

## L 4 KR 3689/24 ER-B

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4.  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 17 KR 4108/24 ER  
Datum  
29.11.2024  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 3689/24 ER-B  
Datum  
31.01.2025  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Beschluss

**Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 29. November 2024 wird zurückgewiesen.**

**Die Antragstellerin trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.**

**Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird endgültig auf 33.809,31 € festgesetzt.**

### **Gründe**

1. Die nach [§ 173 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde der Antragstellerin ist zulässig, insbesondere statthaft nach [§§ 172 Abs. 1](#) und 3 Nr. 1, [144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#). Das Begehren der Antragstellerin betrifft keine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt.

2. Die Beschwerde ist jedoch in der Sache nicht begründet. Das Sozialgericht Stuttgart (SG) hat den Antrag auf die begehrte einstweilige Anordnung zu Recht abgelehnt.

a) Der einstweilige Rechtsschutz richtet sich im vorliegenden Fall nach [§ 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG](#). Danach ist der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung statthaft, wenn Widerspruch oder Anfechtungsklage entgegen der Grundregel des [§ 86a Abs. 1 SGG](#) nicht schon kraft Gesetzes aufschiebende Wirkung haben (vgl. Senatsbeschluss vom 14. Juli 2016 – [L 4 R 1086/16](#) – juris, Rn. 16; LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 27. Dezember 2021 – [L 10 BA 10034/21 B ER](#) – juris, Rn. 28). Die aufschiebende Wirkung entfällt u.a. gemäß [§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#) in den durch Bundesgesetz vorgeschriebenen Fällen. Hierzu zählen Widerlegungsbescheide gemäß [§ 136b Abs. 5 Satz 6 Halbsatz 1](#) i.V.m. [§ 136b Abs. 5 Satz 11 Halbsatz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Danach haben Klagen gegen Entscheidungen nach [§ 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V](#) ab der Prognose für das Jahr 2023 keine aufschiebende Wirkung. Die Klage der Antragstellerin vom 21. Oktober 2024 (S 17 KR 3922/24) gegen den Widerlegungsbescheid der Antragsgegner vom 30. September 2024 im Hinblick auf die Prognose für das Jahr 2025 entfaltet danach keine aufschiebende Wirkung.

b) Nach [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Die Entscheidung über den Anordnungsantrag trifft das Gericht anhand einer eigenständigen Abwägung der Beteiligteninteressen. Gegeneinander abzuwägen sind das öffentliche Interesse am sofortigen Vollzug des Verwaltungsaktes und das private Interesse am Aufschub der Vollziehung. Dabei ist allerdings zu beachten, dass das Gesetz mit dem Ausschluss der aufschiebenden Wirkung in den Fällen des [§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#) dem öffentlichen Interesse am sofortigen Vollzug des Widerlegungsbescheides grundsätzlich Vorrang eingeräumt und das Vollzugsrisiko auf den klagenden Krankenträger verlagert hat. Diese typisierend zu dessen Lasten ausgestaltete Risikoverteilung ist bei der Abwägung der einzelnen Gesichtspunkte, insbesondere der konkreten Erfolgsaussichten des Hauptsacheverfahrens, dem konkreten Vollziehungsinteresse und der für die Dauer einer möglichen aufschiebenden Wirkung drohenden Rechtsbeeinträchtigung zu berücksichtigen. Im Einzelfall kann danach zwar die Interessenabwägung zugunsten des Betroffenen ausfallen, wie vor allem bei offensichtlicher Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides und infolgedessen fehlendem öffentlichen Interesse an seiner Vollziehung (Senatsbeschluss vom 14. Juli 2016 – a.a.O.; Burkiczak, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, Stand Januar 2025, [§ 86b SGG](#) Rn. 196). Die Anordnung der aufschiebenden Wirkung hat jedoch eine mit gewichtigen Argumenten zu begründende Ausnahme zu bleiben (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, Kommentar zum SGG, 14. Aufl. 2023, [§ 86b Rn. 12c](#)). Die aufschiebende Wirkung des

Widerspruchs ist in entsprechender Anwendung des [§ 86a Abs. 3 Satz 2 SGG](#) in der Regel nur anzuordnen, wenn ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angegriffenen Bescheids bestehen oder wenn seine Vollziehung für den Krankenhausträger eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte (vgl. Senatsbeschluss vom 14. Juli 2016 – a.a.O.; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 23. Juni 2021 – [L 5 BA 2420/21 ER-B](#) – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 16. August 2013 – [L 11 R 3031/13 ER](#) – juris, Rn. 19 f.; Binder, in: Berchtold, HK-SGG, 6. Aufl. 2021, § 86b Rn. 18).

c) Rechtsgrundlage für die vorliegend in Rede stehende Widerlegungsentscheidung der Krankenkassenverbände ist [§ 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V](#) in der seit 20. Juli 2021 geltenden Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021 ([BGBl. I, S. 2754](#)). Danach müssen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen für Krankenhausstandorte in ihrer Zuständigkeit ab der Prognose für das Kalenderjahr 2023 bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose durch einen Bescheid widerlegen; der Gemeinsame Bundesausschuss legt dabei im Beschluss nach [§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2022 Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel fest.

Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gemäß [§ 136b Abs. 5 Satz 3 SGB V](#) gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat ([§ 136b Abs. 5 Satz 4 SGB V](#)). Für den vorliegend in Rede stehenden Leistungsbereich „Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)“ sind in Nr. 9 der Anlage der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß [§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V](#) für nach [§ 108 SGB V](#) zugelassene Krankenhäuser“ (Mindestmengenregelungen – Mm-R) Mindestmengen festgesetzt worden. Dabei galten (seit 1. Januar 2022) nach der Übergangsregelung in Nr. 9 der genannten Anlage in den Kalenderjahren 2022 und 2023 übergangsweise keine Mindestmengen und im Kalenderjahr 2024 übergangsweise eine Mindestmenge von 50 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. Seit dem Kalenderjahr 2025 gilt eine jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses von 100 Leistungen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dem gesetzgeberischen Auftrag gemäß [§ 136b Abs. 5 Satz 6 Halbsatz 2 SGB V](#) durch die Änderung der Mm-R („Änderungen in §§ 4 und 5 zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags gemäß [§ 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V](#) sowie weitere Anpassungen“) vom 16. Juni 2022 mit Wirkung zum 16. Juli 2022 nachgekommen. § 4 Mm-R in der hier maßgeblichen, seit 16. Juli 2022 geltenden Fassung lautet wie folgt:

(1) Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung gemäß [§ 136b Absatz 5 Satz 3 SGB V](#) muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die in der Anlage festgelegte Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt gemäß [§ 136b Absatz 5 Satz 4 SGB V](#) in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat.

(2) Der gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darzulegende Prognose sind die im Katalog planbarer Leistungen jeweils spezifisch bestimmten Leistungen zu Grunde zu legen. Die voraussichtliche Leistungsentwicklung nach Abs. 1 ist vom Krankenhausträger unter Berücksichtigung

1. der Leistungsmenge gemäß § 3 Absatz 1 des vorausgegangenen Kalenderjahres,
2. der Leistungsmenge gemäß § 3 Absatz 1 in den letzten zwei Quartalen des vorausgegangenen Kalenderjahres und den ersten zwei Quartalen des laufenden Kalenderjahres,
3. personeller Veränderungen und
4. struktureller Veränderungen zu begründen.

Der Krankenhausträger kann weitere Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung heranziehen. Ein weiterer Umstand nach Satz 3 ist auch die COVID-19-Pandemie; § 4 Absatz 3 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Personelle, strukturelle und gegebenenfalls weitere Veränderungen, die das Erreichen der Mindestmengenanzahl in den in Abs. 2 in Nummer 1 und 2 genannten Zeiträumen verhindert haben, können kein weiteres Mal in Folge als alleiniger Umstand zur Begründung der Prognose herangezogen werden.

(4) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen müssen für Krankenhausstandorte in ihrer Zuständigkeit ab der Prognose für das Kalenderjahr 2023 bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose gemäß [§ 136b Abs. 5 Satz 6](#) erster Halbsatz SGB V durch Bescheid widerlegen (Entscheidung). Begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose liegen in der Regel vor, wenn beispielsweise

- a) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Abs. 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht wurde und auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Abs. 2 Satz 2 bis 4 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.
- b) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Abs. 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht wurde, sich die vom Krankenhausträger getroffene Prognose ausschließlich auf die erreichte Leistungsmenge im Zeitraum gemäß Abs. 2 Satz 2 Nummer 2 stützt und unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Abs. 2 Satz 2 Nummer 3 und 4 und Satz 3 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.

Die Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel nach Satz 2 finden ab den Prognosen für das Kalenderjahr 2024 Anwendung.

(5) Wird die Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht und sind gemäß [§ 136b Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) keine festgelegten Übergangsregelungen oder Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung nach § 6 erfüllt, dürfen gemäß [§ 136b Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht gemäß [§ 136b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) kein Vergütungsanspruch zu. Satz 2 gilt nicht, wenn diese Leistung im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientin oder des Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.

d) Gemessen hieran hat das SG die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage zurecht abgelehnt. Nach der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren gebotenen summarischen Prüfung bestehen keine ernstlichen Zweifel an der Rechtmäßigkeit des

Widerlegungsbescheids der Antragsgegner vom 30. September 2024. Damit überwiegt das Vollzugsinteresse gegenüber dem Aufschubinteresse der Antragstellerin.

a. Bedenken gegen die formelle Rechtmäßigkeit des Widerlegungsbescheids vom 30. September 2024 bestehen nicht. Die Antragsgegner haben die Antragstellerin insbesondere vor Erlass des angegriffenen Verwaltungsakts mit Schreiben vom 26. August 2024 ordnungsgemäß angehört (vgl. zum Erfordernis einer Anhörung Urteil des BSG vom 25. März 2021 – [B 1 KR 16/20 R](#) – juris, Rn. 25 ff.). Dabei haben sie dargelegt, dass auch unter Berücksichtigung der Begründung zur positiven Prognose im Schreiben vom 6. August 2024 (Kooperation mit Brustzentrum in W1, Auf- und Ausbau der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, enge Zusammenarbeit mit dem M1, Funktionsneubau) erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der getroffenen Prognose bestünden und gebeten, zu den aufgeführten Aspekten zur Begründung der Erwartung des Erreichens der Mindestmenge weiterführende Informationen zur Verfügung zu stellen und darzulegen, auf welcher Basis die Hochrechnung vorgenommen wurde sowie Nachweise über ggf. personelle und strukturelle Veränderungen vorzulegen. Damit haben die Antragsgegner der nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung besonderen Bedeutung der Anhörung im Verwaltungsverfahren im Hinblick auf das Recht auf ein faires Verfahren hinreichend Rechnung getragen. Denn sie haben dem Krankenhausträger bereits vor der Wiederlegung seiner Prognose Gelegenheit gegeben, erkennbar unvollständige und unplausible Angaben zu konkretisieren und zu ergänzen und diese durch die Vorlage von Unterlagen zu belegen. Einwände gegen die formelle Rechtmäßigkeit hat auch die Antragstellerin nicht erhoben. Ein Vorverfahren gemäß [§ 78 SGG](#) war im Übrigen nicht durchzuführen. Eines solchen bedurfte es gemäß [§ 136b Abs. 5 Satz 11 Halbsatz 1 SGB V](#) nicht.

b. Nach summarischer Prüfung ist der Widerlegungsbescheid der Antragsgegner vom 30. September 2024 auch materiell rechtmäßig.

Eine berechnete mengenmäßige Erwartung nach [§ 136b Abs. 5 Satz 4 SGB V](#) liegt nicht vor. Das vorausgegangene Kalenderjahr im Sinne dieser Regelung ist das Kalenderjahr vor dem Jahr, in dem die Prognose gestellt wird (Deister, in: Hauk/Noftz, SGB V, Stand 2024, [§ 136b SGB V](#), Rn. 26; vgl. auch Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 5. Juni 2023 – [L 10 KR 119/23 B ER](#) – juris, Rn. 25 m.w.N.). Die im Jahr 2024 für das Jahr 2025 getroffene Prognose basiert somit auf den Zahlen von 2023 (Deister, a.a.O.). In dem vorliegend somit heranzuziehenden Kalenderjahr 2023 hat das Krankenhaus der Antragstellerin am Standort S1 lediglich 78 relevante Eingriffe vorgenommen und verfehlte damit die erforderliche Zahl von 100 Leistungen deutlich. Dass die Antragstellerin mit den zuvor im Jahr 2022 erreichten Leistungen von 66 die übergangsweise für 2024 geltende Mindestmenge von 50 Leistungen überschritt, ist ohne Belang, da [§ 4 Abs. 4 Satz 2 Buchst. a und b Mm-R](#) insoweit jeweils auf die „maßgebliche Mindestmenge“ abstellt und nicht auf die im vorausgegangenen Kalenderjahr noch maßgebliche Mindestmenge. Der Einwand der Antragstellerin im Beschwerdeverfahren, wonach im Jahr 2023 noch keine Mindestmenge von 100 Leistungen existiert habe und sie die in jenem Jahr übergangsweise geltende Mindestmenge von 50 deutlich überschritten habe, kann daher nicht als ihre Prognose stützenden Gesichtspunkt herangezogen werden. Auch unter Zugrundelegung der Leistungsmengen im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis 30. Juni 2024 (vgl. [§ 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Mm-R](#)) gilt nichts Anderes. Denn in den letzten zwei Quartalen des Jahres 2023 und in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2024 hat das in Rede stehende Krankenhaus der Antragstellerin nach den übermittelten Daten lediglich 77 Leistungen erbracht.

Soweit die Antragstellerin auf die erfolgte Hochrechnung für das Jahr 2024 hingewiesen hat, die bei 86 Primärfällen liege und eine stetige Steigerung der Leistungen (zunächst jährlich 50, 2022 Steigerung auf 66 und 2023 auf 78 Leistungen) aufzeige und deshalb die Erwartung stütze, im Jahr 2025 würden 100 Primärfälle erreicht, ist darauf hinzuweisen, dass die im Jahr 2024 durchgeführten mindestmengenrelevanten Operationen nicht heranzuziehen sind. Denn die im dritten und vierten Quartal 2024 erbrachten Leistungen sind nach [§ 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 Mm-R](#) gerade nicht zu berücksichtigen (vgl. Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 29. Februar 2024 – [L 5 KR 1/24 ER-B](#)). Entsprechend ist auch das Vorbringen im Beschwerdeverfahren, wonach zum Stand 5. Dezember 2024 bereits 88 mindestmengenrelevante Leistungen erbracht worden seien, was linear hochgerechnet zu 96 Eingriffen für 2024 führen würde und die Leistungsmenge von 100 nur knapp unterschreite, nicht berücksichtigungsfähig. Im Übrigen handelt es sich insoweit auch um einen Umstand, der erst nach Darlegung der Prognose eingetreten ist und zum Zeitpunkt der Widerlegungsentscheidung noch nicht bekannt war. Dass auf solche Umstände nicht abzustellen ist, räumt auch die Antragstellerin unter Hinweis auf den Beschluss des LSG Hamburg vom 11. August 2020 ([L 1 KR 73/20 B ER](#)) selbst ein.

Aber auch die von der Antragstellerin angeführten Gründe dafür, dass die Mindestmenge trotz des Unterschreitens der Leistungszahlen im Kalenderjahr 2023 bzw. in den letzten zwei Quartalen des Jahres 2023 und den ersten beiden des Jahres 2024 nun im Jahr 2025 erreicht werde, greifen nicht durch. Vorliegend ist vielmehr das Regelbeispiel nach [§ 4 Abs. 4 Satz 2 Buchst. a Mm-R](#) erfüllt. Danach liegen begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose in der Regel vor, wenn die Mindestmenge des vorausgegangenen Jahres nicht erreicht wurde und objektive Umstände der Richtigkeit der Prognose der Antragstellerin widersprechen. Dies ist der Fall, wenn der Erwartung des Anwachsens der Leistungsmenge eine ausreichend tragfähige Grundlage fehlt. Denn der Krankenhausträger kann seine Prognose nur auf objektive Umstände (Leistungsmenge, personelle/strukturelle Veränderungen, weitere Umstände) stützen (vgl. [§ 4 Abs. 2 Satz 2 bis 4 Mm-R](#)) und hat gemäß [§ 5 Abs. 2 Buchst. d Mm-R](#) aussagekräftige Belege, wie bspw. Nachweise zu Arbeitsverhältnissen und Qualifikationen von eingestelltem Personal, Dokumentationen von Baumaßnahmen, zu übermitteln, sofern zur Prognose die Kriterien nach [§ 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4](#) sowie Umstände nach [§ 4 Abs. 2 Satz 3 Mm-R](#) herangezogen werden (vgl. LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss vom 25. März 2024 – [L 6 KR 2/24 B ER](#) – juris, Rn. 61).

Die von der Antragstellerin angeführten strukturellen Veränderungen tragen den Schluss auf das Erreichen der Mindestmenge von 100 Leistungen im Jahr 2025 nicht.

Die mengenmäßige Erwartung für 2025 von 100 Leistungen wurde mit einer strukturellen Veränderung (vgl. [§ 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 Mm-R](#)) in Form einer geplanten Kooperation mit der Schwesternklinik in W1 begründet, wobei S2, der standortübergreifend tätig sei, in W1 bislang deutlich mehr als 100 Leistungen erbringe und einen Teil seiner Patienten zukünftig am Standort S1 operiere, ohne dass die Mindestmenge in W1 dadurch gefährdet werde. Medizinischer Grund für die Leistungserbringung in S1 statt W1 sei insbesondere die Wartezeitverkürzung der Mamma-Ca-Behandlung aufgrund der begrenzten OP-Kapazitäten W1. Die Verlagerung diene primär auch der Verbesserung der heimatnahen Versorgung.

Der Senat teilt die Auffassung des SG, wonach die dargelegten Umstände keine positive Prognose erlauben. Insoweit hat das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass die Mindestmengenprognose zahlenbasiert ist und die vorgebrachten Gründe grundsätzlich mit Zahlen zu

untermauern sind. Nicht mit Zahlen unterfütterte pauschale Argumente tragen in der Regel nicht (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29. Juli 2024 - [L 5 KR 1548/24 ER-B](#) - juris, Rn. 48).

Ausgehend von den im Jahr 2023 erbrachten 78 Leistungen und den in den letzten zwei Quartalen des Jahres 2023 und den ersten beiden des Jahres 2024 erbrachten 77 Leistungen bedürfte das Erreichen der erforderlichen Mindestmenge von 100 am Standort S1 eine Steigerung der Eingriffe um knapp 30%, was mit einem entsprechenden Personaleinsatz verbunden wäre. Darlegungen hierzu enthalten die Ausführungen der Antragstellerin nicht. Zur Einstellung weiteren Personals am Standort S1, welche für einen Ausbau der Operationen sprechen und eine personelle Veränderung begründen könnte, hat die Antragstellerin nicht vorgetragen. Soweit nach dem Vorbringen der Antragstellerin eine Verlagerung von Operationen des S2 von W1 nach S1 zum Ausgleich von OP-Engpässen erfolgen soll, um Behandlungsspitzen abzufangen, hat das SG zutreffend dargelegt, dass der Vortrag nicht hinreichend konkret ist und eher als Absichtsbekundung verstanden werden kann, zumal eine Steuerung der Patientinnen dahingehend, dass diese eine Operation in S1 statt W1 vornehmen lassen vor dem Hintergrund der Wahlfreiheit der Patientinnen nur bedingt möglich ist. Nachdem im Hinblick auf die im Jahr 2025 zu erreichende Mindestmenge von 100 Leistungen eine Übergangszeit von drei Jahren bestand, in der 2022 und 2023 keine Mindestmenge und in Jahr 2024 eine solche von 50 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses zu erreichen war, ohne dass die Antragstellerin die für die Annahme einer positiven Prognose nach [§ 136b Abs. 5 Satz 4 SGB V](#) im Jahr 2023 letztlich anzustrebende Mindestmenge annähernd erreicht hatte, fehlt es an objektiven Umständen, die berechtigterweise erwarten lassen, dass die erforderliche Mindestmenge unter Berücksichtigung von verlagerbaren Operationen im Jahr 2025 erreicht wird. Insoweit hat das SG zu Recht darauf hingewiesen, dass die mitgeteilten Leistungszahlen im Jahr 2023 und in den letzten beiden Quartalen 2023 und den ersten beiden Quartalen 2024 von 78 bzw. 77 keinen Anstieg erkennen lassen, sondern vielmehr von gleichbleibenden Behandlungszahlen auszugehen ist. Unter Berücksichtigung der im Jahr 2022 erfolgten 66 Eingriffe zeigt sich zwar eine Steigerung, jedoch keine solch gravierende Steigerung, die berechtigterweise Leistungszahlen im Jahr 2025 von zumindest 100 erwarten lassen.

Soweit die Antragstellerin im Beschwerdeverfahren geltend gemacht hat, die Mindestmengenprognose erfolge zwar auch, aber nicht hauptsächlich zahlenbasiert und strukturelle und personelle sowie die weiteren Umstände, die ebenso geeignet seien, eine positive Prognose zu begründen, könnten nicht in gleichem Sinne wie die Leistungsmenge im entscheidungserheblichen Zeitraum zahlenbasiert dargestellt werden, ändert dies nichts daran, dass es an einer tragfähigen Grundlage für die prognostizierte Leistungssteigerung fehlt. So hat die Antragstellerin im Rahmen der Anhörung zwar ausgeführt, dass aktuell bereits Patientinnen von W1 nach S1 umgelagert würden und die Zahl um monatlich 2 bis 5 ausgebaut werde. Offen bleibt dabei aber, in welchem Umfang zu diesem Zeitpunkt bereits Umlagerungen stattfanden und in welchem Zeitfenster der weitere Ausbau vorgesehen und realistisch zu erwarten ist, so dass sich keine faktenbasierte Grundlage für die Annahme bietet, dass mit dem Erreichen der Mindestmenge bereits im Jahr 2025 zu rechnen ist. Dass sich perspektivisch eine mindestmengenrelevante Umlagerung der angegebenen drei bis fünf Patientinnen monatlich erreichen lässt, ist im Hinblick auf die für das Jahr 2025 zu treffende Prognose nicht ausreichend. Auch das Vorbringen der Antragstellerin im Beschwerdeverfahren, dass mit den von S2 erbrachten Leistungen an beiden Standorten die Mindestmengen erfüllt würden, hilft vor diesem Hintergrund nicht weiter.

Im Hinblick auf die darüber hinaus vorgetragenen weiteren Umstände in Form von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten im Landkreis hat das SG zutreffend dargelegt, dass bereits offen bleibt, seit wann bzw. ab wann diese Kooperationen bestehen, in welcher Form sie konkret ausgestaltet sind bzw. sein werden, welchen Effekt sie auf die Fallzahlen in der Vergangenheit hatten und inwieweit sie sich auf die Prognose für das Jahr 2025 auswirken werden. Entsprechendes gilt für die angegebene Kooperation mit den M1 und dem dortigen Mammografie-Screening. Auch insoweit bleibt die konkrete Ausgestaltung der Kooperation und etwaige vertragliche Regelungen offen und es fehlt bereits an objektiven Umständen, dass und aus welchen Gründen für das Jahr 2025 eine fallzahlensteigende Zuweisung erfolgen wird. So führt das M1 insbesondere selbst mindestmengenrelevante Eingriffe der in Rede stehenden Art durch und im Hinblick auf das Vorbringen, wonach die Antragstellerin ständige Teilnehmerin an deren Fallkonferenzen sei, ist nicht erkennbar, ob und in welchem Umfang hierdurch relevante Fallzahlen rekrutiert wurden und woraus eine Fallzahlerhöhung abzuleiten ist, zumal die potentiellen Patientinnen nicht an den Fallkonferenzen teilnehmen und ein entsprechender Kontakt hierdurch nicht hergestellt wird. Das Vorbringen der Antragstellerin, wonach der Standort S1 durch den kontinuierlichen Ausbau der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und der Verzahnung mit dem Krankenhaus M2 und den dortigen Mammografie-Screening zukünftig ca. 10 bis 15 Fälle mehr pro Jahr behandle, entbehrt daher einer hinreichenden Tatsachengrundlage.

Schließlich kann mit dem Hinweis auf den Funktionsneubau, der die Zukunft des Standorts S1 in der stationären Versorgung stärke, die berechnete mengenmäßige Erwartung für das Jahr 2025 nicht begründet werden, nachdem Baubeginn erst im Juni 2024 war und die Fertigstellung erst für die Jahre 2027 bzw. 2028 geplant ist.

Soweit sich die Antragstellerin zuletzt auf den Beschluss des Sozialgerichts Kiel vom 17. Dezember 2024 (S 36 KR 13/24 ER) bezogen und darauf hingewiesen hat, dass zur Widerlegung der Prognose die Feststellung nicht ausreichend sei, dass das Krankenhaus die geforderte Mindestmenge im vorausgegangenen Jahr nicht erreicht habe, ist darauf hinzuweisen, dass eine derartige Fallgestaltung hier nicht vorliegt. Die Antragsgegner haben sich nicht lediglich auf das Nichterreichen der Mindestmenge von 100 im maßgeblichen Jahr 2023 gestützt. Vielmehr haben sie sich mit sämtlichen von der Antragstellerin vorgebrachten und ihrer Prognose zugrunde gelegten Umstände (Kooperation mit Brustzentrum W1, Auf- und Ausbau der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, enge Zusammenarbeit mit dem M1, Funktionsneubau) befasst und diese bewertet.

Mit ihren Ausführungen im Bescheid vom 30. September 2024 haben die Antragsgegner die positive Prognose der Antragstellerin nach summarischer Prüfung insgesamt schlüssig widerlegt.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

4. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) sowie [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz. Nach den Angaben der Antragstellerin beläuft sich der Erlös je Behandlungsfall der Leistung „Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)“ im Jahr 2024 auf 5.409,49 €. Auf der Grundlage dieses Erlöses und der vom Krankenhaus angestrebten Mindestmenge von 100 Behandlungsfällen für das streitige Jahr 2025 errechnet sich ein Gesamtumsatz von 540.949,00 €. Der sich darauf ergebende wirtschaftliche Vorteil (Gewinn) ist auf 25% des Gesamtumsatzes, mithin auf 135.237,25 € zu schätzen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 25.03.2021 - [B 1 KR 16/20 R](#) -, juris, Rn 34). Im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ist der

Streitwert auf ein Viertel des wirtschaftlichen Interesses in der Hauptsache zu reduzieren, so dass ein Betrag von 33.809,31 € anzusetzen ist.

5. Dieser Beschluss ist gemäß [§ 177 SGG](#) unanfechtbar.

Rechtskraft

Aus

Saved

2025-02-25