

Datum: 08.01.2008
Gericht: Oberverwaltungsgericht NRW
Spruchkörper: 13. Senat
Entscheidungsart: Beschluss
Aktenzeichen: 13 A 1571/07

Tenor: Die Berufungen der Beklagten und des Beigeladenen gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Minden vom 17. April 2007 werden zurückgewiesen.

Die Beklagte und der Beigeladene tragen die Kosten des Berufungsverfahrens je zur Hälfte, wobei sie ihre außergerichtlichen Kosten selbst tragen.

Die Kostenentscheidung ist vorläufig vollstreckbar.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 12.250, EUR festgesetzt.

Gründe:

I. 1

Die Klägerin ist Trägerin des im Krankenhausplan des Landes u. a. mit den Abteilungen Chirurgie - vormals 110 Betten - und Orthopädie - vormals 64 Betten - geführten St. F. -Hospitals H. . Das beigeladene Städtische Klinikum H. ist u. a. mit einer Abteilung Chirurgie - vormals 104 Betten - ebenfalls planaufgenommen. Im Kreis H. war bis zu den streitgegenständlichen Bescheiden eine Abteilung Unfallchirurgie nicht planausgewiesen, wurde aber in einem Gutachten der WIBERA und von den Kostenträgern im Umfang von über 72 bzw. 71 Betten für erforderlich gehalten. 3

Im Jahr 2003 kam es zu Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept gem. § 16 KHG NRW für den Kreis H. unter der Federführung der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe. Dabei machte das Krankenhaus der Klägerin in einem der Beklagten und dem zuständigen Ministerium des Landes Nordrhein-Westfalen nachrichtlich mitgeteilten Schreiben von Mitte Juli 2003 u. a. geltend, dass es bei seinen derzeit 110 ausgewiesenen chirurgischen Betten Anfang September 2000 die Ausweisung einer Abteilung für Unfallchirurgie mit 40 Betten beantragt habe; es halte die entsprechende Infrastruktur bereits vor und werde zusammen mit der orthopädischen Abteilung ein orthopädisch-traumatologisches Regionalzentrum bilden. 4

Auch das beigeladene Klinikum begehrte die Ausweisung von unfallchirurgischen Betten, weil seine chirurgische Abteilung zu 41 % unfallchirurgische Leistungen erbringe. Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen befürwortete eine Ausweisung einer Fachabteilung für Unfallchirurgie im Krankenhaus der Klägerin und sprach sich gegen eine parallele Vorhaltung einer unfallchirurgischen Abteilung beim beigeladenen Klinikum aus, was sie Anfang April 2005 gegenüber dem Ministerium wiederholte. Mitte Februar 2004 verzichtete das Krankenhaus der Klägerin gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen auf die Ausweisung einer unfallchirurgischen Abteilung unter der Bedingung, dass die Bettenzahl ihrer orthopädischen Abteilung aufgestockt und im gesamten Kreis H. keine Fachabteilung für Unfallchirurgie krankenhausplanerisch eingerichtet werde, und bekräftigte dies Ende August 2004 u. a. gegenüber der Beklagten. 5

Ein regionales Planungskonzept der beteiligten Krankenhäuser und Kostenträger kam nicht zustande, so dass die Gesundheitsverwaltung nach § 16 Abs. 5 KHG NRW die Planung 6

übernahm.

In Sondierungsgesprächen mit für einen Verbund vorgesehenen Krankenhäusern u. a. dem beigeladenen Klinikum – äußerte die Beklagte ihre Präferenzierung eines Schwerpunkts Unfallchirurgie mit 40 Davon-Betten ausschließlich am Krankenhaus der Klägerin. Dem entgegneten die vier potentiellen Verbundkrankenhäuser in einem Schreiben von Ende August 2004, es sei zur Qualitätssicherung angeraten, den erheblichen Bedarf an zusätzlichen unfallchirurgischen Betten, den ein mittelgroßes Krankenhaus wie das der Klägerin allein nicht decken könne, an einem weiteren Standort zu platzieren; hierfür komme das beigeladene Klinikum in Betracht, weil es dafür keine zusätzlichen Ressourcen aufwenden müsse.

Der Strukturvorschlag der Beklagten von September 2004 an das zuständige Ministerium sah 40 Betten Unfallchirurgie - bei insgesamt 101 chirurgischen Betten - ausschließlich für das Krankenhaus der Klägerin vor, weil die Teilgebiete Orthopädie - wie bis dahin 64 Betten - und Unfallchirurgie künftig verschmelzen sollten und aus fachlicher und planerischer Sicht eine weitere Unfallchirurgie nicht zu befürworten sei. Im November 2004 unterbreitete das Ministerium einen Strukturvorschlag für die potentiellen Verbundkrankenhäuser, der keine Planbetten für das Teilgebiet Unfallchirurgie auswies, was zu weiteren Gesprächen mit den Betroffenen führte. Mit Erlass von Ende Februar 2005 äußerte das Ministerium die Absicht, dem "einvernehmlich erarbeiteten Planungskonzept für das Krankenhaus" der Klägerin, bei dem in erster Linie eine Anpassung der Bettenzahlen an die tatsächliche Inanspruchnahme bei geringfügiger Reduzierung der Gesamtbettenzahl - Chirurgie 101, Unfallchirurgie 0, Orthopädie 73 - erfolgen solle, zuzustimmen; gegen die Ausweisung unfallchirurgischer Betten - 30 - beim beigeladenen Klinikum, das einen 41%Anteil der Unfallchirurgie an den chirurgischen Leistungen durch statistische Unterlagen dargelegt habe, bestünden im Hinblick auf das bisherige tatsächliche Leistungsspektrum keine Bedenken.

Im anschließenden Anhörungsverfahren wies das Krankenhaus der Klägerin Ende April 2005 darauf hin, dass bezüglich der unfallchirurgischen Betten entgegen der Darstellung des Ministeriums kein Einvernehmen mit ihr bestehe, und bekräftigte ihren Antrag auf Ausweisung einer Unfallchirurgie mit 40 Betten mit dem Hinweis, 53,3 % der DRG-Fälle ihrer Chirurgischen Klinik in 2003 seien der Unfallchirurgie zuzuordnen, sie verfüge als einzige Klinik im Kreis über eine zweijährige Weiterbildungsbefugnis für Unfallchirurgie und erfülle die strengen Auflagen der Berufsgenossenschaft zum Schwerstverletzungsverfahren und beschäftige im Vergleich mit den umliegenden Krankenhäusern die meisten Unfallchirurgen.

Nach Abschluss des Anhörungsverfahrens blieb das Ministerium mit Erlass an die Beklagte von Ende Mai 2005 bei seinem – hier relevanten – Strukturvorschlag mit dem Hinweis, es habe eine vertretbare Struktur für die betroffenen Krankenhäuser zu erarbeiten versucht.

Durch – einen früheren Bescheid ersetzenden – Bescheid vom 30. Juni 2005 stellte die Beklagte die Aufnahme des Krankenhauses der Klägerin in den Landeskrankenhausplan u. a. mit 101 Betten im Fachgebiet Chirurgie ohne Ausweisung von Davon-Betten u. a. für das Teilgebiet Unfallchirurgie und mit 73 Betten im Fachgebiet Orthopädie ohne eine Begründung fest.

Hiergegen erhob die Klägerin wegen der unausgesprochenen Ablehnung der Ausweisung von Betten u. a. für Unfallchirurgie Widerspruch mit der Begründung: Der getroffenen Regelung fehle eine Begründung; wegen der unfallchirurgischen Betten sei zwischen ihrem und dem beigeladenen Klinikum eine Auswahlentscheidung erforderlich gewesen, in der zu berücksichtigen gewesen sei, dass sie anders als das beigeladene Krankenhaus über einen Hubschrauberlandeplatz verfüge und sogar 53 % der DRG-Fälle der Unfallchirurgie zuzuordnen seien; zudem sei der Grundsatz der Trägervielfalt nicht gewahrt.

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Bescheid vom 2. März 2006 u. a. mit der Begründung zurück: An einem Einvernehmen mit der Klägerin habe es im Verhandlungsverlauf nur wegen der Ausweisung der Teilgebiete Unfallchirurgie und -was hier nicht relevant ist - Pneumologie gefehlt. Sie erkenne keine ermessensfremden Überlegungen des Ministeriums bei der Planungsentscheidung gegen die Ausweisung unfallchirurgischer Betten am Krankenhaus der Klägerin; diese sei an der Erbringung des nachfrageausgelösten Bedarfs im fraglichen Teilgebiet nicht gehindert; das Teilgebiet Unfallchirurgie dürfe nicht isoliert, sondern müsse wegen der künftigen Zusammenlegung mit dem Teilgebiet Orthopädie gemeinsam mit diesem betrachtet werden; dementsprechend sei die Klägerin durch Nichtausweisung unfallchirurgischer Betten nicht beeinträchtigt, denn sie könne entsprechend nachgefragte Leistungen im Rahmen ihrer um 9 Betten aufgestockten Abteilung Orthopädie künftig in einem deutlich größeren Umfang als

bisher erbringen; die Ausführungen der Klägerin seien im Rahmen der Planungsentscheidung angemessen berücksichtigt worden.

Mit Bescheid vom 28. Juni 2005, ergänzt durch Bescheid vom 4. Juli 2005, stellte die Beklagte für das beigeladene Klinikum u. a. 30 unfallchirurgische Betten - von insgesamt 130 chirurgischen Betten - fest. Auch hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch.

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin gegen den das beigeladene Krankenhaus betreffenden Feststellungsbescheid durch Bescheid vom 21. Juli 2006 zurück. Die diesbezügliche Anfechtungsklage der Klägerin ist Gegenstand des Beschlusses des Senats vom heutigen Tag im Parallelverfahren 13 A 1572/07.

Im zugehörigen Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes - 3 L 469/05 VG Minden, 13 B 65/06 OVG NRW -, das durch Beschluss des Senats vom 6. April 2006 erfolglos blieb, erklärte die Beklagte, die Ausweisung einer unfallchirurgischen Abteilung beim beigeladenen Klinikum diene ausschließlich der planungsrechtlichen Verifikation von dort bereits in der Vergangenheit nachfragegestützt vorgehaltenen Leistungsstrukturen.

Dem entgegnete die Klägerin: Ihre eigenen bereits in der Vergangenheit nachfragegestützt vorgehaltenen Leistungsstrukturen im Bereich der Unfallchirurgie seien unberücksichtigt geblieben, ihr Krankenhaus habe in der Vergangenheit weit mehr unfallchirurgische Leistungen als das beigeladene Klinikum erbracht und die Zuweisung einer unfallchirurgischen Abteilung an jenem Krankenhaus berücksichtige in sachwidriger Weise nicht die künftige Zusammenlegung der Fachgebiete Unfallchirurgie und Orthopädie, welche beim beigeladenen Klinikum nicht betrieben werde. Die Ausweisung einer unfallchirurgischen Abteilung ermögliche ihr die Abrechnung mit den Krankenkassen, begründe eine Anwartschaft auf Investitionsmittel, verbessere die Weiterbildungsmöglichkeit für Mediziner und dadurch die Position ihrer Klinik im Wettbewerb um qualifizierte Ärzte, führe zu häufigeren Anfahrten durch den Rettungsdienst und bilde die Grundlage für Budgetverhandlungen und Weiterentwicklungsoptionen.

Das beigeladene Klinikum machte geltend: Wegen der durch die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern zusammengeführten neuen Tätigkeit eines Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie seien diese beiden Fachgebiete einer gemeinsamen Betrachtung zu unterziehen. Von seinen chirurgischen Leistungen entfielen nachgewiesenermaßen 41 % auf die Unfallchirurgie; bei ihm könne der Bedarf an unfallchirurgischen Leistungen allein durch eine Umwidmung vorhandener chirurgischer Betten befriedigt werden; mit der Einrichtung der Unfallchirurgie bei ihm würden bisher schon erbrachte Leistungen lediglich "unter einem anderen Dach" vorgenommen. Es gehe nicht um eine Auswahlentscheidung zwischen ihm und dem Krankenhaus der Klägerin, weil die Beklagte lediglich von ihm bereits erbrachte Leistungen als planverifiziert festgestellt habe, ohne damit gegen einen entsprechenden Antrag des Krankenhauses der Klägerin entschieden zu haben; es liege keine "Bewerbersituation" wegen neuer Kapazitäten vor. Die Unfallchirurgie solle am Standort S. vorgehalten werden.

Die Klägerin hat gegen den sie betreffenden Feststellungsbescheid vom 30. Juni 2005 Klage erhoben, die inzwischen auf Ausweisung unfallchirurgischer Betten beschränkt ist, und dazu vorgetragen: Ihr Begehren auf Ausweisung einer Abteilung Unfallchirurgie mit 40 Betten sei nicht auf zusätzliche Betten gerichtet; sie beabsichtige eine entsprechende Reduzierung ihrer allgemeinchirurgischen Betten. Sie wolle sich nicht eines Konkurrenten entledigen. Auf der Grundlage der Auffassung des erkennenden Gerichts im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes, dass die Ausweisung der Unfallchirurgie beim beigeladenen Klinikum nur tatsächliche Gegebenheiten bestätige, sei die Ablehnung ihre entsprechenden Antrags ermessensfehlerhaft, weil auch die Stattgabe ihres Antrags nur eine Planbestätigung tatsächlicher Gegebenheiten wäre; dem unfallchirurgischen Anteil über 53 % an ihren chirurgischen Leistungen entsprächen etwa 59 der seinerzeit 110 ausgewiesenen Betten ihrer Chirurgie; das Außerrachtlassen dieser Erwägung in ihrem Fall sei gleichheitswidrig. Das dem angefochtenen Feststellungsbescheid tatsächlich eine Auswahlentscheidung zwischen ihrem und dem beigeladenen Klinikum zu Grunde liege, ergebe sich aus dem Strukturvorschlag der Beklagten an das Ministerium. Bezüglich der Nichtausweisung unfallchirurgischer Betten führe schon das Fehlen einer Begründung für das Abweichen der Beklagten von ihrem ursprünglichen Strukturvorschlag zur Rechtswidrigkeit.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 30. Juni 2005 und des Widerspruchsbescheides vom 2. März 2006 zu verpflichten, über den Antrag der

Klägerin auf Aufnahme des St. F. -Hospitals H. in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen mit Betten im Teilfachgebiet Unfallchirurgie unter Beachten der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte hat unter Bezugnahme auf ihren Feststellungsbescheid beantragt, 22
die Klage abzuweisen. 23

Das beigeladene Klinikum hat beantragt, 24
die Klage abzuweisen. 25

Es hat vorgetragen: Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Umwidmung chirurgischer Betten in unfallchirurgische und auf Gleichbehandlung. In seinem Fall sei vor allem dem Verbot der Parallelvorhaltung von Planbetten durch benachbarte Betriebsstätten eines Krankenhausträgers gem. § 31 Abs. 2 KHG NRW Rechnung getragen worden; nur so habe der Standort S. erhalten werden können; die Klägerin könne auch ohne Ausweisung einer unfallchirurgischen Abteilung unfallchirurgische Leistungen erbringen; die Ausweisung eines Teilgebiets Unfallchirurgie sei in seinem Fall vom Planungsermessen der Behörde gedeckt; die Planungsbehörde habe keine eigentliche Auswahlentscheidung zwischen ihm und dem Krankenhaus der Klägerin treffen müssen. 26

Durch das angefochtene Urteil vom 17. April 2007, auf dessen Entscheidungsgründe Bezug genommen wird, hat das Verwaltungsgericht Minden der Klage stattgegeben. Hiergegen führen die Beklagte und das beigeladene Klinikum - die vom Verwaltungsgericht zugelassene - Berufung. 27

Die Beklagte trägt vor: Bei der Ausweisung von 30 Planbetten für Unfallchirurgie im beigeladenen Klinikum habe es sich nicht um eine Auswahlentscheidung unter Konkurrenten zu Gunsten bzw. zu Lasten der beteiligten Krankenhäuser gehandelt. Die Ausweisung habe lediglich deklaratorische Funktion für tatsächliche Gegebenheiten gehabt und sei für das Krankenhaus der Klägerin entbehrlich gewesen. Dieses könne die angestrebten Leistungen auf Grund bestehender Ausweisung des Fachgebiets Orthopädie ohnehin erbringen und abrechnen. Das sei im Zeitpunkt der Planungsentscheidung des Ministeriums vorhersehbar gewesen. 28

Die Beklagte beantragt, 29
das angefochtene Urteil zu ändern und die Klage abzuweisen. 30

Das beigeladene Klinikum trägt vor: Eine "Entscheidungssituation" im Sinne des § 8 Abs. 2 KHG NRW habe nicht vorgelegen. Die Klägerin habe wie das beigeladene Krankenhaus lediglich begehrt, chirurgische - Planbetten in solche der Unfallchirurgie umzuwidmen. Insoweit habe keine Konkurrenzsituation beider Krankenhäuser vorgelegen. Es habe auch keine "Verteilungssituation" i.S.d. § 8 Abs. 2 KHG NRW vorgelegen, weil keine "neuen Planbetten" zu verteilen gewesen seien, sondern nur deklaratorisch den Vorgaben der Krankenhausplanung zu entsprechen war, indem ein tatsächlich vorhandenes Leistungsangebot planfestgestellt werde. Es bestehe zudem kein Anspruch auf planerische Ausweisung von Betten in Teilgebieten (Schwerpunkten). Nach künftigem Landesrecht würden Schwerpunktfestlegungen ohnehin nicht mehr Inhalt des Krankenhausplans sein. Die Aufnahme in den Krankenhausplan erfolge in zwei Stufen; die Entscheidung der den Plan aufstellenden Behörde determiniere entgegen der Ansicht des Verwaltungsgerichts nicht die Entscheidung der den Plan durch Feststellungsbescheid vollziehenden Behörde. Beide Ebenen seien zu prüfen. Jedenfalls habe die Beklagte mit dem Feststellungsbescheid und zugehörigen Widerspruchsbescheid die Ermessenserwägungen ausreichend begründet. Das angefochtene Urteil lasse als Bescheidungsurteil die Darlegung der Rechtsauffassung des Gerichts vermissen; es sei in Wirklichkeit ein Anfechtungsurteil. 31

Das beigeladene Klinikum beantragt, 32
das angefochtene Urteil zu ändern und die Klage abzuweisen. 33

Die Klägerin beantragt, 34
die Berufungen zurückzuweisen. 35

Sie trägt vor: Sei, wie die Beklagte vortrage, eine Auswahlentscheidung im Sinne des § 8 Abs. 2 KHG NRW nicht erfolgt, liege eine rechtmäßige Auswahlentscheidung ohnehin nicht vor. Auch eine Teilgebietsausweisung neben einer Fachgebietsausweisung im Plan habe Auswirkungen auf die Vergütungsverhandlungen des jeweiligen Krankenhauses mit den Kostenträgern und die Zahl der Anfahrten der Rettungsdienste; die Ausweisung löse auch ggf. eine Förderung aus. Selbst wenn man dem beigeladenen Klinikum folgte, dass ein "Erfordernis" zur Ausweisung von Teilgebieten nicht bestehe, habe sie Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über einen 36

entsprechenden Antrag. Die Erwägung, unfallchirurgische Leistungen dürften schon wegen der Fachgebietsausweisung erbracht werden, sei ermessensfehlerhaft. Unzutreffend sei, dass eine Auswahlentscheidung i.S.d. § 8 Abs. 2 KHG NRW nicht bei einer Umwidmung von Planbetten erforderlich sei. Die Auswahlentscheidung erfasse alle Gebiete und Teilgebiete, auf die sich der Krankenhausplan beziehe.	
Wegen des übrigen Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte des vorliegenden Verfahrens und des Parallelverfahrens 13 A 1572/07 Bezug genommen.	37
II.	38
Der Senat entscheidet über die Berufungen der Beklagten und des beigeladenen Krankenhauses durch Beschluss nach § 130a VwGO, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden. Ihr steht nicht entgegen, dass das beigeladene Klinikum ihr widerspricht und das Verwaltungsgericht - aus seiner Sicht - der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beigemessen hat. Selbst wenn man diese Wertung teile, änderte das an den sich aus den Verwaltungsvorgängen und dem Parteivorbringen ergebenden Grundlagen und dem Zustandekommen der angegriffenen Planungsentscheidung sowie der Richtigkeit des erstinstanzlichen Entscheidungsergebnisses nichts. Die dieses tragenden Erwägungen sind dem beigeladenen Klinikum bekannt und Gegenstand der Berufung. Damit, dass demgegenüber das Berufungsvorbringen nicht durchdringt, muss eine vorinstanzlich unterlegene Partei rechnen. Die Gründe der eine andere Planungsentscheidung betreffenden Beschlüsse des Senats vom 30. Oktober 2007 - 13 A 1570/07 und 13 A 1569/07 - konnten beim beigeladenen Klinikum nicht die Erwartung wecken, auch mit den vorliegenden Berufungen Erfolg zu haben; im Gegenteil ließ die nicht zeitgleiche Berufungsentscheidung im vorliegenden Verfahren eine anders gelagerte rechtliche Wertung erwarten. Ein Gehörsverstoß, insbesondere eine Überraschungsentscheidung liegt daher in der gewählten Verfahrensweise nicht. In der Berufungsinstanz stellen sich im Übrigen allein Rechtsfragen, für deren Beantwortung eine mündliche Verhandlung nach den schriftlichen Ausführungen der Beteiligten keine weitere Klärung erwarten lässt.	39
Die zulässigen Berufungen sind unbegründet.	40
Das Verwaltungsgericht hat der Klage zu Recht stattgegeben.	41
Der Feststellungsbescheid der Beklagten vom 30. Juni 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. März 2006 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Beklagte ist verpflichtet, über das Begehren der Klägerin auf Ausweisung von 40 Betten des Teilgebiets Unfallchirurgie für ihr St. F. -Hospital H. im Landes-Krankenhausplan unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.	42
Die Klägerin, die sich auf eine mögliche Verletzung von auch ihren rechtlichen Interessen dienenden Vorschriften berufen kann und demgemäß klagebefugt ist, hat Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über ihr im Verwaltungsverfahren hinreichend zum Ausdruck gebrachtes Begehren auf Ausweisung von 40 Planbetten der Disziplin Chirurgie als solche der Subdisziplin Unfallchirurgie. Dieses mit der Verpflichtungsklage weiterverfolgte Begehren hat die Beklagte in ermessensfehlerhafter Weise durch den angefochtenen Bescheid sinngemäß abgelehnt.	43
Die Ermessensfehlerhaftigkeit der Ablehnung gründet indessen nicht in einer fehlerhaften Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG. Eine Entscheidung solchen Charakters war nicht zu treffen.	44
Mit dem angefochtenen Feststellungsbescheid hat die Beklagte eine Planungsentscheidung des zuständigen Ministeriums des Landes nach § 16 Abs. 5 KHG NRW nach außen umgesetzt. Der Bescheid bringt ein Internum der Planungsbehörde für die außerhalb der Verwaltung stehenden betroffenen Krankenhäuser bzw. deren Träger und Kostenträger zum förmlichen Abschluss und vermittelt ihm Rechtswirksamkeit; zugleich wird auf diese Weise die Planungsentscheidung für die Betroffenen im Sinne des verfassungsmäßig gewährten effektiven Rechtsschutzes greifbar und überprüfbar gemacht. Als erst in diesem Zeitpunkt rechtswirksame Verwaltungsentscheidung müssen sich die wesentlichen tragenden Erwägungen der Planungsbehörde - Ministerium - den Betroffenen entweder aus dem Feststellungsbescheid selbst oder dem zugehörigen Widerspruchsbescheid oder jedenfalls aus der den Betroffenen bekannten Korrespondenz im Verfahren der Planungsbehörde, beispielsweise der Anhörung der Beteiligten zur geplanten Maßnahme, erschließen. Nur so kann dem Gebot effektiven Rechtsschutzes Rechnung getragen werden. Sind insoweit Defizite gegeben, kann der Mangel im Rechtsstreit nach § 114 Satz 2	45

VwGO durch ergänzendes Vorbringen geheilt werden.

Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 30. Oktober 2007 13 A 1570/07 .

Auf entsprechendes Vorbringen der Klägerin sei hier nur am Rande darauf hingewiesen, dass der nicht normativ vorgesehene Strukturvorschlag der Bezirksregierung an das für die Planung zuständige Ministerium als ein schlichtes Internum im Sinne einer Aufbereitung von Daten, stationärem Versorgungsbedarf und möglicher Bedienung weder für die beteiligten Krankenhäuser Rechte, Anwartschaften oder Vertrauensschutz begründet noch das Ministerium zur Übernahme oder zur Begründung einer Nichtübernahme verpflichtet.

Im vorliegenden Rechtsstreit hat das zuständige Ministerium, nachdem sich die beteiligten Krankenhäuser des Kreises H. und die Kostenträger auf ein regionales Planungskonzept nicht einigen konnten, in eigener Zuständigkeit den Krankenhausplan - hier dessen regionales Planungskonzept - einer dem Bedarf entsprechenden Fortschreibung unterzogen (§§ 13 Abs. 1, 16 Abs. 5 Satz 1 KHG NRW). Die Änderung eines regionalen Planungskonzepts des Krankenhausplans kann sowohl eine Planaufnahme oder Planherausnahme nach Auswahlentscheidung gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG als auch eine bettenzahlmäßige Bedarfsanpassung einer aufgenommenen Abteilung oder eine lediglich deklaratorische Abbildung einer faktischen Gegebenheit bezüglich planaufgenommener Betten ohne eine Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG beinhalten. Letzteres ist evident für den Fall der auslastungsbedingten Absenkung der Zahl planaufgenommener Betten.

Hier hat das Ministerium bei seiner Fortschreibung erkennbar der Forderung nach einer planmäßigen Ausweisung von Betten des - früheren - Teilgebiets Unfallchirurgie in der Weise nachkommen wollen, dass lediglich die tatsächlichen diesbezüglichen Gegebenheiten planmäßig abgebildet werden sollten. Allen Beteiligten der Krankenhausplanung war bekannt, dass für das zuständige Ministerium angesichts des deutlichen Bettenüberhangs im Land und auch im Kreis H. eine Planausweisung unfallchirurgischer Betten nicht durch Neuaufnahme zusätzlicher Betten, sondern nur durch Umwidmung von Planbetten anderer Gebiete oder Teilgebiete, insbesondere bereits faktisch unfallchirurgisch genutzter Planbetten chirurgischer Abteilungen in Betracht kam. Auch die Klägerin, deren chirurgische Leistungen zu 53 % auf die Unfallchirurgie entfallen und deren Hauptabteilung Orthopädie 64 Planbetten aufwies, begehrt nur eine deklaratorische andere Ausweisung von 40 bereits planaufgenommenen Betten. Insoweit stellte die bloße Planbetten-Umwidmung keine für eine an Planbetten anknüpfende Förderung relevante (§ 8 Abs. 1 Satz 1 KHG) Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG) dar.

Vor dem Hintergrund hat das zuständige Ministerium im vorliegenden Rechtsstreit weder eine Auswahlentscheidung, "welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes - in der Unfallchirurgie im Planungsbereich Kreis H. - am besten gerecht wird" (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG) zwischen dem Krankenhaus der Klägerin und dem beigeladenen Klinikum treffen wollen noch getroffen. Gemäß v. g. Vorschrift entscheidet die zuständige Behörde im Fall mehrerer, für die Bedienung eines bestehenden Bettenbedarfs grundsätzlich geeigneter Krankenhäuser, welches Krankenhaus die Bedürfnisse der Krankenhausplanung am besten erfüllt. Eine Bestenauswahl war jedoch vorliegend nicht vorzunehmen, weil beide Krankenhäuser bereits tatsächlich den Bedarf an unfallchirurgischen stationären Leistungen, wenn auch in unterschiedlichem Umfang, bedienten und die stationäre Versorgung in diesem Umfang weiterführen sollten und wollten. Die Klägerin begehrt mit 40 Planbetten nur den Anteil, der ihrem bisherigen Beitrag an der stationären unfallchirurgischen Versorgung entspricht, und zieht die grundsätzliche Qualifikation des beigeladenen Klinikums zur Bedienung des stationären unfallchirurgischen Bedarfs nicht in Zweifel; sie beansprucht vor allem nicht einen auf den Bedienungsanteil des beigeladenen Klinikums entfallenden über 40 hinausgehenden Bettenanteil für sich. Was die Aufgaben des Krankenhausplans angeht, nämlich die Sicherstellung eines gegebenen Bedarfs an Betten zur Erbringung gebiets- oder teilsgebietsbezogener stationärer Leistungen, musste und sollte eine Bestimmung des geeignetsten Krankenhauses weder in qualitativer noch quantitativer Hinsicht erfolgen, weil Änderungen der tatsächlichen bettenmäßigen Gegebenheiten zu Gunsten oder zu Lasten des Krankenhauses der Klägerin oder des beigeladenen Klinikums unterbleiben sollten.

Die Planausweisung einer Unfallchirurgie für ein Krankenhaus durch Reduzierung seiner ausgewiesenen chirurgischen, tatsächlich aber unfallchirurgisch genutzten Planbetten - Davon-Betten - ist daher ihrem Charakter nach keine Bestenauswahl-entscheidung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG, sondern rechtlich lediglich eine deklaratorische Verifizierung der tatsächlichen

Gegebenheiten im Krankenhausplan.

Die Erwägung des Bundesverfassungsgerichts zur Bejahung einer drittschützenden Wirkung des § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG, nämlich die - etwa in der gesicherten Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung mit entsprechenden Einnahmen sichtbare - besondere Grundrechtsbetroffenheit des Planaufnahme begehrenden Krankenhauses, 52

vgl. BVerfG, Beschlüsse vom 14. Januar 2004 - 1 BvR 506/03 -, NVwZ 2004, 718, und vom 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/86 -, BVerfGE 82, 209/224, 53

kann nicht dazu führen, der deklaratorischen Abbildung eines faktischen Zustands im Krankenhausplan gleichwohl den Charakter einer Auswahl- oder Rankingentscheidung zuzusprechen. Denn unabhängig von der deklaratorischen Ausweisung einer Unfallchirurgie ist und kann ein Krankenhaus unfallchirurgische Leistungen in einer chirurgischen Abteilung erbringen und nach dem gegenwärtigen Entgeltsystem bei den Kassen abrechnen. Soweit die Klägerin befürchtet, ohne eigene planausgewiesene Unfallchirurgie, aber bei einer planausgewiesenen Unfallchirurgie im beigeladenen Klinikum die voraussichtlich in der Betriebsstätte S. angesiedelt wird oder bereits ist, damit als Konkurrenz sogar vom Krankenhaus der Klägerin weg in eine andere Stadt rückt und den bisherigen unmittelbaren Wettbewerb sogar entzerren dürfte weniger Patienten zu erhalten, wäre das lediglich ein tatsächlicher und ungewisser Umstand, der für sich allein der deklaratorischen Verifizierung einer tatsächlichen Gegebenheit im Krankenhausplan nicht den Charakter einer Bestenauswahl vermitteln kann. 54

Stellt die im Verwaltungsverfahren und gerichtlichen Verfahren verfolgte Behördenmaßnahme keine Entscheidung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG dar, kann durch deren sinngemäße Versagung durch Feststellungsbescheid kein Recht der Klägerin auf ermessensfehlerfreie Auswahl nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG unter gleichqualifizierten Krankenhäusern verletzt sein. 55

Allerdings war über das Begehren der Klägerin auf Ausweisung von 40 planaufgenommenen (Davon-)Betten Unfallchirurgie nach allgemeinem pflichtgemäßem Ermessen, mithin auf Grund sachbezogener Erwägungen zu entscheiden. 56

Die tragenden Erwägungen des zuständigen Ministeriums für seine Entscheidung, für das St. F. -Hospital H. unfallchirurgische Betten im Wege der Umwidmung planaufgenommener Betten nicht auszuweisen, kann der Senat ebenso wie das Verwaltungsgericht den Verwaltungsvorgängen nicht entnehmen. Es sind entsprechende Erwägungen im vorliegenden Verfahren auch nicht vorgetragen worden. Sie können ferner nicht vom Senat an Stelle der Behörde angestellt werden. Soweit mögliche Erwägungen in den Verwaltungsvorgängen Anklang gefunden haben sollten, vermögen diese die Planungsentscheidung jedenfalls nicht zu tragen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass tragfähige sachliche Erwägungen der Planungsbehörde nicht feststellbar sind. 57

Soweit das Ministerium in der Anhörung der Beteiligten - u. a. der Klägerin - zu seinem Vorschlag bezüglich des St. F. -Hospitals H. anführt "dem einvernehmlich erarbeiteten regionalen Planungskonzept für das Krankenhaus stimme ich zu", ist das fehlerhaft. Zum einen ist ein regionales Planungskonzept nicht zustande gekommen, zum anderen bestand kein Einvernehmen mit der Nichtaufnahme unfallchirurgischer Betten; soweit die Klägerin darauf verzichtet hatte, war das an Bedingungen geknüpft, die nicht vorlagen bzw. nicht eingetreten sind. 58

Insbesondere ist nicht feststellbar, ob und in welchem Umfang das zuständige Ministerium den Gleichbehandlungsgrundsatz beachtet hat, und ggf. aus welchen Gründen eine Gleichbehandlung der um die Ausweisung unfallchirurgischer Betten konkurrierenden Krankenhäuser unterblieben ist. 59

Das Krankenhaus der Klägerin wie das beigeladene Klinikum haben in der Vergangenheit in erheblichem Umfang unfallchirurgische Leistungen über ihre allgemein-chirurgischen Planbetten erbracht und begehren die Planausweisung eines entsprechenden Anteils davon als unfallchirurgische Betten. Insofern befinden sich beide Krankenhäuser in einer grundsätzlich gleichen Situation. Welcher hinreichend gewichtige sachliche Grund dennoch eine Andersbehandlung des Krankenhauses der Klägerin hinsichtlich der Planausweisung von 40 Betten Unfallchirurgie gegenüber dem beigeladenen Klinikum rechtfertigt, ist offen. Dem Senat ist ein solcher Grund, der zwingend eine Ungleichbehandlung geböte, nicht ersichtlich. 60

Kein sachlicher Gesichtspunkt für eine Ungleichbehandlung ist der Einwand des beigeladenen Klinikums, das St. F. -Hospital H. könne auch bei nach wie vor nur ausgewiesener 61

Chirurgie und Orthopädie unfallchirurgische Leistungen erbringen, solche würden ebenfalls von den Kostenträgern entgolten. Denn dies lässt bereits die tatsächliche Auswirkung der Ausweisung einer Abteilung Unfallchirurgie auf die Auswahl des Krankenhauses als Behandlungsstätte durch den Patienten oder den Notfalldienst oder den Kostenträger außer Betracht. Ob neben diesen den Wettbewerb und das Einkommen eines Krankenhauses berührenden Umständen mit einer solchen Planaufnahme auch erhöhte Fördermittel oder eine günstigere Verhandlungsposition mit den Kassen verbunden sein können, mag offen bleiben.

Kein sachlicher Grund für eine Ungleichbehandlung ist der Umstand, dass die für das beigeladene Klinikum planfestgestellte Unfallchirurgie voraussichtlich in der Betriebsstätte S. untergebracht werden soll. Dass mit einer dortigen Unfallchirurgie und einer Allgemein-Chirurgie in der Betriebsstätte H. eine Kollision mit § 33 Abs. 2 KHG NRW vermieden wird, schließt eine Unfallchirurgie auch für das St. F. -Hospital H. nicht aus. Ferner ist die Krankenhausplanung grundsätzlich kein Instrumentarium der Wettbewerbssteuerung oder des Konkurrentenschutzes - hier etwa zu Gunsten des beigeladenen Klinikums, ggf. seiner Betriebsstätte S. -. Das schließt indes andererseits nicht aus, den Gesichtspunkt der Nutzung öffentlicher Ressourcen, die in bestehenden Krankenhausanlagen enthalten sind, als sachliche Erwägung für die Zuteilung von Planbetten an einem bestimmten Standort einzubringen. Dass, wie die Klägerin befürchtet, der Wunsch nach Stärkung kommunal getragener Krankenhäuser kein sachlicher Grund für Ungleichbehandlung ist, bedarf keiner weiteren Ausführungen.

62

Der Senat ist folglich gehindert, über die Sache abschließend zu entscheiden; die Sache ist nicht spruchreif. Die Erwägungen für oder gegen eine Gleichbehandlung des Krankenhauses der Klägerin sowie ggf. für die Ausweisung der beantragten oder einer niedrigeren Zahl unfallchirurgischer Betten sowie die ggf. mit Bettenkürzungen zu belegenden anderen Disziplinen - in der Allgemein-Chirurgie wegen der strittigen Davon-Betten und in der Orthopädie wegen der in innerem Zusammenhang mit der Nichtausweisung einer Unfallchirurgie stehenden erhöhten Bettenzahl - kann der Senat nicht an Stelle der Planungsbehörde anstellen. Die Beklagte ist daher antragsgemäß zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verpflichten.

63

Bei dieser Entscheidung wird die Planungsbehörde zwar - wie bisher alle Beteiligten - von einem Bedarf von 70 Planbetten in der Unfallchirurgie ausgehen können; sie kann aber auch zunächst einen aktuell niedrigeren Bedarf zu Grunde legen und eine künftige Zeit der Beobachtung des Bedarfs annehmen oder eine dezidierte Bedarfsermittlung vornehmen.

64

Bei der Verteilung der als Bedarf angesetzten Bettenzahl wird sie davon ausgehen können, dass bisher für die stationäre Versorgung in der Unfallchirurgie im Planungsgebiet Kreis H. zwei Krankenhäuser bereit stehen und bei der bisherigen Bedarfsannahme sowie der vom St. F. -Hospital H. begehrten Versorgungsbeteiligung neben diesem noch ein weiteres Haus, nämlich das beigeladene Klinikum zur Bereitstellung des Bettenbedarfs einzubeziehen ist. Die Planungsbehörde wird auch berücksichtigen können, dass sich die Betriebsstätte S. des beigeladenen Klinikums als Standort einer Abteilung Unfallchirurgie anbietet, weil der dort vorhandene sächliche Bestand - sonst ggf. fehlinvestierte -

65

Vgl. hierzu BVerfG, Beschluss vom 14. Januar 2004 - 1 BvR 506/03 -, a.a.O.

66

öffentliche Ressourcen verkörpert, auch personelle Gegebenheiten im Versorgungs- und Pflegebereich nutzbar sind sowie sozio-kulturelle Bedürfnisse der Bevölkerung ausgleichend angemessen eingebracht werden dürfen, während Gegebenheiten der Einlieferung von Notfallpatienten umgestaltbar und nicht ausschlaggebend sind. Die Planungsbehörde wird andererseits nicht übersehen können, dass auch das Krankenhaus der Klägerin schon lange faktisch - soweit ersichtlich - beanstandungsfrei und leistungsgerecht Unfallchirurgie betreibt und eine entsprechende Ausweisung begehrt. Soweit ein Beteiligter des Verfahrens des gescheiterten Regionalen Planungskonzepts für die Ausweisung einer Unfallchirurgie allein das Krankenhaus der Klägerin favorisiert hat, ist das ohnehin für die Planungsbehörde nicht bindend und trägt das den Besonderheiten und Problematiken der Planungsregion wie auch einer Entkrampfung der Wettbewerbssituation in der Unfallchirurgie in H. nicht genügend Rechnung.

67

Allerdings können die Zusammenführung der Disziplinen Orthopädie und Unfallchirurgie zu einer Fach- und Schwerpunktkompetenz gemäß dem - nach Planungsgrundsatz 3. des Krankenhausplans Teil 1 Nr. 3.3 heranzuziehenden - aktuellen Weiterbildungsrecht der Ärztekammer Westfalen-Lippe und die zu erwartende Gesamtstruktur des Gebiets Chirurgie des Krankenhauses der Klägerin und die Bettenzahlen der zugehörigen Abteilungen Anlass geben,

68

bei der Neubescheidung die Gesamtstruktur einschließlich Bettenzahlen der Abteilungen einer umfassenden, d. h. auch Richtgrößen einschließenden Betrachtung zu unterziehen und ggf. im Wege der Fortschreibung anzupassen.

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 154 Abs. 2, 159, 162 Abs. 3 VwGO. Die vorläufige Vollstreckbarkeit der Kostenentscheidung beruht auf §§ 708 Nr. 10, 711, 713 ZPO, § 167 VwGO. 69

Die Revision ist mangels eines Zulassungsgrundes nach § 132 Abs. 2 VwGO nicht zuzulassen. 70

Die Streitwertfestsetzung beruht auf §§ 52 Abs. 1, 47 Abs. 1 GKG und berücksichtigt entsprechend der Senatsrechtsprechung das erste Bett mit 5.000,- EUR und die folgenden 39 Betten mit jeweils 500,- EUR sowie das nur streitgegenständliche Neubescheidungsbegehren. 71

Streitwert : 1. Bett 5000.- €
39 Betten 500.- €

Beschiedungsgründe 1/2 Ansatz

Datum: 13.05.2008
Gericht: Sozialgericht Gelsenkirchen
Spruchkörper: 28. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 28 (24) KR 6/07

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor: die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 5227,02 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über den jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.03.2007 zu zahlen, d. h. eine Abrechnung der DRG I 44 B unter Berücksichtigung der bereits abgerechneten DRG I 69 Z vorzunehmen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin und die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 5.227,02 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch auf Übernahme von Krankenhausbehandlungskosten für die Operation einer Kniegelenks-Totalendoprothese (Knie-TEP) nebst Zinsen.

Die klagende Gesellschaft ist Trägerin des in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommenen E. Krankenhauses C. mit einer laut letztem Feststellungsbescheid vom 15.03.2005 ausgewiesenen Abteilung für das Gebiet Chirurgie im Umfang von 73 Planbetten, die auf das ausgewiesene Teilgebiet Chirurgie (Allgemein) entfallen. Weitere chirurgische Teilgebiete sind nicht ausgewiesen, ebenfalls nicht das Gebiet Orthopädie. Knie-TEP werden im e. Krankenhaus C-R seit 2006 durchgeführt. Im Jahr 2006 wurden 12, im Jahr 2007 bis 26.07.2007 32 und im gesamten Jahr 2007 über 50 Operationen erbracht. Im Bereich der Knieversorgung wurden zuletzt 320 wenig komplexe Eingriffe am Kniegelenk (DRG I 18A / I 18B), 139 komplexe Eingriffe am Kniegelenk (DRG I 30Z), 129 Arthroskopien einschließlich Diopsien oder anderen Eingriffen am Knie (DRG I 24Z) ausgeführt. Darüber hinaus werden auch Operationen am Hüftgelenk einschließlich Endoprothetik, Schultergelenk, Fuß und Wirbelsäule durchgeführt. Die Abteilung für Chirurgie steht u. a. unter der Leitung des dort seit dem 01.10.2004 tätigen Dr. W., Facharzt für Chirurgie, Unfall- und Viszeralchirurgie. Die Abteilung wird durch den weiteren Chefarzt Dr. Sch., Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie geleitet, zum Team des Dr. W. gehören die weiteren Fachärzte Dr. W., Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie (Professurthema: Knieprothetik), Frau Dr. T., Oberärztin, Fachärztin für Chirurgie, Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie und Orthopädie, Herr M., Oberarzt, Facharzt für Chirurgie, Herr K., Oberarzt, Facharzt für Chirurgie, Frau H. Fachärztin für Chirurgie, Herr H., Facharzt für Chirurgie, Herr Dr. R.I, Facharzt für Orthopädie und Herr Dr. T., Facharzt für Orthopädie, spezielle Orthopädie, Chirurgie und Chirotherapie.

Die streitige Kniegelenks-Totalendoprothese wurde bei der bei der Beklagten versicherten C., geb. 28.12.1954, wohnhaft B. im Hause der Klägerin am 29.01.2007 durchgeführt. Der stationäre Aufenthalt dauerte bis zum 12.02.2007. Die Notwendigkeit der Implantation einer Knie-TEP ist unstreitig. Nach Entlassung der Patientin übersandte die Klägerin mit Datum vom 19.02.2007 die Endabrechnung in Höhe von 7458,69 EUR an die Beklagte für die DRG I 44B (Kniegelenk-Totalendoprothese). Mit Schreiben vom 03.05.2007 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass eine Begleichung der Rechnung nicht möglich sei, da das Krankenhaus die gem. Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses für Knie-TEP festgelegte Mindestmenge nicht erfülle. Am 13.08.2007 überwies sie einen unstrittigen Betrag von 2231,67 EUR für die DRG I 69Z (Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien), die sich ergibt, wenn bei der Kodierung der Operationsschlüssel 5-822.12 (Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk) nicht

1

2

3

4

berücksichtigt wird.

Mit der am 21.03.2007 eingegangenen Klage macht die Klägerin weiterhin eine Abrechnung nach der DRG I 44B (Kniegelenk-TEP) geltend. Zur Begründung trägt sie vor, im Rahmen der im Krankenhausplan ausgewiesenen Chirurgie dürfe das Krankenhaus unter Berücksichtigung der landesrechtlichen ärztlichen Weiterbildungsordnung Knie-TEP s operieren. Keineswegs sei für die Erbringung von Knie-TEP s die Ausweisung einer Orthopädie oder Unfallchirurgie erforderlich. Weder der Feststellungsbescheid, noch der Krankenhausplan NRW trafen eine Aussagen darüber, welche Leistungen im Rahmen der zu Gunsten der Klägerin ausgewiesenen Chirurgie erbracht bzw. nicht erbracht werden dürfen. Knie-TEP s dürften entgegen der Auffassung der Beklagten im Rahmen einer ausgewiesenen Hauptfachabteilung Chirurgie erbracht werden, da sie zum chirurgischen Versorgungsauftrag des Krankenhaus gehörten. Aufschlussreich sei insoweit die im gültigen Krankenhausplan enthaltene Diagnosestatistik 1997 mit zu den häufigsten Diagnosen in den Fachgebieten Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie. Danach gehörten innere Kniegelenksschädigungen zu den häufigsten Diagnosen im Fachgebiet Chirurgie. Gleiches gelte allerdings auch für die Fachabteilung Unfallchirurgie. Genannt seien dort zudem Osteoarthrosen und entsprechende Affektionen. Osteoarthrose und innere Kniegelenksschädigung zählten allerdings ebenso zu den häufigsten Diagnosen in den ausgewiesenen Hauptfachabteilungen Orthopädie. Die Diagnosestatistik als Bestandteil des derzeit gültigen Krankenhausplanes belege daher, dass es keine klare Zuordnung operativ zu behandelnder Gelenkserkrankungen gebe. Diese würden zwar hauptsächlich von orthopädischen und unfallchirurgischen Abteilungen erbracht, gehörten allerdings auch zu den häufigsten Diagnosen im Bereich der allgemein Chirurgie. Auch der derzeit gültigen ärztlichen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 09.04.2005 sei nicht zu entnehmen, dass es sich bei Knie-TEP s um fachgebietsfremde Leistungen im Bereich der Chirurgie handelt. Obwohl man nach der neuen ärztlichen Weiterbildungsordnung Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem Fachgebiet zusammen geführt habe, gehörten zum Weiterbildungsinhalt der Allgemeinchirurgie operative Eingriffe am Stütz- und Bewegungssystem. "Dies sei auch Weiterbildungsinhalt" des Fachgebiets Orthopädie und Unfallchirurgie (operative und konservative Behandlung von Funktionsstörungen und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsorganes). Die Durchführung von Knie-TEP s liege daher im Versorgungsauftrag der Klägerin. Auch aus einem Runderlass des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW vom 31.03.1999 zum Umfang von Versorgungsaufträgen der Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausplanung ergebe sich, dass Versorgungsaufträge nicht im Detail definiert werden und bei Überschneidungen in den Leistungsbereichen verschiedener Fachgebiete/ Schwerpunkte lediglich das jeweilige Leistungsgeschehen nicht dominieren dürfe. Ferner werde darin ausgeführt, dass die Budgetvereinbarungen auch zu genehmigen seien, wenn sich z. B. Leistungen der Fachgebiete Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie überschneiden. Das Ministerium als zuständige Krankenhausplanungsbehörde in NRW bestätige damit, dass Leistungen auch ohne Ausweisung eines Schwerpunktes erbracht werden dürften, sogar Leistungen eines anderen - nicht explizit ausgewiesenen - Fachgebiets. Allein eine überwiegende Tätigkeit in einem angrenzenden Gebiet würde den Versorgungsauftrag des Krankenhauses überschreiten. Mit der Erbringung von Knie-TEP s werde das übrige Leistungsgeschehen in der Chirurgie des klägerischen Krankenhauses jedoch nicht dominiert, so dass die Klägerin die streitgegenständliche Knie-TEP erbringen und abrechnen dürfe. Berufrechtliche Einwände gegen die Erbringung von Knie-TEP s in der Chirurgie des klägerischen Krankenhauses bestünden nicht, da die zuständigen Ärzte über die entsprechenden Qualifikationen verfügten. Knie-TEP s stellten für sie keine fachgebietsfremde Leistung dar. Auch eine Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW vom 09.05.2007 an die AOK Rheinland/Hamburg, wonach eine Knie-TEP nicht zum Versorgungsauftrag einer allgemein-chirurgischen Fachabteilung gehöre, könne keineswegs rechtsverbindlich den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses konkretisieren. Es handele sich "nur" um Rechtsauffassungen zum Versorgungsauftrag eines bestimmten Krankenhauses. Dass die Auffassung des Ministeriums zum Umfang eines Versorgungsauftrages keineswegs zwingend sein müsse, belege die Entscheidung des Verwaltungsgerichts Minden vom 05.12.2005 (Az.: 3 K 3627/02). Schließlich beruft sich die Klägerin auf eine im Verlauf des Verfahrens am 08.01.2008 ergangene Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes NRW (Az.: 13 A 1571/07). Darin führe das OVG aus, unabhängig von der deklaratorischen Ausweisung einer Unfallchirurgie könne ein Krankenhaus unfallchirurgische Leistungen in einer chirurgischen Abteilung erbringen und nach dem gegenwärtigen Entgeltsystem bei den Kassen abrechnen". Wenn die Beklagte darauf

abstelle, die Klägerin müsse über eine entsprechende Teilgebietsausweisung im Krankenhausplan verfügen, so sei darauf hinzuweisen, dass die Teilgebietsplanung mit Inkrafttreten des Krankenhaus-gestaltungsgesetzes NRW vom 11.12.2007 entfallen sei. Auf Grundlage des nunmehr geltenden Krankenhausgestaltungsgesetzes und des zukünftigen neuen Krankenhausplanes sei die von der Beklagten geforderte Teilgebietsausweisung nicht mehr möglich.

Soweit die Beklagte ihre Ablehnung der Bezahlung der Rechnung auf die Mindestmengenvereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses stütze, sei dies unter zwei Gesichtspunkten unbeachtlich. Zum einen sei die Mindestmengenregelung in § 137 Abs. 1 Satz 3 NR. 3, Satz 4 und 5 SGB V, die Grundlage für die Mindestmengenvereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses sei, sowohl wegen des bundesgesetzlichen Eingriffes in die Planungshoheit der Länder verfassungswidrig, zum anderen beschränke sie die grundgesetzlich geschützte Berufsfreiheit der Krankenhäuser gem. Artikel 12 Abs.1 Grundgesetz (so auch Schimmelpfeng-Schütte, Vorsitzende Richterin am LSG Niedersachsen-Bremen, "Rechtliche Bewertung der Festlegung von Mindestmengen" in Arzt und Krankenhaus 2006, S. 230 ff.). Zum anderen ergebe sich aus § 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V und der sinngemäß gleichen Regelung in § 5 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.03.2006, dass auch nach 2004 bzw. nach Inkrafttreten der jeweiligen Mindestmenge, Krankenhäuser zu Lasten der Kostenträger Knie-TEP s erbringen dürfen, wenn oder soweit festgestellt werden kann, dass die erforderliche Mindestmenge innerhalb eines Jahres voraussichtlich erreicht wird. Unter Bezugnahme auf einen Beschluss des Sozialgerichts Münster vom 31.08.2006 (S 11 KR 162/06 ER) komme es nicht darauf an, ob ein Krankenhaus die Übergangsregelung für das Jahr 2006 die lautet: "Krankenhäuser, die im Jahr 2005 zwischen 40 und 49 Knie-TEP erbracht haben und im Bundesverfahren der externen stationären Qualitätssicherung des Jahres 2004 Kriterien guter Qualität erfüllen, erhalten eine Karrenzzeit von einem Jahr" erfüllt. Nach Auffassung des Sozialgerichtes könne diese Regeleung nicht dahingehend ausgelegt werden, dass bei Nichterfüllung der Voraussetzungen ab dem 01.01.2006 entsprechende Ansprüche ausgeschlossen sind. Anderenfalls wäre diese Regelung jedenfalls unwirksam, da sie durch die Ermächtigungsnorm des § 137 Abs. 1 Nr. 4 SGB V nicht gedeckt werde. Folgen des Nichterreichens von Mindestmengen seien eindeutig geregelt in § 137 Abs. 1 Nr. 4 SGB V. Der gemeinsame Bundesausschuss sei nur befugt, Mindestmengen festzusetzen, nicht aber eine eigenständige Regelung zu treffen bezüglich der Rechtsfolgen der Nichterreichung dieser Mengen. Es reiche daher aus, wenn die Klägerin im Verlauf der Jahre 2006/2007 die Mindestmenge von 50 Knie-TEP-Operationen erbringe, wie dies letztlich auch der Fall gewesen sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 5227,02 EUR mit 2 Prozentpunkten Zinsen über den jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.03.2007 zu zahlen, d. h. eine Abrechnung der in der Endabrechnung vom 19.02.2007 zu Grunde gelegten DRG I 44 B unter Berücksichtigung der bereits abgerechneten DRG I 69 Z vorzu nehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte weist darauf hin, dass sich die Klägerin erstmals mit Schreiben vom 14.08.2006 an die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe wandte und gem. § 137 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V um die Gewährung eines Übergangszeitraumes von 24 Monaten bat, um die Mindestmengen der Knie-Totalendoprothesen erbringen zu können. Mit Schreiben vom 14.09.2006 habe die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe der Klägerin mitgeteilt, dass nach dem Krankenhausplan NRW die Klägerin weder über eine ausgewiesene Unfallchirurgie, noch über eine Orthopädie verfüge, so dass das Implantieren von Knie-TEP s nicht zum Versorgungsauftrag der Klägerin gehöre und nur auf die Versorgung von Notfällen beschränkt sei. Einen Übergangszeitraum für die Ausweitung der Leistungen sei im Hinblick auf den Versorgungsvertrag nicht zugestimmt worden. Ergänzend sei darauf hingewiesen worden, dass die Übergangsfrist für den Ausnahmetatbestand der personellen Neuausrichtung mit dem Tag der Tätigkeitsaufnahme des neu eingestellten Arztes beginnen würde, so dass bei der Klägerin die Übergangsfrist auf Grund der Tätigkeitsaufnahme des Unfallchirurgen Dr. W. zum 01.10.2004 bereits am 01.10.2006 beendet gewesen sei. Auch habe die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen der Klägerin in einem weiteren Schreiben vom 06.11.2006 mitgeteilt, dass die interne Schwerpunktbildung im Bereich der

Unfallchirurgie bei der Klägerin nicht zu einer Ausweitung des Versorgungsauftrages der Fachabteilung Allgemeinchirurgie führen könne, da für den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses allein die ausgewiesene Fachabteilungsstruktur im Krankenhausplan maßgeblich sei. Ein Zahlungsanspruch auf die geltend gemachte Forderung bestehe nicht, da die Klägerin gem. § 8 Abs. 1 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz die Entgelte für die Knie-TEP s nicht berechnen durfte, weil diese Leistung nicht zum Versorgungsauftrag gehöre und es sich auch um keinen Notfall handle. In diesem Zusammenhang komme es nicht darauf an, welchen internen Schwerpunkt die Klägerin in der Fachabteilung Allgemeinchirurgie durch die personelle Besetzung vorgenommen habe, sondern entscheidend für den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses sei vielmehr die im Feststellungsbescheid ausgewiesene Fachabteilungsstruktur. Nach dem Feststellungsbescheid halte des E. C. eine Allgemeinchirurgie, jedoch ohne ausgewiesenes Teilgebiet Unfallchirurgie vor. Eine orthopädische Abteilung werde ebenfalls nicht vorgehalten. In diesem Zusammenhang verweist die Beklagte auf das Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW vom 09.05.2007 an die AOK Rheinland/Hamburg, in dem das Ministerium äußerte, dass eine Knie-TEP nicht zum Versorgungsauftrag einer allgemein chirurgischen Fachabteilung gehört. Der Krankenhausplan orientiere sich an der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Danach seien Implantationen von Kniegelenk-Endoprothesen eindeutig dem Inhalt der Weiterbildung im Schwerpunkt der Orthopädie/Unfallchirurgie zugewiesen. Sofern die Klägerin zukünftig Knie-TEP s durchführen und auch abrechnen möchte, habe diese in einem regionalen Planungsverfahren eine Unfallchirurgie für sich durchzusetzen und einzurichten. Hinsichtlich der von der Klägerseite zitierten Rechtssprechung des Sozialgerichts Münster weist die Beklagte darauf hin, dass es sich um eine Eilentscheidung handelte, die im Ergebnis nicht dem beantragten Zahlungsanspruch folgte. Hinsichtlich der Frage der Verfassungswidrigkeit der Einführung der Knie-TEP-Mindestmengenvereinbarung sei zu beachten, dass nach Satz 5 des § 137 Abs. 1 SGB V die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Leistungen bestimmen könne, bei denen eine flächen-deckende Versorgung gefährdet ist und deswegen auf Antrag eines Krankenhauses Ausnahmen gemacht werden könnten, so dass die Planungshoheit des Landes gewahrt sei.	12
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.	13
Entscheidungsgründe:	14
Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Es handelt sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt.	15
In der Sache ist die Klage begründet. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruches ist § 109 Abs. 4 Satz 3 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. d. Sicherstellungsvertrag gem. § 112 Abs. 2 SGB V zwischen der Nordrhein-Westfälischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen. Gem. § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet, korrespondierend mit dem Anspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse auf Krankenhausbehandlung gem. § 39 Abs. 2 Satz 1 SGB V, die diese gem. § 108 SGB V nur in einem zugelassenen Krankenhaus erbringen darf. Dabei entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (ständige Rechtssprechung des Bundessozialgerichts, u. a. B 3 KR 33/04 R, B 3 KR 11/04 R, B 3 KR 40/04 R).	16
Zu den zugelassenen Krankenhäusern gehören neben Hochschulkliniken und den Krankenhäusern, die einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, vor allem die Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, die sogenannten Plankrankenhäuser. Das E. in C.I ist in den Krankenhausplan des Landes NRW aufgenommen mit der unmittelbaren Rechtsfolge der Zulassung des Krankenhauses zur gesetzlichen Krankenversicherung. Der Anspruch der Versicherten C. auf stationäre Krankenhausbehandlung und die medizinische Notwendigkeit der Durchführung einer Knie-TEP waren unstreitig gegeben. Ein Vergütungsanspruch besteht jedoch nur für Behandlungen, die dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechen. Über dessen Rahmen hinaus ist das Krankenhaus nach § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V nicht zu einer Krankenhausbehandlung verpflichtet und können Versicherte nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V Leistungen in einem Krankenhaus nicht beanspruchen. Beide	17

Vorschriften knüpfen daran an, dass die mit der Zulassung eines Krankenhauses nach § 108 SGB V erlangte Befugnis zur Teilnahme an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter erst durch den Versorgungsauftrag im Einzelnen konkretisiert und zugleich begrenzt wird. Diese Wirkungen kommen auch in § 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zum Ausdruck, wonach jedes Krankenhaus ausreichende, über einen Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung haben muss. Ebenso wird bei der Krankenhausfinanzierung auf die durch den Versorgungsauftrag im Einzelnen festgelegten Versorgungsaufgaben des Krankenhauses abgestellt. Außerhalb des Versorgungsauftrages kann ein Krankenhaus danach selbst dann keine Vergütung für erbrachte Leistung beanspruchen, wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß gewesen ist.	18
Versorgungsverträge bestehen Einzelfallbezogen für jedes Krankenhaus und sind nicht generell festgelegt. Weder dem SGB V noch den Vorschriften über die Krankenhausfinanzierung ist ein allgemeiner und abschließender Katalog möglicher Versorgungsaufträge für die an der Versorgung der Versicherten beteiligten Krankenhäuser zu entnehmen. Dies wäre auch unvereinbar mit dem Regelungszweck der Vorschriften über die Zulassung zur Krankenversorgung. Diese sind von dem Ziel geleitet, die begrenzten finanziellen Mittel zur Krankenhausfinanzierung und zur Gewährung der laufenden Versorgung sparsam einzusetzen, was bei Überkapazitäten gefährdet wäre. Deshalb ist der Anspruch auf Beteiligung an der Versorgung bedarfsgebunden. Die Zulassung ist daher abhängig von dem konkreten Versorgungsbedarf im Einzugsbereich des an der Teilnahme interessierten Krankenhauses, nach dem bezogen im Zulassungsfall ein konkreter Versorgungsauftrag festzulegen ist. Gleichzeitig ist der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser Rechnung zu tragen, die durch das Krankenhausgesetz (KHG) geregelt ist. Zweck des KHG ist die Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozialtragbaren Pflegesätzen. Nach § 6 Abs. 1 KHG haben die Länder zur Verwirklichung dieser Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen. Es ist ausdrücklich Sache der Länder, den Bedarf an Krankenhäusern durch die Aufstellung von Krankenhausplänen zu sichern. Mit den Krankenhausplänen stellen die Länder die Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit eines Krankenhauses fest (§ 6 Abs. 1 i. V. m. § 1 KHG).	19
Angesichts der Planungshoheit der Länder ist hervorzuheben, dass sich der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ausschließlich aus planungsrechtlichen Kriterien ergeben kann, d. h. für Plankrankenhäuser sind primär der Krankenhausplan i. V. m. den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie sekundär ggf. ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V beachtlich, in diesem Lichte sind auch ggf. erforderliche Auslegungen vorzunehmen.	20
Das E. C. ist im Krankenhausplan NRW mit einer Abteilung für Chirurgie mit dem Teilgebiet Chirurgie (Allgemein) im Umfang von 73 Planbetten ausgewiesen. Der Feststellungsbescheid selbst trifft keine Aussage darüber, welche Leistungen im Rahmen der zu Gunsten der Klägerin ausgewiesenen Chirurgie erbracht, bzw. nicht erbracht werden dürfen. Auch der Krankenhausplan NRW enthält dazu keine Aussage. Aufschlussreich ist insoweit die darin enthaltene, von der Klägerin aufgezeigte, Diagnosestatistik, die jedoch keine klare Zuordnung operativ zu behandelnder Gelenkserkrankungen ermöglicht.	21
Zur Definition des ausgewiesenen Fachgebietes Chirurgie kann daher nur auf die Definitionen der ärztlichen Weiterbildungsordnung zurückgegriffen werden.	22
Derzeit gültig ist die ärztliche Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 09.04.2005. Durch diese wurde erstmals eine Zusammenführung der Bereiche Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem Fachgebiet vorgenommen. Nach der dazugehörigen Richtlinie sind nunmehr im neuen Bereich Unfallchirurgie/Orthopädie ausdrücklich als Untersuchungs- und Behandlungsmethoden u. a. operative Eingriffe am Kniegelenk u. a. Osteotomien, Endoprothesen nebst einer Richtzahl 10 vorgesehen, ebenso Endoprothesen mit einer Richtzahl 10 im Bereich der Hüftgelenke, sowohl bei Frakturen als auch bei Coxarthrose. Demgegenüber sind im Bereich Allgemeine Chirurgie operative Eingriffe am Stütz- und Bewegungssystem, z. B. Osteosynthesen, Implantatentfernung, Exostosenabtragung, Amputationen umschrieben mit der Richtzahl 100.	23
Zum einen ist damit die Zurordnung weiterhin nicht eindeutig, denn Knie-TEP könnten durchaus auch unter die allgemeinere Definition der Weiterbildungsinhalte im Bereich der Allgemeinen Chirurgie fallen. Zum anderen kann zur Ermittlung des planerischen Willens nur die zum Zeitpunkt des Erlasses des Planungsaktes, d. h. zum Zeitpunkt der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan und zum Zeitpunkt fortgeltender Feststellungsbescheide	

gültige Weiterbildungsordnung maßgeblich sein, in der die nun geltende Zuordnung der Unfallchirurgie zur Orthopädie nicht vorgesehen war. Vielmehr war nach der Weiterbildungsordnung vom 30.01.1993, Stand 11.04.2003 die Unfallchirurgie als ein möglicher Schwerpunkt der Chirurgie zugeordnet. Diesbezüglich waren im Rahmen der Weiterbildung 80 Eingriffe bei Verletzung von Gelenken einschließlich des Gelenkersatzes vorgesehen, ebenso im Bereich der Orthopädie 95 Eingriffe an Gelenken einschließlich Endoprothesen. Nur diese zum Zeitpunkt des letzten Feststellungsbescheides geltende Weiterbildungsordnung kann als Auslegungskriterium für den Inhalt des Feststellungsbescheides herangezogen werden. Alles andere würde jedenfalls der Planungshoheit der Länder den Boden entziehen und ad absurdum führen. Es liegt allein in der Zuständigkeit des Landes auch planerisch eine Umsetzung von Veränderungen z. B. der Weiterbildungsordnung umzusetzen und eindeutige Vorgaben für die Zuordnung zu treffen, so wie dies z. B. für die Epilepsiechirurgie im nordrhein-westfälischen Krankenhausplan erfolgte. Jedenfalls ist es nicht Aufgabe der Krankenkassen über Budgetverhandlungen bzw. die Nichtvereinbarung bestimmter DRG und damit die Verweigerung der Vergütung eine Umdeutung von Versorgungsaufträgen unter Umgehung der Planungshoheit des Landes durchzusetzen. Jedenfalls war die Unfallchirurgie mit der ausdrücklichen Aufführung des Gelenkersatzes bis 2005 Schwerpunkt im Bereich der Chirurgie.	24
Eine eindeutige Zuordnung der Kniegelenkstotalendoprothesen ist folglich auch unter Zugrundelegung der Weiterbildungsordnung nicht möglich, so dass nur auf die tatsächlichen Verhältnisse abgestellt werden kann unter Berücksichtigung der eingesetzten personellen Fachkompetenz und Art und Anteil der durchgeführten Behandlungen.	25
Nach den von der Klägerin hierzu gemachten Angaben hinsichtlich der Häufigkeit der durchgeführten Operationen insbesondere im Bereich des Kniegelenkes verschiedener Art, ebenso der Hüftgelenke einschließlich der Endoprothetik, sowie in Ansehung der fachärztlichen Qualifikation der in der chirurgischen Abteilung tätigen Ärzte, ist davon auszugehen, dass in dieser Abteilung seit Jahren zu einem großen Anteil tatsächlich unfallchirurgisch gearbeitet wurde. Die von der Beklagten geforderte Planausweisung einer Unfallchirurgie für das klägerische Krankenhaus würde jedoch nach der Entscheidung des OVG für das Land NRW vom 08.01.2008, Az.: 13 A 1571/07 nur eine deklaratorische Verifizierung der tatsächlichen Gegebenheiten im Krankenhausplan ohne Drittwirkung bedeuten. So führt das OVG ausdrücklich aus, dass unabhängig von der deklaratorischen Ausweisung einer Unfallchirurgie ein Krankenhaus unfallchirurgische Leistungen in einer chirurgischen Abteilung erbringen und nach dem gegenwärtigen Entgeltsystem bei den Kassen abrechnen kann.	26
Diesem Ergebnis entspricht, dass laut Runderlass des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW vom 31.03.1999 zum Umfang von Versorgungsaufträgen der Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausplanung, dass Versorgungsaufträge nicht im Detail definiert werden und bei Überschneidungen in den Leistungsbereichen verschiedener Fachgebiete/Schwerpunkte nicht in der jeweiligen nach dem Feststellungsbescheid ausgewiesenen Abteilung dominieren dürfen. Dies ist nach den unbestrittenen Angaben der Klägerin nicht der Fall. Vielmehr soll in Zukunft nach einem von der Klägerin übergebenen Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 21.01.2008 an die Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung eine Detailplanung überhaupt aufgegeben werden und eine Ausweisung von Teilgebieten entfallen.	27
Nach allem ist für die Kammer im Krankenhausplan im Zusammenhang mit den zu seiner Durchführung erlassenen Feststellungsbescheiden erteilte Versorgungsauftrag durch die 2005 in Kraft getretene ärztliche Weiterbildungsordnung nicht eingeschränkt worden oder neu definiert. Folglich liegen Knie-TEP-Operationen im Rahmen des Versorgungsauftrages der chirurgischen Abteilung des E. C.	28
Dem Anspruch auf Vergütung der DRG I 44b steht auch nicht die Mindestmengenregelung des § 137 Abs. 1 SGB V entgegen. Nach der Anlage 2 betreffend allgemeiner Ausnahmetatbestände gem. § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V zu der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenvereinbarung) vom 20.12.2005 ist in der Nr. 3 beim Aufbau neuer Leistungsbereiche ein Übergangszeitraum von 36 Monaten vorgesehen zur Erfüllung der Mindestmengen. Da das klägerische Krankenhaus in 2006 erste Knie-TEP durchführte und in 2007 bereits die für Knie-TEP durch den gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Mindestmenge von 50 überschritt, hat sie den einzuräumenden Übergangszeitraum bei weitem nicht ausgeschöpft. Mit der Durchführung von Knie-TEP handelt es sich um einen "neuen	29

Leistungsbereich" innerhalb des Versorgungsauftrages des klägerischen Krankenhauses, der allein schon durch die Aufnahme in die Mindestmengenvereinbarung neu definiert und von dem übrigen Leistungsgeschehen der Abteilung abgegrenzt ist. Der Aufbau neuer, unter die Mindestmengenregelung und die dazu getroffenen Vereinbarungen fallender Leistungsbereiche muss weiterhin möglich sein, die getroffenen Regelungen und Ausnahmetatbestände sind in diesem Sinne auszulegen und anzuwenden. Unter diesen Vorgaben können die Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit des § 137 SGB V und der Rechtmäßigkeit der Mindestmengenvereinbarung des gemeinsamen Bundesausschusses vorliegend dahinstehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG und die Streitwertfestsetzung auf § 63 Abs. 1, § 52 Abs. 3, § 47 Abs. 1 und § 45 Abs. 1 Gerichtskostengesetz.
