; lediglich im Jahr 2021, als das Krankenhaus erheblich von der Flutkatastrophe betroffen gewesen ist, unterschritten dessen Fallzahlen die vom Krankenhaus der Antragstellerin erbrachten Zahlen. 91

(bb) Ebenso gilt dies für das Krankenhaus W. (Kliniken der Stadt J.). Bei diesem wurden nicht nur die eigenen Fallzahlen (67 Fälle insgesamt) berücksichtigt, sondern auch die Fallzahlen des anderen Standorts der städtischen Kliniken (des gleichen Trägers) in M. (77 Fälle insgesamt), da für diesen Standort zum Zweck einer Konzentrierung der Leistungen aus der streitigen Leistungsgruppe am Standort in B. kein eigener Antrag gestellt wurde. Anders als die Antragstellerin meint, ist es nicht zu beanstanden, dass der Antragsgegner die Fallzahlen beider Standorte zusammengerechnet hat und auf dieser Grundlage von (auch in der Zukunft zu erwartenden) deutlich höheren Fallzahlen als bei der Antragstellerin ausgegangen ist. Die Antragstellerin verweist insofern auf eine Entscheidung des Verwaltungsgerichts Gelsenkirchen, das die gemeinsame Betrachtung von Fallzahlen bei der Auswahlentscheidung in dem dort zu entscheidenden Fall beanstandet hat. 92

Vgl. VG Gelsenkirchen, Beschluss vom 13. März 2025, – 18 L 257/25 –, n.v., S. 11 f. 93

Der Antragsgegner hält dem entgegen, dass, soweit mit den zusammengefassten Fallzahlen eine Bewertung der Expertise der Vergangenheit vorgenommen werde, relevant sei, ob insoweit eine hinreichende Behandlungsroutine bestanden habe und diese mit entsprechenden Synergieeffekten weiter ausgebaut werden könne. Das Personal könne demnach entweder am anderen Standort – im Zuge eines Wechsels dorthin – oder am gleichen Standort eingesetzt werden und jeweils auf entsprechende Erfahrungen zurückgreifen. Gleiches nimmt der Antragsgegner an bei der Bündelung von materiellen Einrichtung an dem Standort, an dem konzentriert werden soll. Dem ist die Antragstellerin nicht entgegengetreten. Es erscheint auch plausibel, dass der Krankenhausträger aufgrund der beabsichtigten Leistungskonzentration und der Zuweisung nur an einen Standort die an dem nicht mehr berücksichtigten Standort vorhandenen personellen und sachlichen Mittel nicht einfach gleichsam „verfallen“ lassen, sondern diese an dem konzentrierten Standort einsetzen wird. Dann kann auch angenommen werden, dass der konzentrierte Standort hinsichtlich seiner Behandlungsqualität von den Gerätschaften und den Erfahrungen und Routinen des gewechselten Personals aus dem anderen Standort profitiert. Unter Berücksichtigung dieser Besonderheit lässt sich die Entscheidung des Verwaltungsgerichts Gelsenkirchen auf die Zusammenschau der Fallzahlen der Krankenhäuser W. und M. nicht übertragen. 94

Die Zuweisung an das Krankenhaus W. erweist sich auch nicht unter Verweis auf die vorgenannte Entscheidung des Verwaltungsgerichts Gelsenkirchen deshalb als ermessensfehlerhaft, weil sich von 23 ausgewählten Standorten insgesamt sieben im Gebiet der Stadt J. befinden. Der Entscheidung lag zugrunde, dass drei von fünf ausgewählten Versorgern für die betroffene Leistungsgruppe in derselben Stadt ansässig sind und ihnen 95

damit einhergehend 230 von 309 prognostizierten Fällen (gerundet 74,43 %) zugewiesen worden sind.

Vgl. VG Gelsenkirchen, Beschluss vom 13. März 2025, – 18 L 257/25 –, n.v., S. 17 ff.; für diesen Fall bestätigt im Beschluss vom 14. März 2025 – 18 L 374/25 –, n.v., S. 11 ff. 96

Eine damit vergleichbare Konstellation ist hier nicht ersichtlich. Vorliegend sind lediglich sieben von insgesamt 23 Krankenhäusern, die einen Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) erhalten haben, in der Stadt J. konzentriert, was insgesamt 327 von 916 prognostizierten Fällen, also rund einem Drittel (gerundet 35,70 %), entspricht. Vor diesem Hintergrund ist eine übermäßige regionale Konzentrierung dieser Leistungsgruppe – wie das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen es in dem ihm vorliegenden Fall angenommen hat – hier nicht zu befürchten. 97

(cc) Auch in Bezug auf die Standorte E. Krankenhaus der Augustinerinnen und S. des Trägers der Cellitinnen ist der Antragsgegner im Ergebnis zu Recht von höheren Fallzahlen als beim Krankenhaus der Antragstellerin ausgegangen. Insofern hat er die von den – selbst antragstellenden – Standorten Y., D. und A. erbrachten Fälle der Bezugsjahre (insgesamt 125 Fälle) bei der Betrachtung der beiden anderen Standorte zusätzlich zu den dort schon bislang angefallenen Fallzahlen miteinbezogen. Dies beruhte darauf, dass im Laufe des Planungsverfahrens eine Fusion der beiden Träger Cellitinnen Nord und Cellitinnen Süd stattgefunden und der neue Träger der Cellitinnen mitgeteilt hat, künftig die Fälle aus der Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) an den Standorten E. Krankenhaus der Augustinerinnen und S. zu konzentrieren. Aus den vorstehenden Gründen bestehen auch hier keine Bedenken an der Summierung von Fallzahlen unterschiedlicher Standorte. 98

Das ist auch nicht deshalb zu beanstanden, weil die Konzentrierung der Fälle an den beiden Standorten lediglich auf einer „reinen Absichtsbekundung“ des Trägers beruht. Sofern das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen dies bei den ihm zur Entscheidung vorliegenden Fällen für problematisch erachtet hat, 99

vgl. hierzu: Vgl. VG Gelsenkirchen, Beschlüsse vom 13. März 2025, – 18 L 257/25 –, n.v., S. 18, und vom 14. März 2025 – 18 L 374/25 –, n.v., S. 12 f., 100

liegt ein vergleichbarer Fall hier nicht vor. Der Erklärung der beabsichtigten Leistungskonzentration lag hier nämlich nicht bloß eine E-Mail der Geschäftsführerin des Trägers beider Standorte zugrunde, sondern die zuvor erfolgte Fusion zweier unterschiedlicher Träger. Zudem ist nichts dafür ersichtlich, dass die angekündigte Leistungskonzentration an den genannten Standorten nicht erfolgen wird. Einerseits wäre in einem solchen Fall von einer entsprechenden zeitnahen Korrektur des Feststellungsbescheids durch den Antragsgegner auszugehen. Andererseits würden dem Krankenhausträger finanzielle Mittel entgehen, wenn er sich nicht an die beabsichtigte Leistungskonzentration hielte. Denn das würde bedeuten, dass er nicht die anvisierten Fallzahlen an den ausgewählten Standorten erbringt, während seine anderen Standorte, die zuvor ebenfalls Leistungen aus der betreffenden Leistungsgruppe erbracht haben, wegen § 16 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW diese Leistungen nicht mehr erbringen dürften. 101

(dd) Die Auswahl zugunsten des C. der V. aufgrund höherer Fallzahlen ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Auch insofern hat der Antragsgegner eine gemeinsame Betrachtung der Fallzahlen dieses Standorts und des Standorts Q. vorgenommen, wonach sich im Bezugszeitraum eine Summe von 80 Fällen – und damit mehr als die vom Krankenhaus der Antragstellerin erbrachten 76 Fälle – ergeben hat. Gegen diese gemeinsame Betrachtung ist 102

nach den vorstehenden Ausführungen nichts zu erinnern. Der Antragsgegner hat insofern zu Recht die Umstrukturierungspläne des Krankenhausträgers berücksichtigt. Nach dem Vorhaben des Trägers des C., welches die Zuweisung der Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) beantragt hat, gibt dieses seine stationären Betten auf und bietet nur noch ambulante Behandlungen (auch Operationen mit Nachsorge bis nachmittags) an, während das Q., das keinen Zuweisungsantrag gestellt hat, nunmehr alle stationären Angebote übernehmen soll. Dabei bilden beide Häuser zusammen einen Standort, eine Klinik.

Vgl. https://in-gl.de/2024/03/13/gfo-kliniken-rhein-berg-fuehrt-kliniken-auseinander-und-zusammen-bergisch-gladbach-mkh-vph/. 103

Das wird auch daran deutlich, dass beide Krankenhäuser einen gemeinsamen Feststellungsbescheid als zwei Betriebsstätten erhalten haben. Vor diesem Hintergrund hat der Antragsgegner auch gestattet, alle zugewiesenen Leistungsgruppen des C. ohne weiteres Planungsverfahren an das X. zu verlagern. 104

(ee) Ferner erweist sich die Auswahl des O. nicht als ermessensfehlerhaft. Dieses hat in allen Jahren, außer 2020, und mit 84 Fällen auch insgesamt höhere Fallzahlen erbracht. 105

Rechtliche Bedenken, weil diesem mehr als doppelt so hohe Fallzahlen zugewiesen worden sind als ursprünglich beantragt (44 vs. 20 Fälle), hat die Kammer nicht. Die von der Antragstellerin insofern angeführten Entscheidungen des Verwaltungsgerichts Gelsenkirchen sind nicht übertragbar. Der Entscheidung des Gerichts lag der Sachverhalt zugrunde, dass einem Krankenhaus das Siebenfache und einem anderen mehr als das Vierfache an Fallzahlen im Verhältnis zum jeweiligen Antrag zugeteilt worden ist. 106

Vgl. VG Gelsenkirchen, Beschlüsse vom 13. März 2025, – 18 L 257/25 –, n.v., S. 19, und vom 14. März 2025 – 18 L 374/25 –, n.v., S. 13 f. 107

Von dieser Größenordnung ist die Fallzuweisung betreffend das Z. weit entfernt. 108

Die Entscheidung lässt sich auch deshalb nicht auf den vorliegenden Fall übertragen, weil das Z. im Rahmen des Anhörungsverfahrens von sich aus mitgeteilt hatte, bis zu 80 Fälle erbringen zu wollen. Zu derartigen Mitteilungen hat das MAGS im ersten Anhörungsschreiben vom 14. Juni 2024 explizit aufgerufen („Soweit sich Standorte im Rahmen der Anhörung zur Erbringung höherer Fallzahlen als initial beantragt in der Lage sehen, kann dies im Rahmen der Stellungnahme mitgeteilt werden“). Durch seine Mitteilung hat das Krankenhaus gerade deutlich gemacht, dass es sich in der Lage sieht, deutlich höhere Fallzahlen als ursprünglich beantragt zu erbringen, und seinen ursprünglichen Antrag insoweit auf bis zu 80 Fälle erweitert. Dies durfte der Antragsgegner auch bei der Zuweisung zugrunde legen, ohne weiter zu prüfen, ob das Krankenhaus tatsächlich insoweit zur Leistungserbringung in der Lage ist. Die Krankenhäuser können selbst am besten ihre Leistungsfähigkeit einschätzen. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die beantragte Fallzahl die Kapazitäten des Krankenhauses in K. überschreiten wird. Insbesondere beträgt auch die zugewiesene Fallzahl nur etwas mehr als die Hälfte der letztlich beantragten Fallzahl. Umgekehrt ist zu beachten, dass der Antragsgegner auch bei den Zuweisungen aufgrund der im ursprünglichen Antrag genannten Fallzahlen die dortigen Angaben übernommen und insofern alle Bewerber gleichbehandelt hat. 109

Vertretbar ist schließlich auch die Erwägung des Antragsgegners, dass mit der Zuweisung an das Z. aufgrund der höheren beantragten Fallzahlen eine Mehrfachversorgung in H. vermieden werden konnte, weil stattdessen dem Helios-Klinikum H. eine Zuweisung versagt 110

worden ist. Die Vermeidung regionaler Mehrfachvorhaltungen in unmittelbarer räumlicher Nähe sieht der Krankenhausplan ausdrücklich bei der Festlegung der Zahl der Standorte als zu berücksichtigenden Aspekt vor.

Vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 58. 111

(ff) Die Auswahl zugunsten des Gemeinschaftskrankenhauses H. L., weil es in den Jahren von 2019 bis 2023 insgesamt 99 Fälle – und damit deutlich mehr als die Antragstellerin – erbracht hat, ist ebenso unbedenklich. 112

(gg) Die Zuweisung an das Kreiskrankenhaus P. begegnet keinen rechtlichen Bedenken. Einerseits hat der Antragsgegner hier darauf abgestellt, dass dieses im Bezugszeitraum 91 Fälle und damit erheblich mehr als das Krankenhaus der Antragstellerin erbracht hat, und andererseits darauf, dass es „Fachärzte für Proktologie“ beschäftigt. Das Vorhandensein eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Proktologie darf bei der Auswahlentscheidung herangezogen werden, weil der Krankenhausplan dieses Kriterium als Auswahlkriterium bestimmt. 113

Vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 197. 114

Das ist vom Antragsgegner offensichtlich gemeint, denn die Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern sehen nur eine Zusatzweiterbildung in der Proktologie vor. 115

Vgl. z. B. https://www.aekno.de/aerzte/weiterbildung/weiterbildungsordnung-2014/weiterbildung-abschnitt-c-zusatz-weiterbildungen/34-proktologie. 116

(3) Die Auswahlentscheidung des Antragsgegners erweist sich auch als ermessensfehlerfrei, soweit er diese nicht aufgrund höherer erbrachter Fallzahlen in den Bezugsjahren von 2019 bis 2023 getroffen, sondern anderweitige Aspekte im Einzelfall als maßgeblich erachtet hat. 117

(a) In Bezug auf das R. TW. hat der Antragsgegner ausgeführt, dass dieses mit 79 Fällen zwar nur wenige Fälle mehr als das Krankenhaus der Antragstellerin aufweist, jedoch auch mit Ausnahme des Jahres 2020 in jedem Jahr höhere Fallzahlen. Bei diesem Krankenhaus ist zusätzlich berücksichtigt worden, dass es nicht in der Umgebung von F. liegt und daher eine Zuweisung dort zielführender erschien als eine weitere Zuweisung in der F.. Auch der Umstand, dass das UF. TW. mit 35 Planfällen in der Leistungsgruppe 16.4 (Pankreaseingriffe) und 270 Planfällen in der Leistungsgruppe 16.1 (Bariatrische Chirurgie) ein großes Spektrum an viszeralchirurgischen Leistungen bündelt, hat nach den Angaben des Antragsgegners für eine weitere Leistungskonzentration an diesem Standort gesprochen. 118

Diese Erwägungen begegnen keinen rechtlichen Bedenken, sondern entsprechen den übergeordneten planerischen Zielen, eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Krankenhauslandschaft zu schaffen. Außerdem sind auch Wechselwirkungen der auf eine einzelne Leistungsgruppe bezogenen Auswahlentscheidung auf die regionale Versorgungsstruktur in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen. Die Vermeidung regionaler Mehrfachvorhaltungen gehört ebenso zu den planerischen Zielen. 119

Vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 26, 37 f., 54, 58 und 71. 120

Insoweit erscheint es sachgerecht, sowohl die besonders breite Spezialisierung eines Krankenhauses als auch seine örtliche Lage zu berücksichtigen. Unter dem Aspekt der Vermeidung regionaler Mehrfachvorhaltungen ist auch nachvollziehbar, dass der 121

Antragsgegner sich zugunsten des R.es in TW. gegen eine weitere Zuweisung in der Städteregion F. entschieden hat.

(b) Auch die Auswahl des Evangelischen Krankenhauses NG., obwohl dieses mit insgesamt 60 Fällen deutlich weniger Fälle aufweist als das Krankenhaus der Antragstellerin, ist nicht zu beanstanden. Die Begründung des Antragsgegners, dass die Zuweisung ausdrücklich auf die Behandlung von gynäkologischen Patientinnen beschränkt und erfolgt ist, weil der Standort der zweitgrößte Versorger in der Leistungsgruppe 21.2 (Ovarial-CA) im Regierungsbezirk J. und damit für die Versorgung von großer Bedeutung ist, ist nachvollziehbar. So sieht der Krankenhausplan NRW 2022 für diese Leistungsgruppe als Auswahlkriterium den LB Viszeralchirurgie ausschließlich am Standort vor. 122

Vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 210. 123

In diesem Zusammenhang hat der Antragsgegner im Verfahren 7 L 67/25 auch auf die S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren (S. 143) verwiesen und darauf abgestellt, dass im Zusammenhang mit der Behandlung maligner Ovarialtumore häufig auch multiviszeralchirurgische Eingriffe notwendig seien. 124

Vgl. VG F., Beschluss vom 20. März 2025 – 7 L 67/25 –, juris Rn. 204. 125

(c) Schließlich ist gegen die Auswahl zugunsten des Kreiskrankenhauses RJ. nichts zu erinnern. Dieses hat zwar im Bezugszeitraum nur 71 Fälle und damit weniger als die vom Krankenhaus der Antragstellerin aufzuweisenden 76 Fälle erbracht. Die Auswahl zugunsten dieses Standorts hat der Antragsgegner damit begründet, dass als (nachrangiges) Kriterium die Lage des Standorts in RJ. in der Eifel berücksichtigt worden sei, weshalb eine Zuweisung dorthin statt an einen weiteren Standort in der Stadtregion F. vorzugswürdig gewesen sei. Die Auswahl zugunsten des Kreiskrankenhauses RJ. und zulasten des Krankenhauses der Antragstellerin gewährleistet, wie vom Antragsgegner ausgeführt, eine bessere Verteilung der regionalen Versorgung als bei einer Berücksichtigung des Krankenhauses der Antragstellerin neben der F., dem G. F. und dem I. N.. Dies entspricht dem ausdrücklichen Ziel des Krankenhausplans, regionale Mehrfachstrukturen in unmittelbarer Nähe grundsätzlich zu vermeiden (siehe dazu schon oben). Zu beachten ist zudem, dass der Krankenhausplan selbst für die Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) keine Rangfolge möglicher Auswahlkriterien benennt. Auch mit Blick darauf wurde das Anknüpfen an Fallzahlen aus der Vergangenheit für die Auswahlentscheidung als voraussichtlich rechtmäßig erachtet. 126

Vgl. für die Leistungsgruppe 22.1: OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris Rn. 109; für die Leistungsgruppe 16.2: VG Düsseldorf, Beschluss vom 17. März 2025, – 21 L 599/25 – n.v. S. 35 und 40; zu den Kriterien für die Leistungsgruppe 16.5 siehe Krankenhausplan NRW 2022, S. 197. 127

Ist demnach nicht zu beanstanden, dass der Antragsgegner sich grundsätzlich an den Fallzahlen aus der Vergangenheit orientiert, so erscheint es der Kammer nicht grundsätzlich bedenklich, wenn er bei der Auswahl zwischen zwei Krankenhäusern mit Fallzahlen in einer vergleichbaren Größenordnung – wie es hier der Fall ist – ein weiteres Kriterium heranzieht, das die Planvorgaben ausdrücklich vorsehen. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint der Kammer die Auswahl zugunsten des Kreiskrankenhauses RJ. noch vertretbar. 128

(4) Auch unter Verweis auf die umfangreichen Stellungnahmen der Antragstellerin bzw. des ihr übergeordneten Klinikverbunds vom 5. August 2024 und 8. August 2024 ergibt sich keine andere Beurteilung. 129

(a) Soweit die Antragstellerin darin auf die volle Weiterbildungsermächtigung und jahrelange Facharzt- und Zusatzweiterbildungsprüfungstätigkeit ihres Chefarztes Prof. Dr. med. Karsten Junge hinweist, wird hieraus keine erhöhte Qualifizierung des Standorts als hochspezialisiertes Versorgungszentrum im Vergleich zu anderen, leistungsfähigeren Standorten ersichtlich. Diese Umstände dienen in erster Linie der Ausbildung der Ärzte. Auch der Krankenhausplan knüpft nicht hieran als Auswahlkriterium an. 130

(b) Der Verweis auf die geltend gemachte höchste Gesamtzahl an Darmkrebsoperationen in der Umgebung verhilft der Antragstellerin ebenfalls nicht zum Erfolg. Als Beweis für die umfassende Erfahrung des Standorts der Antragstellerin eignet sich dies nicht. Nach der Planungssystematik sind nur bestimmte Darmkrebsoperationen der Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) als besonders spezialisierte Leistungen zugewiesen, 131

vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 196, 132

während nach dem Vorbringen der Antragstellerin nur etwa 20-25 % der Darmkrebsoperationen dem unterfallen. Hiernach kann auf die Gesamtzahl aller Darmkrebsoperationen gerade nicht abgestellt werden. 133

Dass die Antragstellerin auch sonstige Darmoperationen durchführt und insoweit eine umfassende Versorgung anbieten möchte, stellt kein taugliches Entscheidungskriterium dar, weil es sie auch nicht von anderen, erfolgreichen Versorgern unterscheidet. 134

Ebenso wenig greift der Einwand durch, die beantragten Fallzahlen der Mitbewerber seien unlauter, da sie teilweise die Gesamtzahl aller Darmkrebsoperationen an diesen Krankenhäusern überstiegen. Insofern hat die Antragstellerin besonders das Kreiskrankenhaus RJ. hervorgehoben, das nach dem Bundes-Klinik-Atlas 30 Darmkrebsoperationen durchgeführt, aber 50 Fälle aus der Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) beantragt habe und diese nach der Anhörung vom 04. November 2024 auch erhalten solle. Dieser Argumentation folgt die Kammer hingegen nicht, weil es maßgeblich auf die tatsächlich vorliegenden Fallzahlen in Bezug auf die Leistungen aus der Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) für die Jahre 2019 bis 2023 ankommt; auf andere statistische Werte, wie die Antragstellerin sie angeführt hat, muss hingegen nicht zurückgegriffen werden. Unabhängig davon ist nicht entscheidend, ob dem Kreiskrankenhaus RJ. mehr Fälle zugewiesen worden sind, als es überhaupt an Darmkrebsoperationen im Gesamten erbracht hat, sondern darauf, dass es bei vergleichbaren erbrachten Fallzahlen aus der Leistungsgruppe 16.5 gegenüber der Antragstellerin hinsichtlich der Zuweisung den Vorzug erhalten hat (vgl. hierzu oben). Auch die Zuweisung von 50 Fällen an das Kreiskrankenhaus RJ. ist mangels Anhaltspunkten für fehlende Kapazitäten unter diesem Aspekt nicht zu beanstanden. 135

(c) Auf die geltend gemachte Gefährdung der Gewährleistung der Versorgungssicherheit in der F. aufgrund der Nichtzuweisung der begehrten Leistungsgruppe an sie kann die Antragstellerin sich nicht berufen, weil dies kein ihr zustehendes subjektiv-öffentliches Recht darstellt, das sie geltend machen könnte. 136

Vgl. VG F., Beschluss vom 26. Februar 2025 – 7 L 26/25 –, juris Rn. 136 ff. 137

(d) Die von der Antragstellerin geschilderte Problematik, dass nicht immer eine exakte Höhenlokalisation des Tumors vorher möglich und in der Folge keine intraoperable Ausweitung möglich sei, ist bereits durch die Vorschrift des § 16 Abs. 1 Sätze 4 und 5 KHGG NRW gelöst. Danach bleibt von dem Grundsatz, dass eine Leistungserbringung nur möglich 138

ist, soweit die entsprechende Leistungsgruppe zugewiesen wurde, die Pflicht zur Versorgung in Notfällen unberührt und gilt Gleiches für Leistungen, die während einer Behandlung notwendig werden. Hierbei hatte der Gesetzgeber genau den von der Antragstellerin problematisierten Fall vor Augen. So ist in der Gesetzesbegründung (LT-Drucks. 17/11162, S. 35) ausgeführt:

„Doch auch jenseits des Notfalls kann es für ein Krankenhaus geboten sein, Leistungen zu erbringen, die ihm nicht als Versorgungsauftrag durch seinen Feststellungsbescheid zugeteilt sind. Hier ist insbesondere die Konstellation der notwendigen Eingriffserweiterung zu nennen. Wird beispielsweise eine Operation zur Tumorentfernung am unteren Darm durchgeführt und stellt sich erst während der Operation heraus, dass wegen der Ausbreitung des Tumors die Operation nur sinnvoll beendet werden kann, wenn auch das Rektum operiert wird, muss auch eine solche Leistung ausnahmsweise vom Versorgungsauftrag des jeweiligen Hauses umfasst und somit abrechenbar sein.“ 139

(e) Der Verweis auf die Zertifizierungen des Krankenhauses der Antragstellerin als Viszeralmedizinisches Tumorzentrum gebietet keine andere Auswahlentscheidung. Der Antragsgegner hat vertretbar darauf abgestellt, dass Zertifizierungen keine ausschlaggebende Bedeutung zukommt. Es ist auch nicht ersichtlich, dass er seine Auswahlentscheidung unter Zugrundelegung von Zertifizierungen getroffen hat. Soweit das MAGS beim R. TW. im Anhörungsschreiben vom 04. November 2024 auf dessen umfangreiche Zertifizierung abgestellt hat, lässt dies nicht zwingend darauf schließen, dass darauf letztlich die Zuweisungsentscheidung gestützt worden ist. 140

Vgl. ausführlich hierzu: VG F., Beschluss vom 20. März 2025 – 7 L 67/25 –, juris Rn. 200. 141

(5) Schließlich verhelfen die übrigen Einwendungen der Antragsgegnerin nicht zum Erfolg. 142

(a) Nicht überzeugend ist der Einwand der Antragstellerin, sie hätte mit ihren 25 beantragten Fällen berücksichtigt werden müssen, weil das Votum der Bezirksregierung J. für eine Verteilung von mindestens 20 Fällen, um die Fälle der entfallenden Krankenhäuser zu verteilen, nur so verstanden werden könne, dass die Anbieter mehr als 20 Fallzahlen erbringen sollen. Selbst wenn man diesem Verständnis der Antragstellerin folgen wollte, ändert dies doch nichts daran, dass diese sich bei der getroffenen Auswahlentscheidung gerade nicht gegenüber den Mitbewerbern durchgesetzt hat. Insofern führt auch ihr Verweis auf die Berücksichtigung der Standorte Kreiskrankenhaus P., R. TW. und Gemeinschaftskrankenhaus H. L. mit jeweils 25 Fällen sowie Evangelisches Krankenhaus NG. mit nur 15 Fällen nicht weiter. 143

(b) Ferner verfängt der Hinweis der Antragstellerin auf den Konsens mit den Kostenträgern nicht. Die Krankenhausplanung besteht aus unterschiedlichen Schritten, von denen das Votum der Kostenträger lediglich das regionale Planungskonzept nach § 14 KHGG NRW abschließt, durch das die Krankenhausträger und die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, die Versorgungssituation vor Ort abzustimmen und entsprechende Vorschläge für die Fortschreibung des Krankenhausplanes zu unterbreiten. Das regionale Planungskonzept ist damit als Vorstufe des Krankenhausplans ausgestaltet. 144

Vgl. Lafontaine/Stollmann, in: Becker/Heitzig/Klöck/Lafontaine/Stollmann/Vollmar, Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen, § 14 Anm. 1. und 8. (Stand: November 2022). 145

146

Das Votum der Kostenträger stellt keine im Rahmen der Krankenhausplanung bindende Entscheidung dar, die der Antragsgegner hätte berücksichtigen müssen.

(c) Die Antragstellerin kann mit dem Argument, der Antragsgegner habe nicht die Übererfüllung fachärztlicher Vorgaben mit vier Fachärzten der speziellen Viszeralchirurgie berücksichtigt, obwohl der Krankenhausplan NRW 2022 bei Übererfüllung fachärztlicher Vorgaben eine bevorzugte Berücksichtigung vorsehe, nicht durchdringen. Es trifft nicht zu, dass sie aufgrund der Übererfüllung fachärztlicher Vorgaben eine Zuweisung hätte erhalten müssen. Die Beschäftigung von drei Fachärzten für Viszeralchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie als Vollzeitäquivalent ist lediglich als Mindestkriterium für die Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe) ausgestaltet. 147

Vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 197. 148

Bei der Auswahlentscheidung kann von Bedeutung sein, ob ein Krankenhausstandort die festgelegten Mindestanforderungen (z. B. bei der personellen Ausstattung) in einer Weise übererfüllt, die eine nachhaltigere und höhere Versorgungsqualität erwarten lässt als bei lediglich exakter Erfüllung der Mindestanforderungen. 149

Vgl. Krankenhausplan NRW 2022, S. 70 f. 150

Abgesehen davon, dass eine – wie von der Antragstellerin vorliegend geltend gemachte – Übererfüllung eines Mindestkriteriums nach den Planvorgaben nicht zwingend zur Zuweisung führt, hat die Antragstellerin auch nicht näher dargelegt, dass und warum die Übererfüllung der fachärztlichen Vorgaben eine nachhaltigere und höhere Versorgungsqualität in ihrem Krankenhaus erwarten lässt als bei lediglich exakter Erfüllung der Mindestanforderungen. 151

Schließlich hat dieser Umstand Berücksichtigung in der Auswahlentscheidung des Antragsgegners gefunden. Hierzu hat dieser ausgeführt, dass die Übererfüllung von Mindestkriterien als mögliches Auswahlkriterium vorliegend mit Blick auf die Ziele der Krankenhausplanung und insbesondere die zur Qualitätssteigerung angestrebte Leistungskonzentration bei großen Versorgern am Ende nicht entscheidend ins Gewicht gefallen ist. 152

2.) Eine offene Abwägung der für und gegen den Sofortvollzug sprechenden Interessen kommt angesichts der vorstehenden Ausführungen zur voraussichtlichen Rechtmäßigkeit des Feststellungsbescheides nicht in Betracht. Sie ist – wie dargelegt – nur geboten, wenn keine Aussage über die Rechtmäßigkeit oder Rechtswidrigkeit des Verwaltungsakts getroffen werden kann. Diese Prämisse ist hier nicht erfüllt. 153

3.) Die Antragstellerin kann sich schließlich nicht mit Erfolg darauf berufen, es liege eine unbillige Härte vor. Ausgehend von den oben unter A.II.1.a) zur Rechtsgrundlage ausgeführten Erwägungen geht eine Umgestaltung des Krankenhausplans in Nordrhein-Westfalen mit dem Ziel der stärkeren Spezialisierung der Krankenhäuser und der Bildung von Schwerpunkten damit einher, dass Krankenhäuser auch gewisse Leistungszuweisungen verlieren. Vertrauensschutz kommt den Krankenhausträgern insoweit nicht zu. 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 ggf. korrigieren. Jede andere Entscheidung käme einer Versteinerung der Krankenhauslandschaft gleich, die mit dem grundrechtlich unterfangenen Anspruch des Neubewerbers auf gleichen Marktzutritt unvereinbar wäre. 154

Vgl. zum Vertrauensschutz: BVerwG, Urteil vom 14. April 2011 – 3 C 17/10 –, juris Rn. 28; OVG NRW, Beschluss vom 13. Dezember 2024 – 13 B 419/24 –, juris Rn. 122; Nds.OVG, Beschluss vom 2. Juli 2015 – 13 LA 10/15 –, juris Rn. 6¸ VG Düsseldorf, Beschluss vom 17. März 2025 – 21 L 599/25 –, n.v., S. 42. 155

In der Folge muss die Antragstellerin auch hinnehmen, dass sie (zumindest) bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens bestimmte Leistungen nicht erbringen kann. Dass sie für diese vorübergehende Zeit von Personalabwanderungen unzumutbar betroffen ist, kann nicht angenommen werden. Selbst wenn sie Personal verlöre, wäre diese Entwicklung nicht unumkehrbar. 156

III. 157

Vor diesem Hintergrund bedarf es keiner weiteren Ausführungen zu einer vorläufigen Zuweisung einer allgemeinen Leistungsgruppe. 158

Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO. 159

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE