LSG München, Beschluss v. 25.07.2025 – L 20 KR 78/25 B ER

Titel:

Krankenhausrecht: Wiederlegung einer Mindesgtmengenprognose

Normenketten:

SGG § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2
SGB V § 136b Abs. 5 S. 11 Hs. 2
SGB X § 24, § 35
Mm-R § 5 Abs. 5 S. 1, § 4 Abs. 1 S. 1, § 5 Abs. 1 S. 1

Leitsätze:

1. Die Nachholung einer vor Erlass eines Widerlegungsbescheides zur Darlegung der mengenmäßigen Erwartung (Prognose) unterbliebenen Anhörung ist im Rahmen eines mehr oder minder förmlichen Verwaltungsverfahrens möglich. (Rn. 31 – 33)
2. Mit der Frist zur Übermittlung einer Prognose bis spätestens zum 7. August des laufenden Kalenderjahres ist noch keine Präklusion eines weiteren Vorbringens nach diesem Zeitraum verbunden. (Rn. 46 – 47)
3. Maßgebliche Mindestmenge für die Prognose ist die Anzahl der Behandlungsfälle für das Jahr, auf das sich die Prognose bezieht. (Rn. 51 – 52)
4. Damit eine Prognose nachvollzogen werden kann, muss die Erwartung auf eine hinreichende Tatsachengrundlage gestützt werden. Stützt sich die Prognose auf personelle Veränderungen, strukturelle Veränderungen und weitere Umstände und sind für das Erreichen der geforderten Mindestmenge erhebliche Zuwachsquoten (hier 134% bzw. 83%) notwendig, genügen allgemein gehaltene Darlegungen und Erwartungen ohne quantitative Untermauerung nicht (hierzu auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.07.2024 L 5 KR 1548/24 ER-B juris, Rn. 48). (Rn. 55)

Schlagworte:

Anordnung der aufschiebenden Wirkung, Anfechtungsklage, Anordnung der sofortigen Vollziehung, Ermessensentscheidung, Klinik, Krankenhaus, Prognose, einstweiliger Rechtsschutz, Fallzahlenentwicklung, Interessenabwägung, unterbliebene Anhörung, Prognosewiderlegung, personellen Veränderungen, Fallzahlen, Prognosezeitpunkt, Nachvollziebarkeit

Vorinstanz:

SG Nürnberg, Beschluss vom 24.01.2025 – 14 KR 501/24

Tenor

I. Der Beschluss des Sozialgerichts Nürnberg vom 24.01.2025 wird aufgehoben. Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Bescheid vom 26.09.2024 wird abgelehnt.

II. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge zu tragen.

III. Der Streitwert wird für beide Rechtszüge auf 64.542,11 € festgesetzt.

Gründe

I.

1
Streitig ist die Anordnung der aufschiebenden Wirkung einer Klage gegen die Widerlegung einer Prognose zur Anzahl der Versorgungsfälle für die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen für das Jahr 2025.

2
1. Die Antragstellerin und Beschwerdegegnerin (im Folgenden: Bg.) ist Trägerin eines zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassenen Krankenhauses. Mit einem Schreiben vom 30.07.2024 erklärte sie gegenüber den Antragsgegnern und Beschwerdeführern (im Folgenden: Bf.), dass

man davon ausgehe, die geforderte Mindestmenge von 40 Leistungen der thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen im Jahr 2024 am Standort A zu erbringen und übertreffen zu können. Innerhalb der letzten zwölf Monate habe man erfolgreich 41 Patienten mit diesem Krankheitsbild behandelt. Mit dem Chefarzt H und seinem Fachärzteteam verfüge man über eine hochqualifizierte Fachabteilung. In den letzten Jahren seien die Fallzahlen signifikant gesteigert worden. Das 2023 zusammen mit der R Klinik gegründete Lungenzentrum habe sich in 2024 etabliert, so dass im ersten Halbjahr bereits 25 Patienten hätten behandelt werden können. 2025 würden thoraxchirurgische Abteilungen im Umkreis die notwendige Mindestmenge nicht mehr erreichen und aus dem Markt ausscheiden, so dass die eigene Marktposition zusätzlich gestärkt würde und berechtigt davon auszugehen sei, dass in 2025 die Mindestmenge von 75 thoraxchirurgischen Eingriffen zur Behandlung des Lungenkarzinoms übertroffen werden könnten. Als Fallzahlen wurden angegeben: 2018: 33

2019: 30

2020: 31

2021: 26

2022: 33

2023: 32

Erstes Halbjahr 2024: 25

3
In einem Anhörungsschreiben hierzu vom 22.08.2024 verwiesen die Bf. darauf, dass beabsichtigt sei, die Prognose zu widerlegen, denn es bestünden begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit. Es wurde um weitere Ausführungen zur angeblichen signifikanten Steigerung der Fallzahlen, des Zuwachses von Fällen anderer Häuser, die das Leistungsspektrum künftig nicht mehr erbringen würden, und zu weiteren organisatorischen Maßnahmen gebeten. Die Bg. hat den Zugang des Schreibens bestritten.

4
Mit Bescheid vom 26.09.2024 widerlegten die Bf. die Prognose der Bg. unter anderem im Hinblick auf die erforderliche Mindestmenge in Höhe von 75 thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen. Das Anhörungsschreiben sei unbeantwortet geblieben. Aus der Anzahl von 41 Behandlungsfällen in den letzten 12 Monaten lasse sich nicht darauf schließen, dass die erforderliche Mindestmenge von 75 Behandlungen im Leistungsjahr 2025 erfüllt würden. Die behauptete signifikante Steigerung könne nicht nachvollzogen werden. Auch die Entwicklung der Fallzahlen von Januar bis Juni 2024 auf 25 Fälle lasse für sich allein nicht den Schluss auf die mengenmäßige Erwartung zu. Die leicht steigende Tendenz seit 2023 liege weit unterhalb der geforderten Mindestmenge von 75. Zwar möge die Etablierung des Lungenzentrums mit der R Klinik die Entwicklung bis Juni 2024 beeinflusst haben. Die weitere Entwicklung der Fallzahlen sei hieraus aber nicht zu entnehmen. Sie lägen weiterhin deutlich unter der geforderten Mindestmenge. Ein Wegfall weiterer Kliniken aus dem entsprechenden Leistungsspektrum im Umkreis sei nicht nachvollziehbar. Auch sei nicht nachvollziehbar, inwieweit dies zu einer Steigerung der Fallzahlen in A führen würde. Über die dagegen von der Bg. beim Sozialgericht Nürnberg (SG) erhobene Klage (Az. S 14 KR 410/24) ist bislang nicht entschieden.

5
Mit einem Schreiben vom 06.02.2025 zur Nachholung der Anhörung führten die Bf. gegenüber der Bg. unter Zusammenfassung des Sachverhalts aus, dass Maßstab für die Prognose die Mindestmenge sei, die im jeweils nächsten Kalenderjahr gelte. Das deutliche Unterschreiten der Mindestmenge um mehr als 50% bzw. um fast die Hälfte spreche gegen eine positive Prognose. Dabei entsprächen die Zahlen dem Niveau der Vorjahre. Auch der Renteneintritt von L am Klinikum N als auch die Kündigung des Chefarztes am Klinikum W könnten keinen Einfluss auf die Prognose haben. Eine wesentliche Fallzahlsteigerung durch die Kooperation mit der R Klinik sei nicht anzunehmen. Es fehle hier auch an der Benennung konkreter Maßnahmen bzw. einer erforderlichen quantitativen Untermauerung der Fallzahlen. Auch sei ein Neubau noch nicht eröffnet. Bezüglich der Einstellung zusätzlichen Personals sei nicht nachgewiesen, dass sich dadurch das Zuweisungsverhalten ändern würde. Bezüglich des Marktpotentials seien die nahegelegenen Kliniken in N und E zu berücksichtigen, die jeweils dreistellige Fallzahlen innerhalb von zwölf Monaten gemeldet hätten. Im Hinblick auf das Ausscheiden des Klinikums F sei eher zu erwarten, dass eine

Orientierung der Patienten in Richtung N erfolgen würde. Im Übrigen seien die dortigen Fallzahlen so niedrig gewesen, dass selbst bei Hinzurechnen sämtlicher Patienten die erforderliche Fallzahl von 75 nicht erreicht würde. Auswirkungen der Covid-Pandemie auf die Fallzahlen seien weder vorgetragen noch erkennbar.

6
Die Bg. führte hierzu unter dem 20.02.2025 aus, dass die Anhörung verspätet erfolgt und nicht nachholbar sei. Die vorgegebene Mindestmenge für das Jahr 2025 von 25 sei nicht als Bezugsgröße heranzuziehen, sondern die Mindestmengen des laufenden Jahres beziehungsweise des Vorjahres. Mit 41 mindestmengenrelevanten Leistungen im Zeitraum zweites Halbjahr 2023 bis erstes Halbjahr 2024 sei die Mindestmenge von 40 überschritten worden. Ferner seien für die Prognose auch die neuen Akquisemöglichkeiten in Bezug auf das nunmehr fehlende Angebot im Klinikum F, der Renteneintritt von L im Klinikum N, der aufgrund seiner Reputation bislang Fälle aus dem Einzugsgebiet akquiriert habe, und die Absicht, durch eigene weitere Maßnahmen neue Einweiser zu akquirieren, etwa durch Besuche bei niedergelassenen Pneumologen, Hausärzten und onkologischen Praxen, sowie die Kooperation mit weiteren Kliniken in der Region zu berücksichtigen. Es seien außerdem Flyer und Informationsmaterial zum interdisziplinären Lungenzentrum W1 erstellt worden, um die Bekanntheit und Akzeptanz zu erhöhen. Mit der R Klinik bestehe eine vertraglich festgelegte Kooperation, auch wenn in Bezug auf Zuweisungen aus rechtlichen Gründen keine entsprechende Regelung im Kooperationsvertrag habe getroffen werden können. Mit der Gründung des Lungenzentrums werde eine überregionale Exposition innerhalb der Fachkreise bewirkt und es werde zu weiteren Zuweisungen diesbezüglich kommen. Diese würde man verstärkt aus vorbehandelnden Krankenhäusern erhalten, die nicht mehr operieren dürften. Dasselbe gelte für niedergelassene Ärzte, welche ihren Patienten einen Operateur empfehlen sollten. Es könnten mit dem Lungenzentrum Leistungen aus einer Hand angeboten werden. In der R Klinik seien zunehmend viele Patienten mit Lungenkarzinomen in Behandlung. Der Neubau der R Klinik mit einem erwarteten Bezug Mitte 2025 werde aufgrund seiner Standortvorteile zur weiteren Steigerung der Fallzahlen beitragen. Auch die Neubesetzung des Sektionsleiters der Thoraxchirurgie zum 01.12.2024 mit G, der ein erfahrener Operateur sei, und auf verschiedene innovative Techniken spezialisiert sei, würde zu einer vermehrten Akquirierung von Patienten beitragen. Aus früheren Tätigkeiten habe der neue Sektionsleiter ein Netzwerk im Umkreis der Klinik aufbauen können. Im direkten Versorgungsgebiet des Klinikums könnten nach statistischen Werten ca. 92 Fälle mit Erstdiagnose Lungenkarzinom akquiriert werden. Das Einzugsgebiet erstrecke sich aber auch noch deutlich weiter. Ein Marktpotential von deutlich mehr als 75 Fällen pro Jahr sei daher vorhanden. Unter Berücksichtigung der Gruppe der Patienten mit Sekundärtumoren ergebe sich im Ergebnis noch ein höheres Marktpotential. Die Wahlfreiheit der Patienten führe zu einem neutralen Ergebnis, so dass unter dieser Begründung keine Widerlegung der Prognose möglich sei. Auch seien die rasanten Entwicklungen in der Onkologie zu berücksichtigen, die dazu führen würden, dass Patienten länger lebten. Aktuell sei eine deutliche Zunahme der maßgeblichen Eingriffe festzustellen. So hätten im Dezember 2024 fünf entsprechende Eingriffe durchgeführt werden können. Aufgrund des Leistungserbringungsverbots im Januar 2025 hätten Patienten verlegt werden müssen. Nach der Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage durch das SG sei nun wieder ein Anstieg der Fallzahlen festzustellen, so seien etwa im Februar bisher zwei Patienten operiert worden. Nach den wöchentlich stattfindenden Tumorkonferenzen seien innerhalb der ersten fünf Wochen des Jahres 26 Patienten mit primärem Lungenkarzinom vorgestellt worden, wobei elf dieser Patienten eine potentiell kurative Operation empfohlen worden sei.

7
Mit Schreiben vom 28.02.2025 teilten die Bf. der Bg. mit, dass am Verwaltungsakt vom 26.09.2024 nach erneuter Prüfung festgehalten würde. Es sei eine Nachholung der Anhörung möglich gewesen und hinsichtlich der zu erfüllenden Mindestmenge auf 75 Eingriffe abzustellen. Diese erforderliche Fallzahl sei deutlich unterschritten worden. Hinsichtlich des Ausscheidens des Klinikums F aus der Leistungserbringung sei zu erwarten, dass sich die Patientenströme in Richtung der Kliniken in N und E, die jeweils Fallzahlen im dreistelligen Bereich hätten, richten würden. Zudem habe es sich im Klinikum F um Fallzahlen auf einem sehr geringen Niveau gehandelt. Bei L im Klinikum N habe es sich nur um einen von mehreren Oberärzten gehandelt, so dass ein Leistungseinbruch nach dessen Ausscheiden unwahrscheinlich sei. Zudem sei die Einschätzung so vage, dass eine Prognose hierauf nicht gestützt werden könne. Akquisemöglichkeiten müssten aktiv genutzt und durchgeführt werden, damit sie überhaupt zu einem Fallanstieg führen könnten. Offensichtlich seien derartige Maßnahmen bislang noch nicht erfolgt und offen, wann damit begonnen

werde. Daher seien die Angaben derart vage und spekulativ, dass deren Erfolg nicht vorhersehbar sei. Auch sei eine erforderliche zahlenmäßige Untermauerung nicht vorgenommen worden. Anhand der Fallzahlen sei die Etablierung des Lungenzentrums nicht nachweisbar. Die Behandlungsfälle der R Klinik zeigten zwar einen Anstieg, inwiefern sich dieser auf die Fallzahlen in der Klinik der Bg. auswirke, bleibe unklar. Zahlenmäßig sei dies nicht untermauert worden. Auch bestehe die Kooperation mit der R Klinik schon länger. Allein die Einstellung des neuen Stationsleiters G zum 01.12.2024 sei nicht geeignet, eine Verlagerung des Patientenpotentials zu bewirken. Erforderlich sei die Veränderung des Zuweisungsverhaltens. Zwar sei vorgetragen, dass der neue Leiter Kontakte nach Bayern habe aufbauen können und moderne und minimal invasive Techniken erweiternd anbiete, ob und wenn ja, welche Akquisemaßnahmen durchgeführt würden, bleibe aber im Dunklen, so dass eine Fallzahlsteigerung spekulativ sei. Unter Berücksichtigung des beschriebenen Marktpotentials sei aber auch beachtlich, dass sich in lediglich 40 Kilometer Entfernung das leistungsstarke Klinikum der Maximalversorgung in N befinde. Auch das Klinikum E weise dreistellige Fallzahlen auf. Es sei daher nicht unwahrscheinlich, dass sich Patienten eher in Richtung N als in Richtung A orientieren würden.

8
2. Bereits am 13.12.2024 hat die Bg. beim Sozialgericht Nürnberg (SG) die Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage gegen den Bescheid vom 26.09.2024 beantragt. Mangels Anhörung sei die Widerlegungsentscheidung bereits formell rechtswidrig.

9
Verfahrensrechtlich sei jeweils ein eigenständiges Verwaltungsverfahren der Bf. notwendig, auf den dann jeweils eigene Verwaltungsakte erlassen werden könnten, die gegebenenfalls in einem Bescheid gebündelt werden dürften. Der Anhörung komme im Verfahren über die Widerlegung der Mindestmengenprognose tragende Bedeutung zu. Sie sei auch nicht entbehrlich. Es sei insofern mangels Zugangs des Anhörungsschreibens unklar geblieben, welche weiteren Informationen noch benötigt würden. Insofern sei man mit weiterem Vortrag zur Mindestmengenprognose nicht ausgeschlossen. Auch im Übrigen lasse sich keine Präklusion herleiten. Die Bf. hätten in ihrem Bescheid auf eine fehlende Nachvollziehbarkeit von Informationen verwiesen, ohne selbst diese Informationen zu ermitteln. Eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den einzelnen vorgebrachten Argumenten sei nicht erfolgt, zumal es nicht ausreichend sei, nur Zweifel zu äußern, vielmehr müssten diese begründet werden. Eine letzte Sicherheit gebe es im Rahmen einer Prognose nicht. Maßgeblicher Bezugspunkt für die Prognose sei nach dem Gesetzeswortlaut nicht die Mindestmenge des Jahres 2025, sondern die des laufenden Jahres beziehungsweise des Vorjahres. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sei an die gesetzlichen Vorgaben gebunden und könne diese nicht außer Kraft setzen. Insofern gingen die anderslautenden tragenden Gründe ins Leere. Somit seien mit 41 mindestmengenrelevanten Fällen im Zeitraum zweites Halbjahr 2023 bis erstes Halbjahr 2024 die Mindestmenge von 40 überschritten worden. Zu berücksichtigen sei die Neubesetzung der Sektionsleitung zum 01.12.2024 mit G, der Renteneintritt von L im Klinikum N, der Wegfall von thoraxchirurgischen Eingriffen im Klinikum W nach der Kündigung des dortigen Chefarztes, die Kooperation mit der R Klinik und das mit ihr gegründete Lungenzentrum Ende 2023. Jährlich würden in der R Klinik ca. 60 Patienten mit Erstdiagnose Lungenkarzinom versorgt. Durch die Etablierung des Lungenzentrums hätten allein im ersten Halbjahr 2024 25 mindestmengenrelevante Leistungen erbracht werden können. Auch sei in der R Klinik die Eröffnung eines Neubaus geplant, mit dem mit einem zusätzlichen Patientenaufkommen gerechnet werden könne. Allgemein sei in der Onkologie von einem Anstieg der mindestmengenrelevanten Leistungen auszugehen. Es bestünde ein entsprechendes Marktpotential, denn im Jahr 2025 sei davon auszugehen, dass weitere thoraxchirurgische Abteilungen im Umkreis aus dem Markt ausscheiden würden. In Stadt und Landkreis A sei von ca. 92 Fällen mit einer Erstdiagnose Lungenkarzinom jährlich im direkten Versorgungsgebiet auszugehen. Zudem erstrecke sich das Einzugsgebiet auch weiter in die Nachbarlandkreise und nach Baden-Württemberg hinein. Es bestehe eine Eilbedürftigkeit, denn wenn die Leistungen weiterhin nicht erbracht werden dürften, würden bis mindestens zur Hauptsacheentscheidung Erlösausfälle entstehen. Auch käme es zu Folgewirkungen bei der Mindestmengenprognose für die Folgejahre. Es drohe das Abwandern von qualifiziertem Personal und auch Zuweiser müssten erst wieder neu gewonnen werden. Aufgrund etwaiger längerer Wege seien auch die Patienten gefährdet.

10

Die Bf. haben darauf verwiesen, es sei die Anordnung der sofortigen Vollziehung im Gesetz zu beachten. Bei den Mindestmengen gehe es um einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit. Eine Anhörung sei formell durchgeführt worden. Das entsprechende Anhörungsschreiben vom 22.08.2024 sei per Einschreiben verschickt und ausweislich der Sendungsverfolgung der Bg. am 04.09.2024 zugestellt worden. Weiteres habe vor einer Entscheidung noch nicht veranlasst werden müssen. Nach Bescheiderlass nachgeschobene Gründe seien aufgrund einer Präklusion nicht mehr zu berücksichtigen. Die maßgebliche Mindestmenge von 75 Leistungen, die nach den tragenden Gründen zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der Mindestmengenregelungen maßgeblich sei, sei um deutlich mehr als 50% bzw. fast um die Hälfte unterschritten worden. Es habe sich auch nicht um einen „Ausreißer nach unten“ gehandelt. Der Verweis auf das Ausscheiden anderer thoraxchirurgischer Abteilungen im Umkreis könne nicht von Relevanz sein, da unklar bleibe, auf welche Kliniken/Abteilungen abgestellt werde. Ein Ausscheiden aus dem Markt im Jahr 2025 habe frühestens Auswirkungen auf die Prognose für das Jahr 2026. Im Übrigen hätten sowohl der Renteneintritt von L als auch die Kündigung des Chefarztes am Klinikum W keinen Einfluss auf die Prognose. Das Klinikum W sei im Jahr 2024 nicht zur Leistungserbringung berechtigt gewesen, so dass das Klinikum bereits in der Vergangenheit alle Patienten für den Eingriff hätte verlegen müssen. So sei vielmehr ein Leistungsrückgang in der Klinik der Bg. zu erwarten, da gegebenenfalls weniger Patienten in W behandelt würden, die verlegt werden könnten. L sei nur einer von mehreren Oberärzten im Klinikum N gewesen, so dass durch dessen Wegfall ein Leistungseinbruch nicht wahrscheinlich sei. Die Einschätzung sei zudem so vage, dass eine Prognose hierauf nicht gestützt werden könne. Die Kooperation mit der R Klinik würde nicht zu einer annähernden Verdopplung der Fallzahlen führen. Konkrete Maßnahmen der Kooperation, etwa Zuweisungen oder ähnliches, würden nicht vorgetragen. Dies wäre für eine quantitative Untermauerung der Prognose notwendig. Die Angabe der Eröffnung eines Neubaus der R Klinik sei bereits präkludiert, im Übrigen handele es sich um ein eher spekulatives Argument mit der Erwartungshaltung, dass mehr Patienten zugewiesen würden. Zudem sei die Baumaßnahme wohl erst für die Zeit von September 2024 bis Dezember 2025 geplant. Der Umstand, dass die Stelle des Stationsleiters Thoraxchirurgie zum 01.12.2024 neu besetzt worden sei und diese Einstellung positive Auswirkungen auf die Operationszahlen habe, sei bereits präkludiert. Zudem könne allein die Einstellung zusätzlichen Personals nicht die Verlagerung des Patientenpotentials bewirken. Notwendig sei eine Änderung des Zuweisungsverhaltens. Dieses sei aber weder nachgewiesen worden, noch erscheine eine Fallzahlsteigung plausibel. G sei am S-R-R Thoraxzentrum tätig gewesen, so dass umfassende Kontakte zu Zuweisern in Franken unwahrscheinlich seien. Es sei auch nicht annähernd dargelegt worden, mit welcher Fallzahlsteigung durch die Einstellung zu rechnen sei. Hinsichtlich des Marktpotentials müsse man beachten, dass sich in lediglich 40 Kilometer Entfernung das leistungsstrake Klinikum der Maximalversorgung in N mit Leistungszahlen von 183 Eingriffen beziehungsweise 188 Eingriffen pro 12 Monate befinde. Es sei vor diesem Hintergrund nicht unwahrscheinlich, dass sich die Patienten eher in Richtung N als in Richtung A orientierten.

11
Mit Beschluss vom 24.01.2025 hat das SG die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid vom 26.09.2024 angeordnet. Ein Interesse am Vollzug eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes bestehe nicht. Der Bescheid vom 26.09.2024 sei bereits formell rechtswidrig, denn die erforderliche Anhörung sei nicht erfolgt und diese auch nicht entbehrlich.

12
3. Dagegen haben die Bf. Beschwerde beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Der Widerlegungsbescheid sei nicht formell rechtswidrig, denn das Anhörungsschreiben vom 22.08.2024 sei mit Einschreiben verschickt und am 04.09.2024 zugestellt worden. Anhand eines Screenshots und den Vermerken der Sendungsverfolgungsnummern zu den jeweiligen Anhörungsschreiben könne der Zugang nachvollzogen werden. Das Verfassen des Schreibens am 22.08.2024 und die Aufgabe zur Post am 23.08.2024 belegten einen zeitlichen Zusammenhang. Sofern es sich bei dem belegten Schreiben um ein anderes gehandelt haben sollte, so möge die Bf. vortragen, ob ihr ein anderes Schreiben per Einschreiben am 04.09.2024 vom BKK Landesverband zugesandt worden sei. Zu berücksichtigen sei auch, dass es sich um ein Massengeschäft handele und nicht verlangt werden könne, das Schreiben per Boten zuzustellen. Im Übrigen sei das Anhörungsverfahren zwischenzeitlich jedenfalls nachgeholt und der Mangel geheilt worden. Durch die Nachholung der Anhörung verliere diese auch nicht ihre Funktion, denn vielmehr erhalte ein Betroffener durch die Nachholung der Anhörung Gelegenheit, auch Gesichtspunkte und Umstände vorzutragen, die erst nach Bescheiderlass entstanden seien. Die Nachholung sei damit nicht sinnentleert,

vielmehr seien Argumente nicht präkludiert. Dabei sei kein neuer Verwaltungsakt erlassen worden. Die nach der Nachholung erfolgte Mitteilung, dass an der ursprünglichen Entscheidung festgehalten werde – dies hätten alle Vertreter der Bf. bestätigt – genüge. Auch im Verwaltungsverfahren hätten die Vertreter jeweils eigenständige Willenserklärungen abgegeben und in einer materiell einheitlichen Entscheidung kundgetan. Eine entsprechende Koordination habe stattgefunden und in einer ersten Präsenzsitzung am 16.09.2024 seien offene Fragen nochmals erörtert und erste Konsense bereits festgehalten worden. In der weiteren Präsenzsitzung am 26.09.2024 sei dann das Unterschriftenverfahren durchgeführt worden. Jeder der Bf. habe durch die eigene Unterschrift seine eigene Entscheidung kundgetan. Aus den unterzeichneten Teilnehmerlisten ergebe sich die Anwesenheit eines Vertreters von jedem Landesverband bei den Sitzungen. Die Bg. habe ihre berechtigte mengenmäßige Erwartung zu begründen. Im Regelfall sei die Prognose bei Nichterreichen der erforderlichen Fallzahlen zu widerlegen, sofern seitens des Krankenhauses keine weiteren Kriterien genannt würden. Eine Pflicht zu weiteren Nachfragen bei unterbliebener Reaktion auf ein Anhörungsschreiben bestünde nicht. Bei der Bg. handele es sich auch um einen professionellen Akteur. In der Entscheidung seien nur die Gründe zu benennen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen hätten. Ausführungen zu nicht bekannten Umständen könnten nicht erfolgen. Von der Bg. nach Bescheiderlass nachgeschobene Argumente seien präkludiert. Andernfalls würde Sinn und Zweck der fristgebundenen Entscheidung konterkariert und das Ziel der Statusklarheit nicht erreicht werden. So seien vor allem die nachträglich vorgetragene Marktentwicklung, der Renteneintritt von L, die Kündigung des Chefarztes am Klinikum W, das Ausscheiden des Klinikums F aus der Leistungserbringung, die Einstellung von G, die Erhöhung des Marktpotentials und die detaillierten Ausführungen zur Kooperation mit der R Klinik nicht mehr zu berücksichtigen. Selbst bei Annahme, es sei keine Präklusion gegeben, könne nicht von einer berechtigten mengenmäßigen Erwartung ausgegangen werden. Abzustellen sei auf eine zu erfüllende Mindestmenge von 75 Eingriffen. In den beiden relevanten Leistungszeiträumen sei diese Anzahl deutlich unterschritten worden. Dabei habe es sich auch nicht nur um einen Ausreißer nach unten gehandelt. Eine positive Prognose könne nicht mit dem Ausscheiden des Klinikums F aus der Leistungserbringung, dem Renteneintritt von L, etwaigen Akquisemöglichkeiten, der Kooperation mit der R Klinik, die Neubesetzung der Stelle des Stationsleiters der Thoraxchirurgie durch G und eine etwaig gestiegene Fallzahlentwicklung begründet werden. Im Hinblick auf die Einstellung von G sei zu berücksichtigen, dass allein die Einstellung zusätzlichen Personals nicht geeignet sei, eine Verlagerung des Patientenpotentials zu bewirken. Eine Fallzahlsteigerung sei vorliegend spekulativ, da es auf das Zuweisungsverhalten ankomme und unklar sei, welche Akquisemaßnahmen durchgeführt worden seien. In Bezug auf eine etwaige Zunahme von Lungenkarzinomen in Deutschland würde dieser Anstieg nicht sprunghaft erfolgen, so dass hier bestenfalls ein geringer Fallzuwachs begründet werden könnte. Es verbliebe sehr unkonkret, welche weiteren Leistungserbringer aus dem Markt angeblich ausscheiden würden. Die Angaben zu Akquisemaßnahmen, zur Durchführung von Besuchen bei Niedergelassenen, zur Verteilung von Flyern und Informationsmaterialien und auch hinsichtlich der Einstellung von Leistungsbereichen anderer Kliniken seien nicht ausreichend, um eine positive Prognose herbeizuführen.

13
Die Bf. beantragen,

den Beschluss des SG Nürnberg vom 24.01.2025 – S 14 KR 501/24 ER aufzuheben und den Antrag der Antragstellerin auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage vom 25.10.2024 abzuweisen.

14
Die Bg. beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

15
Soweit im Schreiben vom 28.02.2025 ein neuer Verwaltungsakt der Bf. zu sehen sei, werde die Klage auch darauf erstreckt. Die Bf. hätten eigenständige Verwaltungsverfahren führen müssen, denn nur so hätten eigene Verwaltungsakte erlassen werden können. Die Unterlagen der Bf. wiesen keine jeweils eigenständig durchgeführten Verwaltungsverfahren nach. So sei den Einladungen nicht zu entnehmen, welche Bf. durch welche Personen vertreten worden seien bzw. wer zu den Präsenzsitzungen geladen worden sei. Vermutlich hätten auch nicht alle Bf. an den Präsenzsitzungen teilgenommen. Den Zugang des Anhörungsschreibens vom 22.08.2024 hätten die Bf. nicht bewiesen. Der vorgelegte Screenshot lasse den Empfänger nicht erkennen und es sei auch kein konkreter Bezug zwischen dem Übersendungsschein und

dem Anhörungsschreiben festzustellen. Die DHL-Sendungsverfolgung sei kein geeigneter Nachweis. Es bleibe unklar, ob es sich bei der Datei „20240822A_LUCA“ tatsächlich um das behauptete Anhörungsschreiben gehandelt habe und wer Empfängerin der Sendung gewesen sei. Fragwürdig sei auch, ob das angeblich am 22.08.2024 verfasste Schreiben, das offensichtlich am 23.08.2024 um 12:14 Uhr zuletzt gespeichert worden sei, tatsächlich noch am selben Tag im Logistikzentrum M – G bearbeitet worden sein soll. Da es sich um einen fristgebundenen Verwaltungsakt handele, sei eine Nachholung der nicht entbehrlichen Anhörung nicht möglich. Das Prüfungsergebnis hätte bereits bis zum 07.10.2024 mitgeteilt werden müssen. Es gehe dabei um Planungssicherheit und eine verbindliche Klärung der Berechtigung zur Leistungserbringung. Gegenstand des Verfahrens sei auch nicht die abgegebene Prognose, sondern die Widerlegungsentscheidung der Bf. Wie das Anhörungsschreiben zeige, sei auch der Sachverhalt noch nicht vollständig von den Bf. aufgeklärt gewesen und es habe im Rahmen der Amtsermittlungspflicht Anlass bestanden, weitere Informationen einzuholen. Mangels Anhörung sei ein weiterer Vortrag nicht präkludiert. Die gesetzlichen Vorschriften sähen ebenso keine Präklusion oder ähnliche Rechtsfolgen vor. Der Hinweis, dass nicht erkennbar sei, welchen Einfluss die Etablierung des Lungenzentrums auf die weitere Entwicklung der Fallzahlen habe und nicht nachvollziehbar sei, inwiefern ein Wegfall von Leistungen anderer Häuser zu einer Steigerung der Fallzahlen in A führen würde, sei ungenügend. Bloße Zweifel reichten nicht aus, vielmehr müssten diese begründet werden. Eine Prognose könne stets nicht bis zur letzten Sicherheit belegt werden. Eine von den Bf. geforderte quantitative Untermauerung der Argumente sei tatsächlich nicht immer möglich. Allein der Verweis auf das Nichterreichen der Mindestmengen sei nicht ausreichend. Die Bf. hätten konkret zu begründen, weshalb die ergriffenen Maßnahmen nicht zu einer Steigerung der Operationszahlen führen könnten. Bezugspunkt für die Mindestmenge seien 40 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses, denn erst ab 2025 gelte eine Mindestmenge von 75 Leistungen. Insofern seien Abrechnungsbestimmungen streng nach ihrem Wortlaut anzuwenden. Hieraus ergebe sich, dass die Mindestmengen des laufenden Jahres beziehungsweise des Vorjahres als Bezugsgröße heranzuziehen seien. Die Neubesetzung des Sektionsleiters mit G und dessen Expertise – Spezialisierung auf moderner und minimalinvasiver OP-Techniken – würde sich positiv auf den Patientenzustrom auswirken. Er habe auch von 2011 bis Ende 2019 in I gearbeitet und von 2007 bis 2011 eine Assistenzarztstelle in der Klinik L gehabt. Dadurch habe er ein Netzwerk im Umkreis der Klinik aufbauen können. Die Marktposition werde durch das Ausscheiden des Klinikums F, das ab dem Jahr 2025 keine mindestmengenrelevanten Eingriffe mehr anbiete, verbessert. Es könne berechtigt davon ausgegangen werden, dass diese Patienten durch das Lungenzentrum akquiriert werden könnten und damit die Mindestmenge übertroffen werde. Weiter sei der Renteneintritt von L am Klinikum N und die Absicht, neue Einweiser zu akquirieren zu berücksichtigen. Es sei geplant niedergelassene Pneumologen, Hausärzte und onkologische Praxen zu besuchen, um einen Kontakt herzustellen und mit diesen im Austausch zu bleiben. Es seien weitere Kooperationen mit Kliniken in der Region, die thoraxchirurgische Leistungen nicht mehr anböten, wie etwa F und W, vorgesehen. Zum interdisziplinären Lungenzentrum W1 seien Flyer und Informationsmaterialien erstellt worden, um die Bekanntheit und Akzeptanz in der Region weiter zu erhöhen. Auch gebe es eine Kooperation mit der R Klinik. Zwar seien im Kooperationsvertrag etwaige Zuweisungen nicht geregelt, da dies rechtlich nicht zulässig sei, aber man würde sich hier deutlich verstärkt Zuweisern präsentieren. Zuweisungen seien hier verstärkt zu erwarten. Es könne Diagnostik, Behandlung, Operation und Weiterbehandlung aus einer Hand angeboten werden. Die R Klinik, die selbst keine mindestmengenrelevanten Eingriffe vornehme, versorge jährlich viele Patienten mit der Erstdiagnose Lungenkarzinom. Auch zeigten die dortigen Fallzahlen für 2022 bis 2024 eine kontinuierliche Zunahme von Patienten mit Lungenkarzinomen. Der Neubau der R Klinik, dessen Bezug Mitte 2025 geplant sei, werde zur weiteren Steigerung von Fallzahlen führen. Dort bestünden erhebliche Standardvorteile. Es liege auch ein entsprechendes Marktpotential vor. Auf Basis der Inzidenzen zur Erstdiagnose des Lungenkarzinoms aus dem Kapitel „Krebs in Deutschland“ lasse sich in Bezug auf die Bevölkerungszahl von Stadt und Landkreis A eine Patientenzahl von ca. 92 herleiten. Zudem gehe das Einzugsgebiet des Krankenhauses auch noch deutlich darüber hinaus. Hinzu kämen noch Patienten mit Sekundärtumoren. Die Wahlfreiheit der Patienten führe dazu, dass kein Krankenhaus sich sicher sein könne, dass Patienten ihres Einzugsgebietes sich für eine Operation in ihrem Krankenhaus entscheiden würden. Somit könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass Patienten eher nach N orientiert seien. Auch die rasante Entwicklung in der Onkologie sei zu beachten. Aktuelle Zahlen belegten eine deutliche Zunahme der maßgeblichen Behandlungen. Im Dezember 2024 seien fünf anatomische Resektionen durchgeführt worden, im Januar 2025 hätten mehrere Patienten aufgrund des Leistungserbringungsverbotes verlegt werden müssen, im Februar seien bislang zwei Patienten operiert worden. Eine langfristige Planung sei nicht möglich. Allerdings seien vier Patienten

in einer Vorbehandlung mit Chemotherapie und würden voraussichtlich in zwei bis drei Monaten operiert werden können. Es zeige sich eine positive Fallzahlenentwicklung in den Tumorkonferenzen. Hier seien innerhalb von nur fünf Wochen im Jahr 2025 insgesamt 26 Patienten mit primären Lungenkarzinom vorgestellt worden, wovon 11 Patienten eine potentiell kurative Operation empfohlen worden sei. Neben wirtschaftlichen Interessen sei auch das Grundrecht der Berufsfreiheit nach Art. 12 Grundgesetz (GG) zu berücksichtigen. Nach einer von der Bg. übersandten Aufstellung ergaben sich folgende mindestmengenrelevante Fälle:

Juli 2024: 4

August 2024: 2

September 2024: 2

Oktober 2024: 2

November 2024: 2

Dezember 2024: 5

Januar 2025: 1

Februar 2025: 3

März 2025: 3

April 2025: 3

Mai 2025: 3

16
Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die vorgelegte Verwaltungsakte der Bf. sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

II.

17
Die form- und fristgerechte Beschwerde hat Erfolg. Sie ist zulässig (§§ 172 Abs. 1, 173 Sozialgerichtsgesetz -SGG-) und begründet. Der Beschluss des SG vom 24.01.2025 ist aufzuheben und der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage der Bg. gegen den Bescheid der Bf. vom 26.09.2024 abzulehnen.

18
1. Streitgegenstand ist die von der Bg. beantragte Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihrer Anfechtungsklage gegen den Widerlegungsbescheid vom 26.09.2024. Zulässigerweise beantragt die Bf. einstweiligen Rechtsschutz nach § 86b Abs. 1 SGG.

19
a) Bei der Entscheidung nach § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V über die Widerlegung einer Mindestmengenprognose handelt es sich um – jeweils in Bezug auf die einzelnen Bg. getrennte – Verwaltungsakte iSv § 31 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Es werden darin Entscheidungen von Behörden zur Regelung von Einzelfällen auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts mit unmittelbarer Rechtswirkung nach außen getroffen. Die Bf. haben mit Erlass des Bescheides vom 26.09.2024 – in diesem sind ihre jeweiligen Verwaltungsakte formal zusammengefasst, wofür auch die Unterzeichnung des Bescheides durch jeweils einen Vertreter eines jeden Bf. spricht – gemeinsam und einheitlich (§ 136b Abs. 5 Satz 9 SGB V) gehandelt. Ein Verstoß gegen das verfassungsrechtliche Verbot einer Mischverwaltung ist damit ausgeschlossen (vgl. hierzu und zum Vorliegen eines Verwaltungsaktes: BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris, Rn. 10 und 14).

20
b) Nachdem es keiner positiven Entscheidung für eine Erbringung und Abrechnung der thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen bedarf, ist die von der Bg. beim SG erhobene reine Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 SGG) statthafte Klageart (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris, Rn. 15 ff).

21
c) Der erhobenen Anfechtungsklage gegen den Bescheid vom 26.09.2024 kommt auch keine aufschiebende Wirkung iSv § 86a Abs. 1 Satz 1 SGG zu, denn diese entfällt nach § 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG in anderen durch Bundesgesetz vorgeschriebenen Fällen. § 136b Abs. 5 Satz 11 Hs. 2 SGB V schreibt insofern vor, dass die Klage gegen die Entscheidung nach § 136a Abs. 5 Satz 6 SGB V ab der Prognose für das Jahr 2023 – vorliegend geht es um eine Prognose für das Jahr 2025 – keine aufschiebende Wirkung hat. Die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes bemisst sich damit nach § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG (Anordnung der aufschiebenden Wirkung).

22
2. Der Antrag der Bg. auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Widerlegungsbescheid ist nicht begründet.

23
Nach § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen.

24
Die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes in der Form des § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG ist nur möglich, wenn das besondere Interesse der Bf. an der Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage gegenüber dem vom Gesetz vorausgesetzten Interesse an der sofortigen Vollziehbarkeit des Verwaltungsaktes überwiegt, wobei bei der Prüfung der Interessen zuerst auf die Erfolgsaussichten in der Hauptsache abzustellen ist. Unter Berücksichtigung des Grundsatzes in § 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG iVm § 136b Abs. 5 Satz 11 Hs. 2 SGB V (keine aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage) ist von einem Regel-Ausnahme-Verhältnis zugunsten des Suspensiveffektes auszugehen, denn der Gesetzgeber hat die sofortige Vollziehung zunächst angeordnet (zur Höhergewichtung des öffentlichen Vollzugsinteresses durch einen gesetzlichen Ausschluss der aufschiebenden Wirkung: BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris, Rn. 20). Davon abzuweichen besteht nur Anlass, wenn ein überwiegendes Interesse des durch den Verwaltungsakt Belasteten feststellbar ist (vgl. BayLSG, Beschluss vom 18.11.2008 – L 11 B 948/08 AS ER – juris). Die Anordnung der aufschiebenden Wirkung muss eine mit gewichtigen Argumenten zu begründende Ausnahme bleiben (vgl. auch Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl., § 86b Rn. 12c). Ist der Verwaltungsakt offenbar rechtswidrig und ist der Betroffene dadurch in seinen subjektiven Rechten verletzt, wird die aufschiebende Wirkung angeordnet, weil dann ein überwiegendes öffentliches Interesse oder Interesse eines Dritten an der Vollziehung nicht erkennbar ist. Ist die Klage aussichtslos, wird die aufschiebende Wirkung nicht angeordnet. Sind die Erfolgsaussichten nicht in dieser Weise abschätzbar, bleibt eine allgemeine Interessenabwägung vorzunehmen, wobei die Erfolgsaussichten des Hauptsacheverfahrens und die Entscheidung des Gesetzgebers in § 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG iVm § 136b Abs. 5 Satz 11 Hs. 2 SGB V mitberücksichtigt werden (so insgesamt Beschluss des Senats vom 22.04.2022 – L 20 KR 52/22 B ER – nicht veröffentlicht – mit Verweis auf Keller aaO Rn. 12f und BayLSG, Beschluss vom 18.11.2008 aaO). Im Rahmen einer Abwägung gilt im Grundsatz, dass je größer sich die Erfolgsaussichten der Klage darstellen, umso geringer die Anforderungen an das Aussetzungsinteresse sind, bzw. die Anforderungen an die Erfolgsaussichten umso geringer sind, je schwerer die Verwaltungsmaßnahme wirkt, wobei die Folgen, die bei einer späteren erfolgreichen Hauptsacheklage – bei zuvor nicht angeordneter aufschiebenden Wirkung – eintreten würden, denen gegenüber zu stellen sind, die entstünden, wenn die begehrte Eilentscheidung erlassen würde, der Klage aber der Erfolg zu versagen wäre (vgl. dazu Keller aaO Rn. 12f mwN; insgesamt so Beschluss des Senats vom 18.03.2024 – L 20 KR 8/24 B ER – nicht veröffentlicht).

25
Vorliegend bestehen keine überwiegenden Erfolgsaussichten der Hauptsacheklage dahingehend, dass von einer offenbaren Rechtswidrigkeit des Widerlegungsbescheides vom 26.09.2024 auszugehen wäre.

26
a) Der Bescheid vom 26.09.2024 ist formell rechtmäßig.

27
aa) Ein Anhörungsmangel liegt – jedenfalls zuletzt – nicht (mehr) vor.

28
Einem Beteiligten ist nach § 24 Abs. 1 SGB X, bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in seine Rechte eingreift, grundsätzlich Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern. Damit soll dem Anspruch auf die Wahrung des rechtlichen Gehörs entsprochen, das Vertrauensverhältnis zwischen dem Bürger und der Sozialverwaltung gestärkt, der Adressat vor Überraschungsentscheidungen geschützt und die Möglichkeit der Beteiligten, alle für sie günstigen Umstände vorbringen zu können, sichergestellt werden (vgl. BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris, Rn. 26 mwN). Bei einem Widerlegungsbescheid wird in die Rechte des Adressaten eingegriffen, so dass grundsätzlich vor der entsprechenden Entscheidung ein Anhörungsverfahren durchzuführen ist (vgl. dazu im Einzelnen auch BSG aaO Rn. 26 ff und LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 26.01.2023 – L 10 KR 125/22 B ER – juris, Rn. 23, insbesondere auch zur erheblichen Bedeutung der Anhörung im Rahmen der Prognosewiderlegung ua unter Berücksichtigung des fehlenden Vorverfahrens; kritisch zur Frage, ob es sich bei der Widerlegung um einen Eingriff handelt: Knispel, jurisPR-SozR 4/2024 Anm. 2). Zu beachten ist insofern, dass es im Rahmen einer Widerlegungsentscheidung kein Vorverfahren – in dem ggf. weitere Ergänzungen gemacht werden könnten – gibt (§ 136b Abs. 5 Satz 11 SGB V), und es das Recht auf ein faires Verfahren verlangt, dass dem Krankenhausträger vor der Widerlegung seiner Prognose Gelegenheit gegeben wird, erkennbar unvollständige oder unplausible Angaben zu konkretisieren oder zu ergänzen (vgl. BSG aaO Rn. 29).

29
Vorliegend erscheint es dem Senat als offen, ob hier ein Anhörungsverfahren vor der Widerlegungsentscheidung als durchgeführt gelten kann. Wollte man hierauf abstellen, so wäre im Rahmen eines Hauptsachverfahrens weiter zu prüfen, ob ggf. auch durch Zeugenbeweis oder anhand von weiteren Urkunden – etwa ein Einlieferungsbeleg und die Reproduktion des Auslieferungsbelegs vom Postdienstleister (vgl. zu den Beweisproblemen bei einem Kündigungsschreiben: Müller, BB 2024, 245) – aufgeklärt werden könnte, ob der Bg. das Anhörungsschreiben der Bf. vom 22.08.2024 tatsächlich zugegangen ist.

30
Die Entbehrlichkeit einer Anhörung im vorliegenden Verfahren kann sich nicht aus den Ausnahmetatbeständen nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB X ergeben, denn zum einen wollten die Bg. gerade eine Anhörung durchführen, zum anderen fehlt es hierfür jedenfalls an einer Ermessensentscheidung der Bg., ob von der Anhörung abzusehen wäre (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris, Rn. 28).

31
Letztlich kann dies vorliegend offenbleiben, denn jedenfalls kann eine Anhörung nachgeholt werden, was vorliegend auch wirksam geschehen ist.

32
Nach § 41 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 SGB X ist eine Verletzung von Verfahrens- oder Formvorschriften, die den Verwaltungsakt nicht nach § 40 SGB X nichtig macht, unbeachtlich, wenn ua die erforderliche Anhörung eines Beteiligten bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozial- oder verwaltungsgerichtlichen Verfahrens nachgeholt wird. Ist – wie vorliegend – ein Gerichtsverfahren bereits anhängig – die Bg. hat am 25.10.2024 Klage beim SG erhoben (Az. S 14 KR 410/24) –, setzt die Nachholung voraus, dass die Behörde dem Betroffenen in einem mehr oder minder förmlichen Verwaltungsverfahren durch ein gesondertes Anhörungsschreiben mit einer angemessenen Äußerungsfrist Gelegenheit zur Stellungnahme zu den entscheidungserheblichen Tatsachen gibt, das Vorbringen zur Kenntnis nimmt sowie im Anschluss daran erkennen lässt, ob sie nach erneuter Prüfung dieser Tatsachen am bisher erlassenen Verwaltungsakt festhält (BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris, Rn. 31 mwN). Auf die entsprechende Möglichkeit der Nachholung im Rahmen eines Widerlegungsverfahren hat das BSG (aaO) ausdrücklich hingewiesen (dahingehend offenbar auch LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 26.01.2023 – L 10 KR 125/22 B ER – juris, Rn. 25 – und die von den Bf. vorgelegte Entscheidung des BayLSG, Beschluss vom 31.03.2025 – L 4 KR 15/25 B ER).

33
Soweit die Bg. darauf verweist, dass der Nachholung der Anhörung im Hinblick auf Sinn und Zweck der Verfahrensregelungen in § 136b Abs. 5 Sätze 3 bis 8 SGB V (verbindliche Klärung der Berechtigung des

Krankenhauses zur Erbringung und Abrechnung der mindestmengenbelegten Leistungen vor Beginn des maßgeblichen Kalenderjahres herbeizuführen und Schaffung von Rechtssicherheit; vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris, Rn. 13) überzeugt dies nicht. Es ergibt sich auch weder aus § 136b Abs. 5 SGB V noch aus § 5 Abs. 5 der Regelungen des G-BA gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen – Mm-R) idF vom 21.12.2023 (BAnz. AT 14.02.2024 B8), dass eine Anhörung nicht nachholbar sein soll. § 41 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 SGB X sieht dagegen ausdrücklich die Möglichkeit der Nachholung vor. Auch im Falle, dass ein Krankenhaus mit einer Widerlegungsentscheidung nicht einverstanden ist und um Rechtsschutz nachsucht, bleibt es letztlich bis zur rechtskräftigen Entscheidung unklar, ob das Krankenhaus bei Aufhebung des Widerlegungsbescheides oder bei Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage nicht doch berechtigt sein wird, entsprechende Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Im Übrigen hatte die Bg. auch durch den Bescheid der Bf. vom 16.09.2024 in jedem Fall unter Wahrung der Frist bis zum 07.10.2024 (§ 5 Abs. 5 Satz 1 Mm-R) Kenntnis vom Ergebnis der Prüfung der Prognose.

34
Die Bf. haben der Bg. mit Schreiben vom 06.02.2025 (erneut) zu einer Widerlegungsentscheidung angehört und Gelegenheit zur Stellungnahme unter Darlegung des bisherigen Sachstandes gegeben. Die Bg. hat hierzu mit Schreiben vom 20.02.2025 umfassend Stellung genommen und die Bf. haben hierzu mit Schreiben vom 28.02.2025 mitgeteilt, dass sie an der getroffenen Widerlegungsentscheidung festhalten. Damit wurde das Anhörungsverfahren in einem ausreichend förmlichen Rahmen nachgeholt. Die Mitteilung, dass an der Entscheidung festgehalten wird, stellt keinen weiteren Verwaltungsakt iSv § 31 SGB X dar (vgl. auch Schütze in Schütze, SGB X, 9. Auflage 2020, § 41 Rn. 17), denn eine (weitere) Regelung im Vergleich zum Widerlegungsbescheid vom 26.09.2024 wird damit gerade nicht getroffen. Zur Heilung eines Anhörungsmangels bedarf es insofern auch keines weiteren Verwaltungsaktes (vgl. dazu auch Sandbiller in BeckOGK, SGB X, Stand: 15.11.2024, § 41 Rn. 34).

35
bb) Auch vermag der Senat keine formelle Rechtswidrigkeit des Widerlegungsbescheides wegen fehlender Begründung anzunehmen.

36
Nach § 35 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist ua ein schriftlicher Verwaltungsakt mit einer Begründung zu versehen. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben (§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X). Dabei bedarf es keiner Entscheidungsbegründung in allen Einzelheiten, vielmehr sind den Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben (vgl. dazu BSG, Urteil vom 09.12.2004 – B 6 KA 44/03 R – juris, Rn. 32; Mutschler in BeckOGK-SGB X, Stand: 01.05.2021, § 35 Rn. 7). Es genügt die Angabe der tragenden Erwägungen; Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, müssen nicht nochmals ausführlich dargelegt werden (vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2023 – B 1 KR 8/23 R – juris, Rn. 15 mwN). Sofern die Begründung des Bescheides den Anforderungen des § 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X nicht entsprechen würde, kann nicht allein deswegen eine Aufhebung beansprucht werden, denn nach § 42 Satz 1 SGB X rechtfertigen bei rechtsgebundenen Verwaltungsakten bloße Begründungsmängel grundsätzlich nicht deren Aufhebung (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.2012 – B 6 KA 37/11 R – juris, Rn. 19). Vorliegend handelt es sich aber im Rahmen der Entscheidung nach § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V (nach der Änderung durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz zum 20.07.2021) um keine Ermessensentscheidung mehr, sondern schon nach dem Wortlaut „müssen … widerlegen“ um eine gebundene Entscheidung (vgl. dazu auch BT-Drs. 18/26822, S. 92). Ob die für wesentlich erachteten und benannten Gründe tatsächlich und rechtlich tragfähig sind, ist im Übrigen keine Frage der formellen Rechtmäßigkeit iSv § 35 SGB X, sondern der materiellen Rechtmäßigkeitsprüfung des Verwaltungsaktes (vgl. auch Mutschler in BeckOGK-SGB X, Stand: 01.05.2021, § 35 Rn. 10; zum Ganzen auch Beschluss des Senats vom 18.03.2024 – L 20 KR 8/24 B ER – nicht veröffentlicht).

37
cc) Nach summarischer Prüfung kann der Senat auch keinen Mangel im Verfahren zum Zustandekommen des Verwaltungsaktes feststellen.

38

Nach den von den Bf. vorgelegten Unterlagen geht der Senat nach derzeitigem Stand davon aus, dass das verfassungsrechtliche Verbot einer Mischverwaltung aus Bund und Ländern beachtet haben und entsprechend der verfassungskonformen Auslegung des § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V jeweils für sich in getrennten Verwaltungsakten über die Widerlegung der Prognose der Bg. ordnungsgemäß entschieden haben (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris, Rn. 14 – mwN). Es ist ersichtlich, dass die Kassenverbände jeweils für sich die Widerlegung der Prognose beschlossen haben und die im Rahmen des Bescheides vom 26.09.2024 zusammengefassten gleichlautenden Entscheidungen getroffen haben, so dass die Eigenverantwortlichkeit gewahrt geblieben ist; und die Entscheidungen den Kassenverbänden rechtlich jeweils als ihre Eigenen zuzuordnen sind (vgl. BSG aaO). Konkrete Anhaltspunkte dafür, die Bf. wären nicht alle zu den Präsenzsitzungen am 16.09.2024 und 26.09.2024 geladen worden und dort nicht vertreten gewesen, ergeben sich zuletzt nicht mehr. Wie sich aus dem Protokoll zur Sitzung am 16.09.2024 erkennen lässt, haben sich dort alle Vertreter auf die gemeinsame Linie geeinigt, die Prognose der Bg. zu widerlegen. Aus den vorgelegten Teilnehmerverzeichnissen ergibt sich, dass auch die Bf. zu 3. durch Herrn W, die Bf. zu 4. durch Frau N (16.09.2024) bzw. Herrn S (26.09.2024) und die Bf. zu 5. durch Herrn R vertreten waren, was zunächst von der Bg. angezweifelt worden war. Auch wurde der Bescheid vom 26.09.2024 jeweils von allen Bf. unterzeichnet und auch die Mitteilung vom 25.03.2025 über das Festhalten an dieser Entscheidung wurde von den jeweiligen Vertretern unterschriftlich bestätigt.

39
Die Bf. haben der Bg. auch fristgerecht bis zum 07.10.2024, nämlich mit dem Bescheid vom 16.09.2024, das Ergebnis der Prüfung der Prognose mitgeteilt (§ 5 Abs. 5 Satz 1 Mm-R) und die Prognose durch den Bescheid vom 16.09.2024 widerlegt (§ 5 Abs. 5 Satz 2 Mm-R). Dass die Bf. mit dem Schreiben vom 25.03.2025 mitgeteilt haben, dass sie nach der Nachholung der Anhörung daran festhalten, ist insofern unerheblich, als es sich diesbezüglich nicht um einen Bescheid handelt (siehe dazu oben).

40
b) Der Widerlegungsbescheid vom 26.09.2024 ist auch nicht erkennbar materiell rechtswidrig, denn die Prognose der Bg. war von den Bf. zu widerlegen (§ 136b Abs. 5 Satz 6 Hs. 1 SGB V bzw. § 4 Abs. 4 Satz 1 Mm-R).

41
Nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V fasst der G-BA für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse – diese sind nach § 136b Abs. 2 Satz 1 SGB V für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich – über einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses. Mit den Mm-R – vorliegend maßgeblich idF vom 21.12.2023 – hat der G-BA den entsprechenden Beschluss erlassen. In Nr. 8 der Anlage Mindestmengenkatalog zu den Mm-R ist für die Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen eine jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses iHv 75 festgelegt. Für die Kalenderjahre 2022 und 2023 galt übergangsweise noch keine Mindestmenge und im Kalenderjahr 2024 übergangsweise eine Mindestmenge von 40 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. Krankenhäuser, die die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreichen werden, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirken (§ 136b Abs. 5 Satz 1 SGB V, § 4 Abs. 5 Satz 1 Mm-R) und ihnen steht im Falle einer dennoch bewirkten Leistung kein Vergütungsanspruch zu (§ 136 Abs. 5 Satz 2 SGB V, § 4 Abs. 5 Satz 2 Mm-R).

42
Nach § 136b Abs. 5 Satz 3 SGB V und § 4 Abs. 1 Satz 1 Mm-R muss die Bg. für die Zulässigkeit der Leistungserbringung gegenüber den Bf. jährlich darlegen – das Nähere hierzu regelt der G-BA im Beschluss nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (§ 136b Abs. 5 Satz 5 SGB V) –, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Dabei liegt eine berechtigte mengenmäßige Erwartung 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 (§ 136 Abs. 5 Satz 4 SGB V und § 4 Abs. 1 Satz 2 Mm-R). Die voraussichtliche Leistungsentwicklung ist von der Bf. nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Mm-R 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. Dabei können auch weitere Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung von der Bg. herangezogen werden (§ 4 Abs. 2 Satz 3 Mm-R). Ein solch weiterer Umstand ist gem. § 4 Abs. 2 Satz 4 Mm-R auch die COVID-19-Pandemie.

43
Die Bf. müssen nach § 136b Abs. 5 Satz 6 Hs. 1 SGB V und § 4 Abs. 4 Satz 1 Mm-R – dies ist vorliegend die Rechtsgrundlage des Widerlegungsbescheides vom 26.09.2024 – wiederum für Krankenhausstandorte in ihrer Zuständigkeit ab der Prognose für das Kalenderjahr 2024 bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose durch Bescheid widerlegen (Entscheidung). Die vom G-BA nach § 136 Abs. 5 Satz 6 Hs. 2 SGB V festzulegenden Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel finden sich in § 4 Abs. 4 Satz 2 Mm-R – nach § 4 Abs. 4 Satz 3 Mm-R sind diese ab den Prognosen für das Kalenderjahr 2024 anzuwenden –, wonach begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose in der Regel vorliegen, wenn beispielsweise (a) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 Mm-R nicht erreicht wurde und auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 bis 4 Mm-R konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.

44
(b) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 Mm-R nicht erreicht wurde, sich die vom Krankenhausträger getroffene Prognose ausschließlich auf die erreichte Leistungsmenge im Zeitraum gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Mm-R stützt und unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 und Satz 3 Mm-R konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.

45
Die von der Bg. mit Schreiben vom 30.07.2024 (damit nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Mm-R rechtzeitig) vorgelegte Prognose betreffend das Kalenderjahr 2025 für den Standort des Klinikums in A ist von den Bf. danach zu widerlegen gewesen.

46
aa) Die vorliegend anzustellende Prognose stellt die Erwartung an eine Entwicklung von Behandlungsfällen für künftige Zeiträume unter Berücksichtigung der im Zeitpunkt der Prognoseerstellung bekannten Umstände und Informationen dar. Sachgerecht ist eine Prognose, wenn sie auf erhobenen Daten und Fakten und damit auf Erkenntnissen aus der Vergangenheit beruht, auf deren Basis unter Berücksichtigung zu erwartender Veränderungen eine Vorausschau für die Zukunft getroffen wird, wobei alle bei der Prognosestellung für die Beurteilung der künftigen Entwicklung erkennbaren Umstände zu berücksichtigen sind, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind und Einfluss auf die zu beurteilenden Umstände haben (vgl. BSG, Urteil vom 03.08.2016 – B 6 KA 20/15 – juris, Rn. 24). Entscheidend sind dabei die Verhältnisse zur Zeit der Prognoseentscheidung, so dass grundsätzlich nur die zu diesem Zeitpunkt erkennbaren Umstände maßgeblich sein können und spätere Entwicklungen, die noch nicht erkennbar waren, eine Prognose weder bestätigen noch widerlegen können (vgl. BSG, Urteil vom 03.08.2016 – B 6 KA 20/15 – juris, Rn. 24; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 22.08.2019 – L 1 KR 196/19 B ER – juris, Rn. 27; insgesamt auch Beschluss des Senats vom 18.03.2024 – L 20 KR 8/24 B ER – nicht veröffentlicht). Vom Gericht ist (daher nur) zu prüfen, ob der der Prognose zugrunde gelegte Sachverhalt den Schluss auf die hypothetische Tatsache erlaubt, was dann nicht gegeben ist, wenn die der Prognose zugrundeliegenden Tatsachen nicht richtig festgestellt oder nicht alle wesentlichen in Betracht kommenden Umstände hinreichend gewürdigt worden sind oder die Prognose auf unrichtigen oder unsachlichen Erwägungen beruht (vgl. BSG, Urteil vom 03.08.2016 – B 6 KA 20/15 – juris, Rn. 25). Abzustellen ist dabei grundsätzlich auf die zum Zeitpunkt der Verwaltungsentscheidung bekannten oder erkennbarem Umstände (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 22.08.2019 – L 1 KR 196/19 B ER – juris, Rn. 28; Beschluss des Senats vom 18.03.2024 – L 20 KR 8/24 B ER – nicht veröffentlicht).

47
Soweit die Prognose nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Mm-R bis spätestens zum 7. August des laufenden Kalenderjahres zu übermitteln ist, folgt daraus keine Präklusion eines weiteren Vorbringens nach diesem Zeitpunkt. Dies ergibt sich schon daraus, dass eine Anhörung vor Erlass eines Widerlegungsbescheides zu erfolgen hat (siehe dazu bereits oben), und diese grundsätzlich nach dem 7. August des laufenden Kalenderjahres bis zur Entscheidung spätestens am 7. Oktober des laufenden Kalenderjahres (§ 5 Abs. 5 Satz 1 Mm-R) durchgeführt werden kann. Wäre ein Krankenhausträger mit weiterem Vortrag nach dem 7. August eines Kalenderjahres ausgeschlossen, so bräuchte es keiner Anhörung. Das Recht auf ein faires Verfahren soll dem Krankenhausträger vor der Widerlegung seiner Prognose gerade Gelegenheit geben, erkennbar unvollständige oder unplausible Angaben zu konkretisieren oder zu ergänzen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.07.2024 – L 5 KR 1548/24 ER-B – juris, Rn. 40 mit Verweis auf BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris). Zudem könnten auch die Anforderungen an Ausschlussfristen im Hinblick auf deren Rechtsfolgen gegen eine Präklusion sprechen (so BayLSG, Beschluss vom 19.03.2024 – L 5 KR 22/24 B ER – juris, Rn. 50; dazu auch HessLSG, Beschluss vom 07.05.2024 – L 8 KR 88/24 B ER – juris, Rn. 36). Jedenfalls bei ordnungsgemäßer Durchführung der Anhörung – in deren Rahmen besteht Gelegenheit, erkennbar unvollständige und unplausible Angaben zu konkretisieren oder zu ergänzen (vgl. dazu LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 05.06.2023 – L 10 KR/119/23 B ER – juris, Rn. 35) – bleibt dann die Entscheidung über eine Widerlegung die zeitliche Grenze für eine weitere Begründung der angegebenen Prognose. Anschließend kann die Prognose nicht mehr auf eine neue Grundlage gestellt und es können keine weiteren Umstände zur Untermauerung angebracht werden (vgl. dazu auch LSG Nordrhein-Westfalen, aaO; SG Neubrandenburg, Gerichtsbescheid vom 23.02.2024 – S 8 KR 83/22 – juris, Rn. 52).

48
In Fällen, in denen eine Anhörung vor Erlass des Widerlegungsbescheides nicht stattgefunden hat und entsprechend nachgeholt wird, besteht für den Krankenhausträger dagegen noch die Gelegenheit bis zur Entscheidung, dass es bei der Widerlegungsentscheidung verbleibt, unvollständige oder unplausible Angaben zu konkretisieren oder zu ergänzen, denn nur so kann die Nachholung einer Anhörung, wie im vorliegenden Fall dem Gebot eines fairen Verfahrens gerecht werden. Demzufolge ist das Vorbringen der Bg. in ihrem Schreiben vom 20.02.2025 zu berücksichtigen, soweit sie damit ihre bisherigen Angaben, die die Bf. dem Bescheid vom 26.09.2024 zugrundet gelegt hatten, konkretisiert bzw. ergänzt hat.

49
Zur Prognoseregelung in § 136b Abs. 4 Satz 3 SGB V (nunmehr in § 136b Abs. 5 Satz 4 SGB V geregelt) idF des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 (BGBl. I 2229) hat der Gesetzgeber darauf verwiesen, dass die Prognosekompetenz grundsätzlich beim Krankenhausträger liegt, da er über die Gesamtheit der Informationen verfügt, die notwendig ist, um die zukünftige Leistungsentwicklung beurteilen zu können (vgl. BR-Drs. 277/15, S. 102). Voraussetzung für eine Widerlegung (nunmehr in § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V geregelt) ist nach Auffassung des Gesetzgebers, dass tatsächliche Anhaltspunkte begründeten Anlass zu erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit der getroffenen Prognose geben. Hieraus und auch aus der Formulierung in § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V („bei begründeten erheblichen Zweifeln“) wird deutlich, dass die Bf. nicht ohne weiteres bei jeglicher Unsicherheit der tatsächlichen Entwicklung – eine gewisse Unsicherheit ist jeder Prognose immanent – die Prognose der Bg. widerlegen kann, denn „einfache“ Zweifel am Erreichen der vom Krankenhaus prognostizierten Mengen an Behandlungsfällen sollen gerade nicht ausreichend sein. Begründete erhebliche Zweifel liegen nach § 136 Abs. 5 Satz 6 Hs. 2 SGB V iVm § 4 Abs. 4 Satz 2 Mm-R in der Regel vor, wenn beispielsweise (a) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nicht erreicht wurde und auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 bis 4 Mm-R konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen oder (b) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nicht erreicht wurde, sich die vom Krankenhausträger getroffene Prognose ausschließlich auf die erreichte Leistungsmenge im vorausgegangenen Kalenderhalbjahr und dem ersten Kalenderhalbjahr im Prognosezeitpunkt stützt und unter Berücksichtigung der personellen und strukturellen Veränderungen und weiteren Umstände konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.

50

bb) Die Bg. hat die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 Mm-R nicht erreicht.

51
Ausgehend von der Erstellung der Prognose im Jahr 2024 kommt es insofern auf die Behandlungsfälle im Jahr 2023 an, die von der Bg. mit 32 mindestmengenrelevanten Fällen angegeben worden war.

52
Maßgebende Mindestmenge sind insofern 75 Fälle (Nr. 8 der Anlage Mindestmengenkatalog zu den Mm-R). Entscheidend für die Prognose ist jeweils das nächstfolgende Kalenderjahr, vorliegend das Jahr 2025. Hier ist zu prognostizieren, ob die für dieses Jahr (2025: 75 Fälle) maßgebliche Mindestmenge erreicht werden wird. Insofern sehen § 136b Abs. 5 Satz 3 SGB V und § 4 Abs. 1 Satz 1 Mn-R vor, dass darzulegen ist, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird. Dies ist zugleich auch die „maßgebliche Mindestmenge“, bei deren Erreichen nach § 136b Abs. 5 Satz 4 SGB V eine berechtigte mengenmäßige Erwartung in der Regel angenommen werden kann. Sofern die Bg. davon ausgeht, dass Bezugspunkt für die berechtigte mengenmäßige Erwartung das Kalenderjahr sein soll, aus dem die eingestellte Leistungsmenge stammt – damit hätte ausgehend von 2023 noch keine Mindestmenge für die vorliegenden Behandlungsfälle gegolten bzw. bei einem Abstellen auf das Jahr 2024 wären 40 Fälle maßgeblich –, geht dies fehl. So sehen auch die Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der Mm-R – Ergänzung um eine Nr. 10 der Anlage vom 16.12.2021 vor, dass Anknüpfungspunkt für die zu erreichende „erforderliche“ oder „maßgebliche“ Mindestmenge nach § 136b Abs. 5 Satz 3 und 4 SGB V die Mindestmenge ist, die im jeweils nächsten Kalenderjahr gilt (Seite 41 der Tragenden Gründe). Auf Seite 42/43 der Tragenden Gründe wird angegeben, dass eine berechtigte mengenmäßige Erwartung in der Regel vorliegt, wenn das Krankenhaus im Kalenderjahr 2023 (obwohl in 2023 noch keine Mindestmenge galt) eine Leistungsmenge von 75 Leistungen je Standort eines Krankenhauses erreicht hat (§ 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 Mm-R) bzw. sich eine berechtigte mengenmäßige Erwartung ferner daraus ergeben kann, dass das Krankenhaus in den letzten zwei Quartalen von 2023 (obwohl in diesem Zeitraum noch keine Mindestmenge galt) und den ersten zwei Quartalen von 2024 (obwohl in diesem Zeitraum noch eine jährliche Mindestmenge von 40 galt) eine Leistungsmenge von 75 Leistungen je Standort eines Krankenhauses erreicht hat (§ 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Mm-R). Dies widerspricht auch nicht dem Wortlaut des § 136b Abs. 5 Satz 3 und 4 SGB V, denn im Hinblick auf die dort bezeichnete „maßgebliche Mindestmenge“ bezieht sich diese auf die Fallzahl, die im folgenden Kalenderjahr, auf das die Prognose abzielt, als Mindestmenge erreicht werden soll. Der Festlegung der Mindestmenge liegt die Annahme zugrunde, dass ein Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und -qualität besteht, so dass letztlich im Sinne der Patientensicherheit eine bestimmte Anzahl von Behandlungen pro Jahr stattfinden soll. In diesem Sinn soll prognostiziert werden, dass im folgenden Kalenderjahr die maßgebliche, vom G-BA festgelegte Mindestmenge erreicht werden soll. Es ist von daher schon nicht einleuchtend, weshalb für die Prognose auf das Vorjahr abgestellt werden sollte. Dies hätte zur Folge, dass aus der Erfüllung der für das Jahr 2023 geltenden Mindestmenge auf das Erreichen der Mindestmenge 2025 geschlossen werden könnte, vorliegend mithin, dass selbst bei null Behandlungsfällen 2023 sich hieraus die berechtigte Erwartung ergeben soll, dass 2025 dann 75 Behandlungsfälle erreicht werden. Aus § 136b Abs. 5 Satz 4 SGB V ist vielmehr für den vorliegenden Fall die Aussage zu entnehmen, dass wenn im Vorjahr von 2024 die Zahl von mindestens 75 Behandlungsfällen erreicht worden ist, viel dafürspricht, dass auch 2025 wieder mindestens 75 Behandlungsfälle erwartet werden können. Hätte der Gesetzgeber hier anderes gewollt, so wäre der Wortlaut des § 136b Abs. 5 Satz 4 SGB V dahingehend zu fassen gewesen, dass es etwa heißen müsste, dass im vorausgegangenen Kalenderjahr die „seinerzeit“ oder „in diesem Jahr“ maßgebliche Mindestmenge erreicht wurde.

53
cc) Auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 bis 4 Mm-R widersprechen konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose.

54
Zunächst ergeben sich aus der Leistungsmenge des vorausgegangenen Kalenderjahres und der Leistungsmenge in den letzten zwei Quartalen des vorausgegangenen Kalenderjahres und den ersten zwei Quartalen des laufenden Kalenderjahres keine Anhaltspunkte für die Erwartung einer Mindestmenge von 75 Fällen im Jahr 2025. Ausgehend von 32 Fällen im Zeitraum vom 01.01.2023 bis 31.12.2023 bzw. von 41

Fällen im Zeitraum vom 01.07.2023 bis 30.06.2024 müssten sich die Fallzahlen um 134% (von 32 auf 75) bzw. 83% (von 41 auf 75) erhöhen. Selbst wenn man das erste Halbjahr 2024 isoliert betrachten würde – dem stünde die Regelung des § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 Mm-R entgegen, nach denen immer ein Zeitraum von zwölf Monaten mit tatsächlichen Zahlen maßgeblich ist –, wäre bei einer Fallzahl von 25 und der Annahme von weiteren 25 Fällen im zweiten Halbjahr 2024 – tatsächlich wären es hier 17 Fälle gewesen, mithin in 2024 insgesamt 42 Fälle, die in etwa dem Niveau im Zeitraum vom 01.07.2023 bis 30.06.2024 entsprochen haben – noch immer ein Zuwachs von 33% notwendig. Zutreffend verweisen die Bf. deshalb in ihrem Bescheid vom 26.09.2024 darauf, dass zwar eine steigende Tendenz erkennbar ist, jedoch der Abstand zur Mindestmenge von 75 weit ist. Selbst wenn man eine entsprechende Fortführung der Steigerung annehmen wollte – ausgehend von 2023: 32 Fälle und 2024: 50 Fälle – ergäbe sich für 2025 prognostisch eine Fallzahl von bestenfalls 68, die immer noch unter der Mindestmenge von 75 läge.

55
Auch soweit die Bg. ihre Prognose auf personelle Veränderungen (§ 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 Mm-R), strukturelle Veränderungen (§ 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 Mm-R) und weitere Umstände (§ 4 Abs. 2 Satz 3 Mm-R), einschließlich der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie (§ 4 Abs. 2 Satz 4 Mm-R) gestützt hat, stehen deren Richtigkeit konkrete, objektive Umstände entgegen. Gerade in Fällen wie dem vorliegenden, in denen ausgehend von den Fallzahlen der Zeitabschnitte in § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 Mm-R Zuwachsquoten von 134% bzw. 83% zur Erreichung der Mindestmengen in 2025 notwendig wären, genügen allgemein gehaltene Darlegungen und Erwartungen ohne – eine für die zahlenbasierte Mindestmengenprognose grundsätzlich erforderliche – quantitative Untermauerung nicht (vgl. zur quantitativen Untermauerung: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.07.2024 – L 5 KR 1548/24 ER-B – juris, Rn. 48). Darauf haben die Bf. in ihrem Bescheid vom 26.09.2024 auch entsprechend hingewiesen. Die zu erstellende Prognose muss nach § 136b Abs. 5 Satz 3 SGB V darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird. Es bedarf daher einer Darlegung in der Prognose, welche mengenmäßige Erwartung mit den angegebenen Maßnahmen erreicht werden sollen. Nur so kann auch die Schlüssigkeit geprüft und nachvollzogen werden. Werden im Rahmen der zu treffenden Prognose des Krankenhauses einschließlich ihrer zulässigen Ergänzungen nur allgemeine Erwartungen ohne eine hinreichende Tatsachengrundlage dargelegt, die nur Ausdruck einer in gewissen Maße spekulativen Erwartungshaltung sind, ist dies nicht ausreichend (vgl. dazu etwa LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 05.06.2023 – L 10 KR 119/23 – juris, Rn. 36). Gibt es keine hinreichende Tatsachengrundlage auf die eine Erwartung gestützt werden kann, kann die mengenmäßige Erwartung regelmäßig nicht nachvollzogen werden und es sind begründete Zweifel zu erwarten.

56
In der Stellungnahme vom 30.07.2024 für die Prognose, in 2025 die Mindestmenge von 75 thoraxchirurgischen Eingriffen zur Behandlung des Lungenkarzinoms zu erreichen und zu übertreffen, wurde darauf verwiesen, dass 2024 die geforderte Mindestmenge von 40 Leistungen erreicht und übertroffen werden könne. Dies ist jedoch im Hinblick auf den Bezugspunkt von 75 Leistungen schon objektiv nicht geeignet, die Erwartung zu begründen. Zum Maßstab wurde oben bereits erläutert, dass nur aus dem Erreichen der für 2025 maßgeblichen Mindestmenge in der Vergangenheit geschlossen werden könnte, dass dies dann auch 2025 der Fall sein dürfte. Der Verweis auf eine hochqualifizierte thoraxchirurgische Fachabteilung für sich, begründet ebenfalls nicht auf eine objektivierbare Weise, inwiefern es im Vergleich zu den maßgeblichen Zeitabschnitten in § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 Mm-R bezogen auf das Jahr 2025 zu Steigerungen der maßgebenden Fallzahlen um 134% bzw. 83% kommen soll.

57
Zum Lungenzentrum, das mit der R Klinik gemeinsam gegründet worden ist – nach dem im Beschwerdeverfahren vorgelegten Vertrag über das Interdisziplinäre Lungenzentrum W1 wurde dies zum 01.04.2024 begründet – und das sich laut der Bg. im Jahr 2024 etabliert habe, fehlen weitere in Bezug auf eine zahlenmäßige Konkretisierung Aufschluss gebende Angaben. Allein die Behandlung von 25 Patienten im ersten Halbjahr 2024 lässt keine Rückschlüsse darauf zu, ob und in welcher Weise sich dies auf das Lungenzentrum zurückführen lässt und insbesondere in welcher Weise hieraus weitere zusätzliche Patienten gewonnen werden können oder sich der zu erwartende Zuwachs bereits jetzt schon erschöpft hat. Die Bg. hat hierzu keine weiteren Darlegungen oder Nachweise vorgelegt. Konkrete Zahlen zu den

erwarteten Zuweisungen die sich aus der Gründung weiter ableiten lassen könnten, fehlen, auch wenn natürlich die Zuweisungen selbst nicht Vertragsgegenstand sein können. Im Übrigen fällt hier auf, dass – ausweislich der von der Bg. im Beschwerdeverfahren vorgelegten Grafik zu MM-LUCA – Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen – im Jahr 2024 insbesondere im Januar und Februar deutlich erhöhte Zahlen aufgelaufen sind, danach die Zahlen wieder abfallen und etwa im Juni 2024, also im dritten Monat nach dem Start des Interdisziplinären Lungenzentrums W, gar keine entsprechenden Eingriffe durchgeführt worden sind. Die erheblichen Zweifel werden nicht durch die ergänzenden Ausführungen zur Kooperation mit der R Klinik im Schreiben der Bg. vom 20.02.2025 ausgeräumt. Zwar mag es zutreffen, dass das Lungenzentrum in gewissen Maßen in Fachkreisen eine überregionale Exposition begründen kann, innerhalb derer die Bedeutung und Expertise das Krankenhaus der Bg. in der Thoraxchirurgie sich deutlich verstärkt und Zuweisungen steigen können. Auch mag ein Angebot aus einer Hand attraktiv erscheinen, es fehlt aber eine quantitative Einschätzung, mit welchen zusätzlichen Fällen zu rechnen sein soll, zumal es im Bereich der mindestmengenrelevanten Eingriffen für 2025 einer erheblichen Fallzahlsteigerung um 134% bzw. 83% bedarf. So haben die Bf. zu Recht darauf hingewiesen, dass nicht zu erwarten ist, dass die Kooperation mit der R Klinik zu einem Anstieg der Fallzahlen auf 75 führen wird, zumal auch trotz der Kooperation die mindestmengenrelevante Fallzahl im ersten Halbjahr 2024 nur 25 betragen hat. Hinzukommt, dass – wollte man es für zulässig erachten, vorliegend die Zahlen der R Klinik für das Gesamtjahr 2024 zu berücksichtigen, in dem es alleine zu einer signifikanten Fallzahlsteigerung im Zusammenhang mit Lungenkarzinomen gekommen ist, nachdem der Anstieg von 2022 auf 2023 nur äußerst gering gewesen ist – sich zwar ein Zuwachs in den mindestmengenrelevanten Eingriffen im Krankenhaus der Bg. für 2024 feststellen lässt (von 32 Fällen 2023 auf 42 Fälle im Jahr 2024), aber auch bei einer entsprechenden weiteren Entwicklung erhebliche Zweifel begründet sind, dass hieraus für 2025 insgesamt 75 Fälle prognostiziert werden könnten. Auf den erwähnten Neubau der R Klinik kann eine berechtigte mengenmäßige Erwartung ebenfalls nicht gestützt werden. Ein konkretes Fertigstellungs- bzw. Eröffnungsdatum wurde von der Bg. nicht genannt. Es ist nicht dargelegt, mit welchem mengenmäßigen Zuwachs zu rechnen sein soll. Auch wäre die Auswirkung allenfalls für das zweite Halbjahr 2025 von Bedeutung. Die Bf. haben zudem darauf verwiesen, dass die Bauzeit des Neubaus für bis Dezember 2025 vorgesehen sei. Nach den Informationen der Stadt A wird darauf verwiesen, dass die Modernisierungsarbeiten für das Krankengebäude 1 der R Klinik von Januar 2023 bis Mai 2024 erfolgen sollte, für das Krankengebäude 2 von September 2024 bis Dezember 2025 (https://buergerinfo-a.digitalfabrix.de/vo0051.asp? kvonr=2965). Dies würde letztlich dazu führen, dass der Neubau keine Grundlage für zusätzliche Patienten im Prognosejahr 2025 darstellen würde. Insofern kann der alleinige Verweis auf einen zu erwartenden Bezug des Neubaus der R Klinik nicht als zulässige Grundlage einer Prognose für die zu erreichende Mindestmenge in der Klink der Bg. herangezogen werden. Auch hatte die Bg. selbst darauf hingewiesen, dass es keine rechtlichen Vereinbarungen zur Zuweisung von Patienten von der R Klinik in das Krankenhaus der Bg. geben kann. Behandelnde Ärzte werden sich im Rahmen einer Verlegung, Verweisung oder Therapieempfehlung regelmäßig ausschließlich von medizinischen Aspekten leiten lassen dürfen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 05.06.2023 – L 10 KR 119/23 B ER – juris, Rn 38; Schleswig-Holsteinisches LSG, Beschluss vom 04.03.2025 – L 10 KR 162/24 B ER – juris, Rn. 47).

58
Sofern die Bg. nach ihrem Vorbringen im Rahmen der Anhörung davon ausgeht, dass im Jahr 2025 weitere thoraxchirurgische Abteilungen im Umkreis des Klinikums die Mindestmenge nicht mehr erreichen können und somit aus dem Markt ausscheiden werden, ist offen, ob die Bg. dabei weitere Krankhäuser neben W und F meint. Zu den angeblich in 2025 ausscheidenden thoraxchirurgischen Abteilungen werden im Schreiben vom 30.07.2025 keine weiteren Angaben dazu gemacht, welche Kliniken das sein sollen, in welcher Zahl dort potentielle Patienten behandelt worden sind und weshalb diese Patientenströme sich in die Klinik der Bg. leiten lassen sollten. Im Rahmen der Anhörung hat die Bg. im Schreiben vom 20.02.2025 dann hierzu ergänzend ausgeführt, dass das Klinikum F ab 2025 solche Eingriffe nicht mehr anbieten würde. Es bestehen aber objektiv erhebliche Zweifel an der Prognose dahingehend, dass mit den „ehemaligen“ Patienten des Klinikums F eine Mindestmenge von 75 erreicht werden kann. Soweit nämlich vorgetragen wird, dass durch das Lungenzentrum „diese Patienten“ akquiriert werden könnten, ist dies keine Prognose, sondern allenfalls eine spekulative Erwartung, denn es wäre eine Auseinandersetzung insbesondere mit dem Umstand nötig, dass hier zwei Leistungserbringer in Form des Klinikums N Nord – dieses hatte im Zeitraum vom 01.07.2023 bis 30.06.2024 mit 188 Fällen bayernweit die höchste Zahl der

maßgeblichen Behandlungsfälle – und dem Universitätsklinikum E – dieses hatte im Zeitraum vom 01.07.2023 bis 30.06.2024 insgesamt 95 Fälle – örtlich näherliegend vorhanden sind. Dass sich daher die potentiellen Patienten des Klinikums F nach dessen Ausscheiden in größerer Zahl im Krankenhaus der Bg. behandeln lassen werden, ist nicht schlüssig nachvollziehbar. Für die Prognose einer begründeten mengenmäßigen Erwartung wäre es zunächst einmal notwendig gewesen, darzustellen, wie viele Patienten zuvor in F überhaupt noch entsprechend behandelt worden sind. Auch wenn es jeweils regelmäßig die Entscheidung der Patienten ist, in welchen Kliniken sie sich behandeln lassen, so wäre es für die Grundlage der Prognose notwendig, sich jedenfalls mit der Existenz der beiden großen, nähergelegenen Kliniken zu beschäftigen. Hierauf hatten die Bf. auch bereits in ihrem Anhörungsschreiben vom 06.02.2025 hingewiesen. Für das Krankenhaus in W haben die Bf. bereits nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass dort bereits 2024 keine Leistungen mehr hätten erbracht werden dürfen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass dieser Wegfall schon in den Zahlen für 2024 abgebildet ist. Auch der Kündigung des dortigen Chefarztes kommt für die Prognose daher keine erkennbare Relevanz zu, so dass insofern begründete erheblich Zweifel bestehen, dass es zu einem mengenmäßigen Zuwachs für 2025 im Krankenhaus der Bg. dadurch kommen wird. Andere Krankenhäuser, die 2025 hätten ausscheiden sollen, sind nicht benannt worden.

59
Die Begründung einer mengenmäßigen Erwartung durch den Umstand, dass am Klinikum N L in den Ruhestand geht, der aufgrund seiner Reputation bislang Fälle aus dem Einzugsgebiet des Klinikums der Bg. akquiriert haben soll, erscheint ungeeignet. Hier bestehen ebenfalls erhebliche objektive Zweifel. So ist die Erwartung der Bg. schon quantitativ nicht mit Zahlen belegt. Auch ist nicht erkennbar, dass die Stelle von L nicht (adäquat) nachbesetzt wurde bzw. wird, ebenso wenig, dass etwa durch dessen Ausscheiden eine Versorgungsmöglichkeit von Patienten am Klinikum N entstehen könnte, die sich hinsichtlich einer Patientenverlagerung zugunsten der Bg. auswirken könnte. Eine hinreichende Tatsachengrundlage kann insofern nicht erkannt werden, so dass es sich allenfalls um den Ausdruck einer in gewissen Maße spekulativen Erwartungshaltung handeln kann (vgl. dazu auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 09.11.2023 – L 16 KR 357/23 B ER – juris, Rn. 36).

60
Erhebliche begründete Zweifel bestehen auch an der Darlegung, es würde sich das Erreichen der Mindestmenge für 2025 daraus ergeben, dass neue Einweiser akquiriert würden, indem Ärzte aufgesucht werden sollen und der Austausch mit diesen gesucht werden soll, weitere Kooperationen mit ehemaligen Leistungsanbietern aufgebaut sowie Flyer und Informationsmaterial zum interdisziplinären Lungenzentrum W1 erstellt werden soll. Hier fehlt es an der Darlegung von hinreichend konkretisierten Plänen und einer quantitativen Untermauerung der daraus abzuleitenden Fälle der Zuweisung von mindestmengenrelevanten Zuweisungen. Zutreffend verweisen die Bf. im Schreiben vom 28.02.2025 auch darauf, dass offengelassen wurde, wann mit diesen Maßnahmen begonnen werden soll und die Angaben lediglich vage und spekulativ sind, so dass dem letztlich keine nennenswerte Aussagekraft zukommt.

61
Der Verweis auf personelle Veränderungen mit der Neubesetzung der Stelle des Sektionsleiters mit G zur Begründung der mengenmäßigen Erwartung stößt ebenfalls auf erhebliche Zweifel. Soweit darauf verwiesen wird, dass er auf unipolare Videothorakoskopie spezialisiert sei und seine innovativen Techniken zur vermehrten Akquirierung von Patienten führen würde, bleibt völlig offen, in welchem Umfang zusätzliche Patienten deshalb zu erwarten sind. Nachweise oder Darlegungen dazu, dass etwa potentielle Zuweiser ihren Patienten die Operation in der Klinik der Bg. in Bezug auf die Einstellung von G empfehlen würden, fehlen. Insofern ist es nicht zu beanstanden, wenn die Bf. darauf verweisen, dass die Annahmen der Bg. hier nur spekulativ seien. Dies gilt in gleichem Maße in Bezug auf etwaige Kontakte in der Umgebung aus früheren Beschäftigungen etwa in I oder der Klinik L. Im Übrigen verweist etwa die Uniklinik E ebenfalls darauf, dass sie minimal invasive Lungenresektionen (VATS) anbiete (https://www.uk-e.de/thoraxchirurgie/) und das Klinikum N Nord darauf, dass dort über 80% der Lungenkrebsoperationen endoskopisch durchgeführt würden und bei Lungenmetastasen in allen geeigneten Fällen ein Lasergerät verwendet werde, um möglichst viel gesundes Lungengewebe zu erhalten (https://www.klinikum-n.de/behandlung/bauchraum/allgemein-viszeral-und-thoraxchirurgie/allgemein-viszeral-und-thoraxchirurgie-knn/thoraxchirurgie). Somit stehen auch in anderen Krankenhäusern in der Umgebung innovative bzw. schonende Techniken der Krebsbehandlung zur Verfügung.

62
Dass in Stadt und Landkreis A ca. 92 Fälle – im weiteren Einzugsgebiet sogar noch zusätzliche Fälle – pro Jahr auftreten können, bei denen grundsätzlich eine anatomische Lungenresektion in Betracht kommen könnte, kann alleine eine Prognose nicht stützen, dass im Krankenhaus der Bg. im Jahr 2025 eine Fallzahl von 75 Leistungen erreicht wird. Das „Marktpotential“ als solches bestand schon in den Vorjahren und hat nicht dazu geführt, dass die Mindestmenge in Bezug auf 2025 erreicht worden wäre. Erforderlich ist jeweils noch die Entscheidung des Patienten eine entsprechende Operation durchführen zu lassen und dafür die Einrichtung der Bg. zu wählen (§ 76 SGB V). Dies gilt – wie die Bf. zutreffend anführen – in besonderem Maße im Hinblick auf die in der Nähe befindlichen weiteren Leistungserbringer in N und E, die eine sehr große Fallzahl bereits vorweisen können. Ein notwendiger signifikanter Zuwachs der maßgeblichen Behandlungszahlen bei der Bg. lässt sich alleine aus einem „Marktpotential“ nicht prognostizieren. Dies gilt auch in Bezug auf die von der Bg. angeführte „rasante Entwicklung“ der Onkologie. Hier kommt hinzu, dass sich aus den Ausführungen der Bg. keine hinreichend klare und verfestigte Prognosegrundlage für die kurzfristige Entwicklung der Erwartung für 2025 entnehmen lässt.

63
Soweit die Bg. auf aktuelle Zahlen verweist – insofern wäre es fraglich, ob diese im Hinblick auf den maßgeblichen Prognosezeitpunkt überhaupt von Relevanz wären –, so zeigt sich selbst unter Zugrundelegung des Monats mit den meisten Operationen im Dezember 2024 (5 Fälle), dass mit einer solchen Anzahl auf das Jahr hochgerechnet nur 60 Fälle zu prognostizieren wären. Zudem verbleiben unter Betrachtung der aktuellen Zahlen erhebliche begründete Zweifel am Erreichen der Mindestmenge, denn die Bg. lässt unerwähnt, dass im Juli 2024 insgesamt 4 Fälle und in den Monaten August bis November 2024 jeweils nur zwei mindestmengenrelevante Fälle behandelt worden sind. Daran ändert auch der Verweis auf elf Patienten, denen innerhalb von fünf Wochen eine potentiell kurative Operation empfohlen worden sei, nichts. Denn es fehlt für eine nachvollziehbare Prognose, dass zu erwarten wäre, dass diese Patienten den Eingriff tatsächlich durchführen lassen und hierfür das Krankenhaus der Bg. wählen würden. Im Hinblick darauf, dass für die berechtigte mengenmäßige Erwartung im Rahmen von § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 Mm-R auf einen Zeitraum von zwölf Monaten abgestellt wird, bestehen ferner erhebliche begründete Zweifel daran, dass ein isoliert betrachteter Zeitraum von fünf Wochen für eine Jahresprognose herangezogen werden kann. Dies zeigen etwa die schwankenden Zahlen der maßgeblichen Operationen allein von November und Dezember 2024 (einmal nur 2 Fälle, einmal 5 Fälle). Auch ergeben sich für das zweite Halbjahr 2024 nur 17 Fälle, mithin unter Hinzunahme der 25 Fälle des ersten Halbjahres 2024 insgesamt 42 Fälle und die weiteren Zahlen für 2025 – unter Außerachtlassung des Januars, für den der Widerlegungsbescheid zunächst vollziehbar gewesen ist – eine durchschnittliche Zahl von 3 Fällen pro Monat, hochgerechnet 36 Fälle im Jahr. Damit sind die mindestmengenrelevanten Operationen weit von der notwendigen Prognose von 75 entfernt. Selbst wenn also aktuelle Zahlen noch berücksichtigt werden könnten, würden diese gegen eine berechtigte mengenmäßige Erwartung von 75 Fällen sprechen.

64
Zu etwaigen Auswirkungen der COVID-19 Pandemie (§ 4 Abs. 2 Satz 4 Mm-R) wurden keine weiteren Ausführungen von der Bg. gemacht, so dass hierzu weder von den Bf. noch vom Gericht weiter ausgeführt werden musste. Es ergeben sich auch keine Anhaltspunkte, dass diese geeignet gewesen sein könnten, eine höhere mindestmengenrelevante Erwartung zu begründen.

65
Aus objektiver Sicht bestehen daher erhebliche begründete Zweifel, dass die mengenmäßige Erwartung der Bg. für 2025 zutreffend ist, selbst unter Berücksichtigung aller von der Bg. vorgebrachten Aspekte. Es kann daher auch dahinstehen, ob die weder in der Prognose noch im Widerlegungsbescheid genannten Aspekte des Ruhestandseintritts von L, die weiteren Kooperationen und Werbemaßnahmen, die Einstellung von G oder die vorgetragene rasante Entwicklung in der Onkologie noch zu berücksichtigen wären. Auch wäre darauf zu verweisen, dass nach § 5 Abs. 2 Buchst. d) Mm-R von der Bg. zur Darlegung der Prognose auch aussagekräftige Belege wie beispielsweise Nachweise zu Arbeitsverhältnissen und Qualifikationen von eingestelltem Personal, Dokumentationen von Baumaßnahmen, vorzulegen gewesen wären, sofern sie sich zur Prognose auf personelle und strukturelle Veränderungen bzw. weitere Umstände gestützt hat. Es kann jedoch dahinstehen, ob auch deshalb von einer fehlenden gefestigten Tatsachengrundlage in Bezug auf diese Umstände auszugehen wäre (vgl. dazu auch BayLSG, Beschluss vom 31.03.2025 – L 4 KR 15/25 B ER) oder die fehlende Vorlage mangels eines entsprechenden Hinweises der Bf. im Anhörungsschreiben

mit der Möglichkeit einer etwaigen Ergänzung dazu führen würde, dass dies der Bg. nicht entgegengehalten werden kann.

66
c) Auch im Rahmen einer Interessenabwägung ergibt sich ein Überwiegen des öffentlichen Interesses an der – bereits vom Gesetz vorgesehenen – sofortigen Vollziehbarkeit des Widerlegungsbescheides gegenüber den Interessen der Bg.

67
Die Bg. hat ein Interesse an der Anordnung der aufschiebenden Wirkung insbesondere aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten, denn infolge der vollziehbaren Widerlegung kann sie keine weiteren Leistungen der thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen mehr erbringen (§ 136b Abs. 5 Satz 1 SGB V, § 4 Abs. 5 Satz 1 Mm-R) und abrechnen (§ 136 Abs. 5 Satz 2 SGB V, § 4 Abs. 5 Satz 2 Mm-R). Die Mindestmengenregelungen greifen insofern in die Berufsausübungsfreiheit der Bg. aus Art. 12 Abs. 1 GG ein. Der Eingriff ist aber durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt, denn es überwiegen insofern die Interessen an einer Qualitätssicherung zugunsten der hiervon betroffenen Individual- und Gemeinwohlbelange und des Patientenschutzes (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 14.10.2014 – B 1 KR 33/13 R – juris, Rn. 62). Dass über nachvollziehbare gewisse wirtschaftliche Einbußen hinaus die wirtschaftliche Existenz der Bg. als solche gefährdet wäre, ist nicht glaubhaft gemacht worden. Soweit die Bg. vorgebracht hat, es drohe ein Abwandern von qualifiziertem Personal und Zuweiser müssten erst wieder neu gewonnen werden, ist dies nicht geeignet, die genannten öffentlichen Interessen zu überwiegen. Auch bleibt unklar, ob und in welchem Umfang Personal überhaupt abwandern und nicht in anderen Bereichen des Krankenhauses der Bg. beschäftigt würde. Folgewirkungen bei der Mindestmengenprognose für 2026 können sich aufgrund der vorliegenden Entscheidung in Bezug auf den maßgeblichen Zeitraum der dieser zugrunde zu legenden Zahlen (Gesamtjahr 2024 bzw. zweites Halbjahr 2024 und erstes Halbjahr 2025) nicht ergeben. Für 2027 wäre der mögliche Umstand eines Leistungserbringungsverbotes gegebenenfalls in die Prognose einzubeziehen. Da es sich um planbare Operationen handelt, ist nicht ersichtlich, dass das Patientenwohl durch etwaige längere Wege in ein anderes Krankenhaus gefährdet wäre, zumal es mit den Krankenhäusern in N und E weitere Versorger in nicht allzu großer Entfernung gibt. Zudem hat auch der Gesetzgeber eine Wertungsentscheidung dahingehend vorgenommen, dass von Gesetzes wegen eine aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Widerlegungsbescheid ausgeschlossen sein soll (§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG iVm § 136b Abs. 5 Satz 11 Hs. 2 SGB V). Letztlich besteht auch aufgrund der sich nach der summarischen Prüfung ergebenden Rechtmäßigkeit des Widerlegungsbescheides kein überwiegendes Interesse an der Anordnung der aufschiebenden Wirkung der gegen den Verwaltungsakt gerichteten Klage.

68
3. Somit war der Beschluss des SG aufzuheben und der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Bescheid vom 26.09.2024 abzulehnen.

69
4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs. 1, § 159 Abs. 1 Satz 2 VwGO.

70
5. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 Hs. 1 SGG iVm § 47 Abs. 1 Satz 1, § 52 Abs. 1, § 53 Abs. 2 Nr. 4 Gerichtskostengesetz (GKG). Das wirtschaftliche Interesse der Bf. kann vorliegend anhand des zu erwartenden Gewinns bestimmt werden. Dieser ist mit 25% des Gesamtumsatzes zu schätzen (vgl. BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R – juris, Rn. 34; Urteil vom 08.08.2013 – B 3 KR 17/12 R – juris, Rn. 9; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 09.11.2023 – L 16 KR 357/23 B ER – juris, Rn. 40). Ausgehend von dem vom SG ermittelten und von den Beteiligten nicht in Zweifel gezogenen Gesamterlös iHv 1.032.673,70 € folgt bei einem zugrunde gelegten Anteil von 25% ein Wert von 258.168,43 €.

71
Für das Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ist es gerechtfertigt hiervon einen Abschlag vorzunehmen. Unter Berücksichtigung eines angemessenen Abschlages ist der Streitwert für das vorliegende Beschwerdeverfahren mit einem Viertel des Hauptsachestreitwertes festzusetzen (so auch BSG, Beschluss vom 29.08.2011 – B 6 KA 18/11 R – juris, Rn. 21; LSG Nordrhein-Westfalen aaO; zu dieser Frage auch Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Auflage, § 86b Rn. 55), mithin mit

64.542,11 €. Für das erstinstanzliche Verfahren konnte der Senat den Streitwert ebenfalls dahingehend abändern (§ 197a Abs. 1 Satz 1 Hs. 1 SGG iVm § 63 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 GKG).

72
6. Der Beschluss ist unanfechtbar (§ 177 SGG).