

NEWSLETTER DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; I/2026
Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht

1. Krankenhausreformenpassungsgesetz KHAG	3
2. Entwurf eines Gesetzes zur GKV-Beitragsstabilisierung.....	6
3. Bundeskabinett beschließt Notfallreform	7
4. Vereinbarung zu Pädiatrischen Institutsambulanzen, § 118b SGB V	8
5. Neuregelung der G-BA-Notfallstufen	8
6. Krankenhausplanung NRW: LG 30.2 Herztransplantation – Zurückweisung der Beschwerde des Landes NRW.....	9
7. Krankenhausplanung: Berücksichtigung der Mindestmengen im Rahmen der Auswahlentscheidung	10
8. Krankenhausplanungsrecht: Leistungsgruppe 7.1 Stammzelltransplantation, 14.3 Revision Hüftendoprothese, 14.4 Revision Knieendoprothese, 16.4 Pankreaseingriffe – Planungsebene: Regierungsbezirk und Leistungsgruppe 27.1 Geriatric.....	11
9. Krankenhausplanungsrecht: Leistungsgruppen 16.2 Lebereingriffe, 16.4 Pankreaseingriffe, 21.2 Ovarial-CA; fachgesellschaftliche Zertifikate; Bestenauswahl; Fallzahl	11
10. Krankenhausplanung: Land NRW setzt selbst den Sofortvollzug für die LG 14.3 und 14.2 aus	12
11. Krankenhausplanung: Land NRW setzt den Sofortvollzug bzgl. der LG 14.1 Endoprothetik Hüfte und 14.2 Endoprothetik Knie aus	13
12. Erfolgreicher Einstweiliger Rechtsschutz hinsichtlich der LG 14.2 Endoprothetik Knie.....	13
13. Krankenhausplanung: Land NRW setzt den Sofortvollzug bzgl. der LG 7.2 Leukämie und Lymphome aus	13
14. Krankenhausplanung NRW: Land NRW setzt den Sofortvollzug bzgl. der LG 16.5 Tiefe Rektumeingriffe aus.....	14
15. Erfolgreiche Beschwerde im Krankenhausplanungsrecht zur LG 16.2 Lebereingriffe	14
16. OVG NRW: Unzureichende Bedarfsanalyse der Leistungsgruppe 7.2. Leukämie und Lymphome im Planungsbereich Regierungsbezirk Düsseldorf.....	15
17. Mindestmengen – Widerlegung Prognose	15

18. Die Sepsis-3-Definition entfaltet frühestens ab dem Jahr 2020 kodierrechtliche Relevanz.....	17
19. Nachträgliche Übersendung einer medizinischen Begründung ist keine unzulässige Rechnungskorrektur.....	17
20. Rechtmäßiger Mindestmengenbeschluss zur Thoraxchirurgie.....	18
21. Behandlung im Schockraum.....	19
22. Entstehung des Anspruchs auf Aufschlagszahlung erst bei rechtskräftiger Entscheidung über die Rechnungsminderung.....	19
23. Beweiswert der Dokumentation in Abrechnungstreitigkeiten	20
24. Unzulässige Klage bei nicht ordnungsgemäßigem Erörterungsverfahren	22
25. Anforderungen an das Erörterungsverfahren als Prozessvoraussetzung	22
26. Strukturmerkmal der „täglichen Verfügbarkeit“	24
27. Ambulante oder stationäre Notfallbehandlung?	25
28. Materielle Präklusion bei nicht fristgemäßer Mitteilung der abschließenden Leistungsentscheidung	26
29. Abschließende Entscheidung einer sekundären Fehlbelegung – Ausschluss des Einwands einer primären Fehlbelegung.....	27
30. Abschließende Entscheidung einer primären Fehlbelegung – Ausschluss des Einwands einer sekundären Fehlbelegung	28
31. Sozialversicherungspflicht auch bei Kooperation des Krankenhauses mit Ärzte-GbR	28
32. Kein Vergütungswegfall bei Verstoß gegen G-BA-Qualitätssicherungsrichtlinien ..	29

1. Krankenhausreformenpassungsgesetz KHAG

Nachdem das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz KHVVG bereits im Dezember 2024 beschlossen worden war, ist nun nach einigen Änderungen das Krankenhausreformenpassungsgesetz KHAG am 15.04.2026 in Kraft getreten (*BGBL. 2026 Nr. 98*), die den Krankenhausbereich wie folgt betreffen:

Die Frist der Bundesländer, den Krankenhäusern bis Ende 2025 Leistungsgruppen zuzuweisen, ist auf Ende 2027 verlängert worden. Das BMG hat jetzt mehr Zeit für die Gestaltung der **Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen**, welche erst bis zum 12.12.2026 mit Zustimmung des Bundesrates erlassen sein muss, § 135f Abs. 4 S. 3 SGB V. Die Rechtsverordnung soll frühestens ein Jahr und spätestens drei Jahre nach der Verkündung in Kraft treten (bislang war ein Inkrafttreten zum 01.01.2027 vorgesehen).

Angepasst wurden auch die Regelungen für die **MD-Prüfungen** gemäß § 275a Abs. 2 S. 7 und 8 SGB V. Soweit die Zuweisung der Leistungsgruppen voraussichtlich vor dem 01.01.2027 erfolgen wird, ist die Prüfung bis zum 31.12.2025 zu beauftragen gewesen und bis zum 31.07.2026 abzuschließen.

Die **Vorhaltevergütung** soll erst ab 2028 eingeführt werden. Demnach sind die Angaben zu Leistungsgruppenzuweisungen und Planfallzahlen erstmals zum 30.09.2027 an das InEK zu übermitteln, § 6a Abs. 6 KHG.

Das InEK hat die Auswirkungen auf die Vergütung erst ab 2028 zu ermitteln, § 17b Abs. 4c S. 1 KHG. Die Zuweisung der Vorhaltevergütung soll das erste Mal zum 10.12.2027 erfolgen, die Übergangszeiten für die Vergütung sind auf 2028 und 2029 verschoben worden, § 6b Abs. 6 S. 2 KHEntgG.

Die **Sonderförderungen** für spezielle Traumatologie und Intensivmedizin, Pädiatrie, Geburtshilfe und Stroke Unit gemäß § 39 KHG werden ab 2028 umgesetzt.

Der **Ausschluss des Mindererlösausgleichs** greift erst ab 2028, § 4 Abs. 3 S. 3 KHEntgG. Der Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung wird ab 2028 um 33 Mio. EUR erhöht, § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG.

Nordrhein-Westfalen, das eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen schon umgesetzt hat, hätte ebenfalls Leistungsgruppen nach § 6a KHG bis Ende 2025

zuweisen müssen. Nunmehr wurde für NRW eine Verschiebung und zeitliche Anpassung bis Ende 2030 geregelt, § 6a Abs. 1 S. 8 Nr. 2, Abs. 2 S. 5, Abs. 5 S. 1 Nr. 1 KHG. In der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung existiert die Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ nicht, so dass es eine Sonderregelung für die Berechnung der Vorhaltevergütung für diesen Bereich gibt, § 37 Abs. 2 S. 9, Abs. 7 KHG.

Die aufschiebende Wirkung von Rechtsmitteln gegen den Bescheid über die Zuweisung von Leistungsgruppen wird ausdrücklich ausgeschlossen, § 6a Abs. 1 S. 6 2.Hs KHG. Dies ist auch in Nordrhein-Westfalen so geregelt, so dass es in der Praxis auf den einstweiligen Rechtsschutz ankommen wird. Für gerichtliche Entscheidungen enthält § 6a Abs. 8 KHG zu berücksichtigende Aspekte, insbesondere den Vergütungsausschluss im Rahmen eines einstweiligen Rechtsschutzes. Ergänzt wurde die Regelung zur teleradiologischen Leistungserbringung, wonach notwendiges Personal in diesem Zeitraum nicht vor Ort sein muss und bei teilstationären Einrichtungen die Anforderungen nur während der Betriebszeiten zu erfüllen sind. Dies soll die Teleradiologie in strukturschwachen Gebieten stärken.

Bei den **personellen Anforderungen** wurde die zeitliche Anrechenbarkeit für Fachärzte für 40 Wochenstunden auf 38,5 Wochenstunden als Vollzeitäquivalent reduziert, § 135e Abs. 4 S. 1 Nr. 6 SGB V. Für Belegärzte gilt, dass ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag einem Vollzeitäquivalent entspricht. Ein Facharzt kann nur noch für bis zu drei Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Die bisherige Ausnahme für die Leistungsgruppen 1 Allgemeine Innere Medizin und 14 Allgemeine Chirurgie gilt nicht mehr. Im Regel- und Anwesenheitsdienst muss mindestens ein Facharzt jederzeit verfügbar sein, ansonsten genügt Rufbereitschaft. Bei teilstationärer Leistungserbringung müssen die Anforderungen nur während der Betriebszeiten erfüllt werden.

Die **Kooperationsregelungen** sind in § 135e Abs. 4 S. 1 Nr. 7 SGB V aufgeführt. Danach kann ein Krankenhaus ein Qualitätskriterium auch durch eine Kooperation mit einem anderen Krankenhaus oder einem vertragsärztlichen Leistungserbringer erfüllen, wenn dies ausdrücklich vorgesehen ist, die Kooperation zur

Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder der Kooperationspartner maximal 2000 Meter vom Krankenhaus entfernt ist. § 135e Abs. 4 S. 2 SGB V ermöglicht für Fachkrankenhäuser und teilstationäre Einrichtungen zusätzliche Kooperationsmöglichkeiten.

Das KHAG setzt einen Anreiz, die Zuweisung von Leistungsgruppen noch 2026 umzusetzen. In diesem Fall kann das Bundesland einem Krankenhaus **ausnahmsweise** eine Leistungsgruppe auch dann zuweisen, wenn es die Qualitätskriterien nicht erfüllt. Die Zuweisung hat allerdings im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu erfolgen, einer Zustimmung bedarf es nicht, § 6a Abs. 4 S. 2 KHG. Ab 2027 erfordert die Zuweisung das Einvernehmen mit den Kostenträgern, § 6a Abs. 4 S. 1 KHG. Die Ausnahmezuweisung gilt nur für drei Jahre, eine Verlängerung bedarf des Einvernehmens mit den Krankenkassen, § 6a Abs. 4 S. 3 KHG.

Mit § 6a Abs. 2 S. 12 KHEntgG werden **Pflegepersonalkosten** bei der Berechnung des Pflegebudgets ausgeschlossen, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen dienen. Dies sollen insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten sein.

Der **Transformationsfonds** wird nur von Bund und Ländern finanziert. Bei der Auswahl förderungswürdiger Vorhaben sollen die Länder das Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden anstreben, § 13 S. 5 KHG. Mittel des Krankenhausstrukturfonds nach § 12a KHG, die bis Ende 2025 nicht vollständig beantragt wurden, werden an den Transformationsfonds nach § 12b KHG übertragen.

§ 115f Abs. 1 S. 9 SGB V sieht für **Hybrid-DRG** vor, dass die Änderungsvereinbarungen erst zum 15.09.eines Jahres abgeschlossen sein müssen. Der bislang vorgesehene Ausschluss von Leistungen für Kinder und Menschen mit Behinderungen wurde gestrichen.

In § 275a Abs. 1 SGB V wird klargestellt, dass der MD die **Qualitätsvorgaben** zur Krankenhausplanung und die Einhaltung der Anforderungen bei **Strukturprüfungen** zu prüfen hat. Bei den Strukturprüfungen ist der

Positivbescheid auch dem PKV-Verband bei der Budgetverhandlung vorzulegen, § 275a Abs. 6 S. 4 SGB V. Im Falle einer Nichterfüllung ist nicht mehr der Landesausschuss des PKV-Verbandes zu informieren, sondern der PKV-Verband direkt, § 275a Abs. 6 S. 5 SGB V. Eine Klarstellung erfolgte für den Fall, dass ein Krankenhaus erstmals einen Struktur-OPS erbringen und abrechnen will. Bislang sah das Gesetz vor, dass das Krankenhaus die Anforderungen hierfür drei Monate erfüllen musste, bevor es beim MD eine Prüfung beantragen konnte. Das führte zum Streit darüber, ob das Krankenhaus auch für die drei Monate vor der Anzeige den OPS abrechnen darf. Nun ist die Anzeige möglich, wenn das Krankenhaus die Strukturanforderungen aus seiner Sicht erfüllt, einer Wartezeit von drei Monaten bedarf es nicht mehr. Die Anzeige gilt gleichzeitig als Prüfauftrag, der MD kann den Bescheid frühestens ab dem Datum der Anzeige ausstellen.

Die Entfernungsgrenze bezüglich der **Standortdefinition** ist nicht, wie von vielen Bundesländern im Gesetzgebungsverfahren gewünscht, von 2000 Meter auf 5000 Meter erweitert worden.

Die **Fristen für noch offene Budgetvereinbarungen** wurden angepasst. Ab dem Jahr 2029 muss die Vereinbarung bis zum 31. Juli des jeweiligen Jahres geschlossen werden, § 13 Abs. 2 KHEntgG. Alle Vereinbarungen bis einschließlich 2023 müssen bis zum 31.03.2027 geschlossen werden. Für die Jahre 2024 bis 2026 muss der Vertragsschluss bis zum 31.03.2028 zustande gekommen sein, für die Jahre 2027 und 2028 gilt der Stichtag 31.03.2029. In allen Fällen gilt, dass andernfalls die Schiedsstelle nach § 18a KHG ohne Antrag einer Partei innerhalb von drei Monaten zu entscheiden hat. Dabei gilt eine Ausschlussfrist für Unterlagen, Daten und Auskünfte, die auch für ein Gerichtsverfahren gilt.

2. Entwurf eines Gesetzes zur GKV-Beitragsstabilisierung

Das Bundeskabinett hat am 29.04.2025 den Entwurf eines Gesetzes zur GKV-Beitragsstabilisierung beschlossen. Für den Krankenhausbereich werden Vergütungsanstiege bei den stationären Leistungen auf die tatsächliche Kostenentwicklung oder die Grundlohnrate begrenzt. Die bislang geltende Regelung, dass hierbei stets der höhere Wert zu berücksichtigen ist, wird

zurückgenommen. Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich, die über die maßgebliche Obergrenze hinausgehen, sollen künftig nur noch zur Hälfte vergütungserhöhend berücksichtigt werden können.

Auch beim individuell verhandelten Pflegebudget der Krankenhäuser gilt, dass Steigerungen zukünftig grundsätzlich nur bis zur maßgeblichen Obergrenze möglich sind, also der tatsächlichen Kostenentwicklung oder der Grundlohnrate (in den Jahren 2027-2029 abzüglich minus 1 Prozentpunkt. Zusätzliches Personal, welches zur Erfüllung von bestimmten Personalvorgaben benötigt wird, soll auch weiterhin voll refinanziert werden; auch die hälftige Berücksichtigung der Tarifsteigerung kann sich insoweit erhöhend auswirken.

Ab 2027 soll der G-BA jährlich für mindestens einen der planbaren und mengenanfälligen Eingriffe ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren regeln.

3. Bundeskabinett beschließt Notfallreform

Das Bundeskabinett hat am 22.04.2025 den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung beschlossen. Zentrales Ziel ist eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung, die sektorenübergreifend unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten organisiert wird.

Dabei sollen u.a. digital vernetzte Integrierte Notfallzentren (INZ) eine flächendeckende ambulante Erstversorgung gewährleisten. INZ bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Kooperationspraxen in der Nähe der INZ können die Akutversorgung während der regulären Sprechstundenzeiten übernehmen. Sollten weder Notdienstpraxis noch Kooperationspraxis geöffnet haben, übernimmt die Notaufnahme des Krankenhauses die gesamte Akut- und Notfallversorgung im INZ. Die Steuerung erfolgt an einer gemeinsamen Ersteinschätzungsstelle.

Ärzten in Notdienstpraxen von INZ werden in bestimmten eng begrenzten Fallkonstellationen zur Notfallversorgung der Patienten die Abgabe von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten für den akuten Bedarf gestattet, wenn die erforderliche Versorgung über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

Die medizinische Notfallrettung wird als Sachleistung der GKV verankert. Medizinisches Notfallmanagement, die medizinische Versorgung vor Ort und die fachlich-medizinische Betreuung während des Transportes werden als Teil der Krankenbehandlung anerkannt, was die Realität des Rettungsdienstes zur Versorgung von Notfällen besser abbildet als die jetzige Finanzierung durch die Krankenkassen als reine Fahrtkosten. Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung sollen zu mehr Transparenz und Rechtssicherheit sowohl für die Leistungserbringer als auch für Versicherte führen. Diese müssen zukünftig nicht mehr das Risiko tragen, eventuell einen Teil der Kosten selbst tragen zu müssen.

4. Vereinbarung zu Pädiatrischen Institutsambulanzen, § 118b SGB V

Zum 01.04.2026 ist eine Vereinbarung zur Ermächtigung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung von unter 18-jährigen Patienten in Kraft getreten. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können Kinder und Jugendliche mit schweren chronischen Erkrankungen künftig an eine Pädiatrische Institutsambulanz (PädIA) überweisen, um einen stationären Aufenthalt zu vermeiden. In den Ambulanzen dürfen ausschließlich Fachärzte tätig sein, die namentlich zu benennen sind. Dazu erhalten die Krankenhausärzte eine Krankenhausarzt Nummer, die sie bei der Abrechnung über die KV angeben. Zudem gelten für die PädIA die Qualitätsvorgaben der vertragsärztlichen Versorgung. Der Zugang erfolgt auf Überweisung.

5. Neuregelung der G-BA-Notfallstufen

Der G-BA hat seine Richtlinie zu einem gestuften System von Notfallstrukturen erweitert, welches derzeit noch vom BMG geprüft wird. Neben der Basis-, erweiterten und umfassenden Notfallversorgung wird in § 7 der Notfallstufenregelung auch eine Stufe der „Nicht“-Teilnahme ausgewiesen. Diese Stufe gilt für Krankenhäuser, die bestimmte Mindestanforderungen nicht vollständig erfüllen, aber in der Lage sind, bestimmte Leistungen der Notfallversorgung anzubieten. Werden die Mindestvorgaben dieser neuen Stufe

erfüllt, nimmt der Standort zwar an der Notfallversorgung teil, ohne aber eine der drei qualifizierten Notfallstufen zugeordnet zu sein. Werden die Mindestvorgaben für die neue Stufe nicht vollständig erfüllt, nimmt der Standort nicht an der Notfallversorgung teil und hat mit Abschlägen zu rechnen.

Zu den Mindestanforderungen gehören insbesondere die Vorhaltung einer Fachabteilung aus dem Gebiet der Chirurgie und Inneren Medizin, die jederzeitige Verfügbarkeit angestellter Ärzte und Pflegekräfte vor Ort für die Notfallversorgung sowie eine jederzeit verfügbare Bild- und Labordiagnostik. Für Fachkrankenhäuser regelt § 7 S. 2 gesondert das Erfordernis der Vorhaltung mindestens einer Fachabteilung aus dem Gebiet der Augenheilkunde, Hals-Nase-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Urologie, sowie die Erfüllung der Mindestvorgaben des § 7 und ergänzend die Vorhaltung des für die Notfallversorgung ihres Fachgebietes erforderlichen Personals.

Mit der Erweiterung des Stufensystems reagiert der G-BA auf ein Urteil des BSG vom 02.04.2025, B 1 KR 25/23 R, wonach § 3 Abs. 2 S. 1 der G-BA-Richtlinie nichtig ist, was unmittelbare Auswirkungen auf die pauschalen Rechnungsabschläge in Höhe von 60 Euro hat.

6. Krankenhausplanung NRW: LG 30.2 Herztransplantation – Zurückweisung der Beschwerde des Landes NRW

In dem von uns vertretenen Verfahren auf Zuweisung der LG 30.2 Herztransplantation hat das OVG NRW mit Beschluss vom 25.3.2026 – 13 B 326/25 – die Beschwerde des Landes NRW zurückgewiesen. Damit kann aufgrund der angeordneten aufschiebenden Wirkung der Klage die Klinik weiter Herztransplantationen durchführen. Das OVG NRW bestätigte, dass eine voraussichtlich fehlerhafte Auswahlentscheidung getroffen wurde, die zudem der Systematik der Krankenhausplanung zuwiderlaufe. Die Planung habe auch eine Bedarfsunterdeckung zur Folge.

7. Krankenhausplanung: Berücksichtigung der Mindestmengen im Rahmen der Auswahlentscheidung

Mit Beschluss vom 26.01.2025, 13 B 338/25, hat das OVG NRW entschieden, dass das Land in die Auswahlentscheidung zwischen mehreren Krankenhausträgern über die Vergabe eines Versorgungsauftrags die Erwägung einstellen darf, ob zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Versorgungsauftrags nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erreichende Mindestmengen bereits in der Vergangenheit regelhaft und verlässlich erfüllt wurden.

Der Krankenhausplan NRW 2022 bestimme die von der zuständigen Behörde heranzuziehenden Auswahlkriterien nicht abschließend, sodass es dieser unbenommen bleibe, auf weitere sachgerechte Auswahlkriterien zurückzugreifen. Es sei vor diesem Hintergrund nicht zu beanstanden, wenn im Rahmen der Auswahlentscheidung von der Zuweisung einer Leistungsgruppe (im betreffenden Fall Leistungsgruppe 15.1 – Thoraxchirurgie) an ein Krankenhaus abgesehen werde, obwohl dieses teilweise mehr der ausdrücklich für diese Leistungsgruppe benannten Auswahlkriterien erfüllt hatte als erfolgreiche Mitbewerber. Der Sachgerechtigkeit des an die regelhafte Erfüllung der Mindestmenge in der Vergangenheit anknüpfenden Auswahlkriteriums stehe dabei nicht entgegen, dass das Land damit zugleich seine (allein) darauf gestützte prognostische Abschätzung für das künftige Erreichen der Mindestmengen teilweise abweichend von den Mindestmengenregelungen des G-BA (Mm-RL) vornähme, denn anders als die nach § 4 Abs. 1 Mm-R jährlich zu erstellende Mindestmengenprognose, mit der auf Änderungen der Leistungsstärke der Krankenhäuser in regelmäßigen Abständen reagiert werden könne, werde ein Versorgungsauftrag ohne Befristung zugewiesen. Es besteht damit ein berechtigtes Interesse daran, dass die ausgewählten Krankenhäuser diesen langfristig erfüllen, was voraussetze, dass diese mit einer hohen Verlässlichkeit über mehrere Jahre eine positive Mindestmengenprognose erhalten werden. Fallzahlen oberhalb bzw. jedenfalls nahe der im zugewiesenen Versorgungszeitraum geltenden Mindestmengen böten insoweit eine tragfähige Grundlage.

**8. Krankenhausplanungsrecht: Leistungsgruppe 7.1
Stammzelltransplantation, 14.3 Revision Hüftendoprothese, 14.4
Revision Knieendoprothese, 16.4 Pankreaseingriffe – Planungsebene:
Regierungsbezirk und Leistungsgruppe 27.1 Geriatrie**

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10. 2. 2026 – 13 B 309/25.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde kann im Rahmen einer von ihr vorzunehmenden Bestenauswahl betreffend die Leistungsgruppe 7.1 (Stammzelltransplantation) als Auswahlkriterium rechtsfehlerfrei darauf abstellen, dass sie nur Krankenhäuser auswählt, die sowohl allogene als auch autologe Stammzelltransplantationen anbieten (vgl. bereits Senatsbeschluss vom 5. November 2025 – 13 B 380/25 –, 3 juris, Rn. 150 ff.). Der Rückgriff auf Fallzahlen ist jedenfalls dann zulässig, insbesondere sachgerecht, wenn die in den vergangenen Jahren erbrachten Fallzahlen einen Rückschluss auf das Qualitätsniveau der Behandlung zulassen, weil für diese Annahme in Bezug auf die konkret in Rede stehende Leistungsgruppe (hier 14.3 – Revision Hüftendoprothese –) hinreichend aussagekräftige Erkenntnisse vorliegen. Für die Leistungsgruppe 14.4 (Revision Knieendoprothese) folgt bereits aus dem Umstand, dass die Richtlinien des G-BA für das Jahr 2028 für Knieendoprothesen-Revisionen eine Fallzahl von mindestens 25 Fällen pro Standort eines Krankenhauses vorsehen, dass geringe Fallzahlen einen Rückschluss auf eine (geringere) Leistungsqualität zulassen. Die Fallzahlen der Vorjahre stellen in Bezug auf Behandlungen der Leistungsgruppe 16.4 (Pankreaseingriffe) ein geeignetes Auswahlkriterium für die Auswahl zwischen konkurrierenden Krankenhäusern dar (vgl. bereits Senatsbeschlüsse vom 10. September 2025 – 13 B 387/25 –, juris, Rn. 96 ff., und vom 18. November 2025 – 13 B 277/25 –, 4 juris, Rn. 91 ff.).

**9. Krankenhausplanungsrecht: Leistungsgruppen 16.2 Lebereingriffe,
16.4 Pankreaseingriffe, 21.2 Ovarial-CA; fachgesellschaftliche
Zertifikate; Bestenauswahl; Fallzahl**

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 22. 12. 2025 – 13 B 365/25

Es ist nicht zu beanstanden, dass der Antragsgegner sich entschieden hat, bestehenden fachgesellschaftlichen Zertifikaten regelhaft keine ausschlaggebende

Bedeutung beizumessen, weil Zertifizierungen keinen Bestandteil der, wenn auch nicht abschließenden Auswahlkriterien des Krankenhausplans NRW 2022 darstellen. Bei der im Wege der Bestenauswahl zu treffenden Auswahlentscheidung zwischen konkurrierenden Krankenhäusern durfte der Antragsgegner in Bezug auf Behandlungen der Leistungsgruppe 16.4 (Pankreaseingriffe) den Fallzahlen eine maßgebliche Bedeutung beimessen (vgl. bereits OVG NRW, Beschluss vom 10. September 2025 – 13 B 387/25 –,6 juris, Rn. 96 ff.). Dass der Antragsgegner eine prognostisch zu erwartende Steigerung von Fallzahlen nicht berücksichtigt hat, trifft auf keine rechtlichen Bedenken, denn im Rahmen des Auswahlkriteriums „Fallzahlen“ als Qualitätskriterium ist die in der Vergangenheit gesammelte Expertise maßgeblich (vgl. bereits OVG NRW, Beschluss vom 10. September 2025 – 13 B 387/25 –,7 juris, Rn. 108). Auf der Planungsebene des Regierungsbezirks (hier betreffend die Leistungsgruppe 16.4) misst der Plangeber der Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung nur eine untergeordnete Bedeutung gegenüber der Qualität der Versorgung bei. Soweit er damit aus Gründen der Qualitätssicherung längere Anfahrtswege zum nächstgelegenen Versorger in Kauf nimmt, ist dies rechtsfehlerfrei (vgl. bereits OVG NRW Beschluss vom 12. September 2025 – 13 B 316/25 –,8 juris, Rn. 124 ff.). Die Zusammenhänge zwischen der Leistungsmenge und der Qualität des Behandlungsergebnisses bei komplexen chirurgischen Eingriffen onkologischer Art (hier Ovariakarzinom) sind hinreichend aussagekräftig für eine besondere Gewichtung der Fallzahlen als Auswahlkriterium (vgl. ausführlich OVG NRW Beschluss vom 29. September 2025 – 13 B 386/25 –, juris, Rn. 37 ff.).

10. Krankenhausplanung: Land NRW setzt selbst den Sofortvollzug für die LG 14.3 und 14.2 aus

In einem von uns geführten einstweiligen Rechtsschutzverfahren auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung hat das beklagte Land NRW nun selbst im Beschwerdeverfahren vor dem OVG NRW die sofortige Vollziehung seines Feststellungsbescheides bezogen auf die Ablehnung der LG 14.3 und 14.4 (Revision Hüft—und Knieendoprothese) ausgesetzt (*OVG NRW 13 B 375/25*).

Hintergrund war die Bevorzugung eines konkurrierenden Krankenhauses als besonders leistungsfähige „Fachklinik“. Im Beschwerdeverfahren stellte sich nun heraus, dass dieses Krankenhaus tatsächlich gar nicht als Fachklinik vom Land anerkannt worden ist.

11. Krankenhausplanung: Land NRW setzt den Sofortvollzug bzgl. der LG 14.1 Endoprothetik Hüfte und 14.2 Endoprothetik Knie aus

In einem von uns geführten einstweiligen Rechtsschutzverfahren auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung hat das beklagte Land nun selbst die sofortige Vollziehung des Feststellungsbescheides bezogen auf die Nichtzuweisung der LG 14.1 Endoprothetik Hüfte und 14.2 Endoprothetik Knie ausgesetzt (VG Gelsenkirchen – 18 L 2284/25), weil es an der Ablehnung der Leistungsgruppen nach Überprüfung seiner Auswahlentscheidungen nicht festhalten könne. Das antragstellende Krankenhaus darf nun diese Leistungen vorerst weiter erbringen.

12. Erfolgreicher Einstweiliger Rechtsschutz hinsichtlich der LG 14.2 Endoprothetik Knie

Das VG Köln hat mit Beschluss vom 27.11.2025 7 – L 2371/25 in einem von uns geführten Verfahren die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage gegen die Nichtzuweisung der LG 14.2 Endoprothetik Knie angeordnet, weil die Auswahlentscheidung in Bezug auf ein anderes Krankenhaus, zu dessen Gunsten Fallzahlen verschiedener Standorte zusammengezählt wurden, sich als offensichtlich rechtswidrig erweist. Hinsichtlich der LG 14.1. Endoprothetik Hüfte blieb der Antrag erfolglos. Der Beschluss ist nicht rechtskräftig.

13. Krankenhausplanung: Land NRW setzt den Sofortvollzug bzgl. der LG 7.2 Leukämie und Lymphome aus

In einem von uns geführten Beschwerdeverfahren vor dem OVG NRW hat das beklagte Land nun selbst die sofortige Vollziehung des Feststellungsbescheides bezogen auf die Nichtzuweisung der LG 7.2 Leukämie und Lymphome (Regierungsbezirk Detmold) ausgesetzt (13 B 306/256). Hintergrund ist die vom

OVG NRW bereits mit Beschluss vom 1.9.2025 – 13 B 265/25 festgestellte fehlerhafte Bedarfsanalyse im Regierungsbezirk Düsseldorf.

14. Krankenhausplanung NRW: Land NRW setzt den Sofortvollzug bzgl. der LG 16.5 Tiefe Rektumeingriffe aus

In zwei von uns geführten Beschwerdeverfahren vor dem OVG NRW hat das beklagte Land nun selbst die sofortige Vollziehung der Feststellungsbescheide bezogen auf die Nichtzuweisung der LG 16.5 Tiefe Rektumeingriffe bis auf weiteres aufgrund ernstlicher Zweifel an der Rechtmäßigkeit seiner Auswahlentscheidung ausgesetzt (13 B 327/25 und 13 B 369/25). Zur Begründung verweist das Land auf fehlerhaft übertragene Fallzahlen, die sich zu Ungunsten der von uns vertretenen Krankenhäuser ausgewirkt haben. Beide Krankenhäuser können nun die tiefen Rektumeingriffe vorerst weiter erbringen.

15. Erfolgreiche Beschwerde im Krankenhausplanungsrecht zur LG 16.2 Lebereingriffe

In einem von uns geführten Verfahren hat das OVG NRW mit Beschluss vom 22.10.2025 – 13 B 297/26 – den Beschluss des VG Düsseldorf teilweise geändert und die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage gegen die Ablehnung der LG 16.2 Lebereingriffe bis auf weiteres angeordnet.

Die Auswahlentscheidung erweist sich voraussichtlich rechtswidrig, weil nach den vom Land NRW herangezogenen Kriterien und Fallzahlen die Antragstellerin besser geeignet sei. In Bezug auf die LG 14.4 Revision Knie wies das OVG NRW die Beschwerde zurück, weil die berücksichtigten Krankenhäuser sowohl von den Fallzahlen her als auch bezüglich der Auswahlkriterien besser geeignet seien. Das Krankenhaus darf nun bis zu einer erneuten Entscheidung des Landes NRW, längstens bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, Lebereingriffe weiter behandeln.

**16. OVG NRW: Unzureichende Bedarfsanalyse der Leistungsgruppe
7.2. Leukämie und Lymphome im Planungsbereich Regierungsbezirk
Düsseldorf**

In einem von uns geführten Verfahren hatte die Beschwerde zum OVG NRW z.T. Erfolg: Mit Beschluss vom 01.09.2025 – 13 B 265/25 – hat das Oberverwaltungsgericht Münster die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage eines von uns vertretenen Krankenhauses u.a. gegen die Nichtzuweisung der Leistungsgruppe 7.2 „Leukämie und Lymphome“ angeordnet mit der Begründung, dass es an einer tragfähigen Bedarfsanalyse fehlt. Aufgrund einer geänderten Definition der der Leistungsgruppe zugeordneten OPS-Codes erhöhte sich die Zahl der Behandlungsfälle in 2022. Die daraufhin angehobenen Fallzahlen des Landes NRW seien mangels tragfähiger Berechnungsmethode ohne valides Daten- und Zahlenmaterial nicht nachvollziehbar. Eine mögliche Unterversorgung sei nicht offensichtlich ausgeschlossen. Das Krankenhaus darf nun bis zu einer erneuten Entscheidung des Landes NRW, längstens bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, Leukämien und Lymphome weiter behandeln.

17. Mindestmengen – Widerlegung Prognose

Die Landessozialgerichte Schleswig-Holstein (L 5 KR 160/24) und Bayern (L 20 KR 78/25) haben sich in aktuellen Entscheidungen vom 12.06.2025 und 25.07.2025 mit der Frage der Widerlegung einer Mindestmengenprognose bei planbaren Leistungen auf Grundlage des § 136b SGB V befasst und dabei die an Krankenkassen und Krankenhäuser zu stellenden Anforderungen thematisiert. Ausgangspunkt der Prüfung seitens der Krankenkassen(-verbände) sowie der Gerichte ist die Prognose des Krankenhausträgers gemäß § 136b Abs. 5 Satz 3 SGB V, d.h. seine Darlegung, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht werde.

Diese Prognose erfordere grundsätzlich, dass der Krankenhausträger die relevanten Tatsachen plausibel schildere und aussagekräftig mit Nachweisen belege. Maßgebend seien die Verhältnisse zur Zeit der Prognoseentscheidung; spätere Entwicklungen können die Richtigkeit einer Prognose weder bestätigen

noch widerlegen. Soweit die Prognose nach § 5 der Mindestmengenregelung des G-BA (Mm-R) zwar spätestens bis zum 7. August des laufenden Kalenderjahres zu übermitteln sei, folge daraus keine Präklusion eines weiteren Vorbringens des Krankenhauses nach diesem Zeitpunkt. Jedenfalls bestehe im Rahmen der Anhörung des Krankenhauses noch Gelegenheit, erkennbar unvollständige und unplausible Angaben zu konkretisieren oder zu ergänzen, so dass der Bescheid über eine Widerlegung die zeitliche Grenze für eine weitere Begründung der angegebenen Prognose bilde. Damit eine Prognose nachvollzogen werden könne, müsse die Erwartung auf eine hinreichende Tatsachengrundlage gestützt werden. Stütze sich eine Prognose auf personelle Veränderungen, strukturelle Veränderungen und weitere Umstände und seien für das Erreichen der geforderten Mindestmenge erhebliche Zuwachsquoten notwendig, genügten allgemein gehaltene Darlegungen und Erwartungen ohne quantitative Untermauerung nicht. Vielmehr seien auch aussagekräftige Belege wie beispielsweise Nachweise zu Arbeitsverhältnissen und Qualifikationen von eingestelltem Personal, die Dokumentationen von Baumaßnahmen oder konkrete Zahlen zu den erwarteten Behandlungen vorzulegen, um die Erwartung einer Fallzahlerhöhung nachzuweisen. Für die Widerlegung der Prognose fordert § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V wiederum begründete erhebliche Zweifel an der Prognose im Sinne von tatsächliche Anhaltspunkten. Krankenkassen müssten sich dabei mit allen bis zu diesem Zeitpunkt ihr bekannten, die Prognose des Krankenhausträgers tragenden Argumenten/Elementen sorgfältig auseinandersetzen. Bei Unklarheiten sei zwar nicht von Amts wegen zu ermitteln, aber ggf. – einmalig – das Krankenhaus unter Fristsetzung zu ergänzendem Vortrag aufzufordern. Korrespondierend mit der unsicheren Tatsachengrundlage, auf der Prognosen naturgemäß beruhen, sei die Prognose des Krankenhauses bereits widerlegt, wenn die rechtlich relevanten Zweifel die sonstigen Umstände überwiegen, nicht erst dann, wenn die Erreichung der Mindestmenge mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Lasse sich ein solches Überwiegen nicht feststellen, gehe allerdings die Einschätzung des Krankenhausträgers vor. Seien unterschiedliche Aspekte zu würdigen, die teils für die Prognose, teils gegen sie

sprechen, müssten die Krankenkassen(-verbände) alle ihnen bekannten Umstände zutreffend erfassen, in ihrer Bedeutung für den konkreten Fall gewichten und schließlich nachvollziehbar, d.h. den Gesetzen der Logik entsprechend und widerspruchsfrei, einer Gesamtabwägung unterziehen.

18. Die Sepsis-3-Definition entfaltet frühestens ab dem Jahr 2020 kodierrechtliche Relevanz

Die Kriterien, die zum Nachweis bzw. der Diagnose einer Sepsis führen, wurden ab dem Jahr 2016 überarbeitet. Schwerpunkt der Sepsis-3-Definition ist mittlerweile der SOFA-Score, der die Kriterien des SIRS zur Feststellung einer Sepsis als medizinischen Standard abgelöst hat. Der geänderte Begriffsinhalt der Sepsis wurde zwar schon Ende 2018 in der S3-Leitlinie (S3) der Deutschen Sepsis-Gesellschaft konsentiert, so dass sich diese auf einen Gültigkeitszeitraum ab 31.12.2018 bezog, allerdings erfolgte die redaktionelle Aufarbeitung erst im Dezember 2019 und die Veröffentlichung auf der AWMF-Webseite erst Anfang 2020. Zum 20. Februar 2020 wurden die Kriterien sodann in den ICD-10-GM überführt. Das Sozialgericht Gelsenkirchen hat nun in einem von uns geführten Verfahren mit Urteil vom 16.04.2026, S 19 KR 358/22, entschieden, dass sich die Kodierung eines Behandlungsfalles aus dem Jahre 2019 noch anhand der SIRS-Kriterien richtet. Dies folge zum einen aus dem Wortlaut der Deutschen Kodierrichtlinien für 2019, welche den Begriff der SIRS weiterhin erwähnten, zum anderen daraus, dass die Veröffentlichung der neuen S3-Leitlinie, welche die SOFA-Kriterien implementierte, 2019 noch nicht abgeschlossen und es daher leitliniengerecht und behandlungsfehlerfrei gewesen sei, sich bis zu deren vollständiger Ablösung noch auf die SIRS-Kriterien zur Feststellung einer Sepsis zu stützen und diese entsprechend zu kodieren.

19. Nachträgliche Übersendung einer medizinischen Begründung ist keine unzulässige Rechnungskorrektur

Das LSG Nordrhein-Westfalen hat in von uns geführten Verfahren mit Urteilen vom 22.04.2026 (L 10 KR 681/24 und L 10 KR 677/24) ebenso wie das LSG Baden-

Württemberg mit Urteilen vom 17. und 18.03.2026 (L 11 KR 1932/ 25 und L 5 KR 2980/25) entschieden, dass sich die Nachlieferung einer medizinischen Begründung für eine stationäre Behandlung bei regelhaft ambulant erbringbaren Leistungen, die im AOP-Vertrag nach § 115b SGB V gelistet sind, lediglich auf die Fälligkeit der Rechnung auswirkt und auch noch nach Übermittlung der Schlussrechnung erfolgen kann. Eine nach § 17c Abs. 2 a KHG ausgeschlossene Korrektur der Abrechnung folgt hieraus nicht. Die Revision wurde zugelassen.

20. Rechtmäßiger Mindestmengenbeschluss zur Thoraxchirurgie

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus Dezember 2021, mit dem dieser für die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen eine Mindestmenge von 75 Eingriffen pro Jahr und Standort eines Krankenhauses mit Wirkung vom 1. Januar 2025 festgelegt hatte, ist rechtmäßig. Dies hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg entschieden und damit die Klagen mehrerer Krankenhäuser aus verschiedenen Bundesländern abgewiesen (Urteil vom 20. Februar 2026, Aktenzeichen: L 28 KR 410/23 KL).

Der beklagte G-BA legte mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 für die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen eine Mindestmenge von 75 Eingriffen pro Jahr und Standort eines Krankenhauses mit Wirkung vom 1. Januar 2025 fest. Übergangsweise galt in den Kalenderjahren 2022 und 2023 noch keine Mindestmenge, im Kalenderjahr 2024 eine Mindestmenge von 40 Leistungen pro Krankenhausstandort. Wird die jeweilige Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht, dürfen die entsprechenden thoraxchirurgischen Leistungen vom Krankenhaus nicht erbracht werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu. Krankenhäuser müssen die Berechtigung zur Leistungserbringung jeweils vorab mittels einer Prognose darlegen.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat die Normenfeststellungsklagen der Krankenhäuser abgewiesen und damit die Rechtmäßigkeit der Mindestmengenregelung bestätigt. Der G-BA habe im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags gehandelt. Die Konzentration komplexer Eingriffe in erfahrenen

Krankenhäusern stelle eine sachlich gerechtfertigte Maßnahme zum Schutz der Patientensicherheit dar. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Das Landessozialgericht hat die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen.

21. Behandlung im Schockraum

Eine kurzzeitige Notfallbehandlung im Krankenhaus kann nach der Rechtsprechung des BSG eine konkludente stationäre Aufnahme darstellen, wenn eine parallel zur Aufnahmediagnostik stattfindende Behandlung die personellen und sächlichen Ressourcen des Krankenhauses in hohem Maße beansprucht („Schockraum-2“ Entscheidung vom 29.08.2023, B 1 KR 15/22 R). Umstritten ist häufig, wann ein derart intensiver Ressourceneinsatz angenommen werden kann und ob das Krankenhaus diesen gesondert dokumentieren muss. Das LSG Baden-Württemberg hat diesbezüglich mit Urteil vom 18.03.2026, L 5 KR 2787/25, festgestellt, dass mit einer Behandlung im multidisziplinären Schockraum und der Kodierung einer kardialen oder kardiopulmonalen Reanimation nach dem OPS 8-771 regelhaft der für eine konkludente Aufnahme in das Krankenhaus erforderliche intensive Mitteleinsatz verbunden sei und es deshalb keiner weiteren Begründung zur Herbeiführung der Fälligkeit einer stationären Vergütung des Krankenhauses bedürfe.

22. Entstehung des Anspruchs auf Aufschlagszahlung erst bei rechtskräftiger Entscheidung über die Rechnungsminderung

Seit 2022 müssen Krankenhäuser gemäß § 275c Abs. 3 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen einen prozentualen Aufschlag zahlen, wenn sich nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) eine Rechnungsminderung ergibt. In einer Vielzahl von Klageverfahren um die Durchsetzung einer Rechnungsminderung machen Krankenkassen derzeit diese Aufschlagszahlung zusätzlich zu dem eigentlichen Erstattungsanspruch geltend. Das Sozialgericht Reutlingen hat diesem Vorgehen in einer Entscheidung vom 18.12.2025, S 12 KR 2033/23, nun eine Absage erteilt. Im zugrundeliegenden Fall stritten die Beteiligten um die Kodierung einer Nebendiagnose. Die Krankenkasse erhob nach Durchführung des

Erörterungsverfahrens Klage auf Rückzahlung von Behandlungskosten und erweiterte diese um die anhand der Erstattungsforderung berechnete Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V. Das Sozialgericht gab zwar der Klage bezogen auf die Erstattungsforderung statt, wies sie jedoch hinsichtlich der Aufschlagszahlung zurück. Dieser Anspruch sei im Entscheidungszeitpunkt mangels rechtskräftigem Abschluss des Klageverfahrens noch nicht entstanden. Nach dem maßgebenden Wortlaut von § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V ergäbe sich aus der Formulierung „*dem geminderten Abrechnungsbetrag*“, dass die nach Prüfung durch den MD entstehende Rechnungsminderung verbindlich für die Beteiligten feststehen müsse. Dies sei jedoch dann nicht der Fall, wenn das Krankenhaus die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse nicht akzeptiere und ein gerichtliches Verfahren im Hinblick auf die Zahlung eines geltend gemachten Erstattungsanspruches durchgeführt werde. Der Anspruch auf die Aufschlagszahlung entstehe daher erst zu dem Zeitpunkt, ab dem eine Minderung der abgerechneten Vergütung endgültig feststehe. Bei der klageweisen Geltendmachung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches durch die Krankenkasse sei dies im Falle einer gerichtlichen Entscheidung erst bei Eintritt von deren Rechtskraft der Fall.

23. Beweiswert der Dokumentation in Abrechnungsstreitigkeiten

Mit Urteil vom 12.06.2025, L 6 KR 102/20, hat das LSG Mecklenburg-Vorpommern klargestellt, dass im Rahmen der richterlichen Beweiswürdigung in einem Vergütungsstreit aus einer etwaigen Nichtbeachtung bestimmter Dokumentationsanforderungen durch ein Krankenhaus wegen ihres grundsätzlich anderen Regelungszwecks (Qualitätssicherung) keine zwingenden Rückschlüsse auf ein tatsächliches Behandlungsgeschehen gezogen werden müssen. Strittig war die Vergütung von Zusatzentgelten für die Gabe von Zytostatika bei Durchführung einer teilstationären Krebsimmuntherapie. Die Krankenkasse lehnte diese unter Verweis darauf ab, dass die Krankenunterlagen nur die Anforderung der Zytostatika durch einen Arzt dokumentierten. Deren tatsächliche Verabreichung sei nicht belegt, da die Therapiepläne weder Einträge zur genauen Applikationszeit und -

Menge noch eine ärztliche Unterschrift enthielten. Das Krankenhaus wandte ein, dass sich die Applikation selbst aus handschriftlichen Einträgen in der Patientenkurve und der gesamten Epikrise entnehmen lasse. Das LSG hielt dies für ausreichend. Zum einen bestünden in Bezug auf den maßgeblichen OPS bzw. die Entgeltbezeichnung keine besondere formalen Dokumentationsverpflichtungen. Wenngleich fehlende Angaben zur Applikationsmenge einschließlich eines Namenszeichens in dem in der Patientenakte abgelegten „Therapieplan“ Zweifel hinsichtlich der tatsächlichen Applikationsmenge begründen könnten, würden diese „Nachlässigkeiten“ letztlich durch die weiteren Eintragungen in der Patientenkurve und Dokumentationen entkräftet. In Übereinstimmung mit der jeweiligen ärztlich veranlassten Anforderung von Zytostatika und dem ebenfalls dokumentierten Therapie-Schema fänden sich in der Patientenkurve jedenfalls tagesbezogene Eintragungen zu Wirkstoff und Dosis. Soweit nach zivilrechtlichen Maßstäben gem. § 630f Abs. 2 Satz 1 BGB der Behandelnde verpflichtet sei, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, spreche auch dies dafür, dass tatsächlich die geplante Menge des Medikamentes auch appliziert werden konnte und keine (dann fachlich wesentlich und mithin dokumentationspflichtigen) Unterbrechungen/Abbrüche aufgetreten waren. Ein fehlendes Handzeichen der dokumentierenden Person begründe vorliegend keine durchgreifenden Zweifel an der inhaltlichen Richtigkeit der Angaben zum Umfang der Immuntherapie. Eintragungen ohne Unterschrift seien nicht von vornherein zum Beweis der dokumentierten Vorgänge ungeeignet, soweit die vorliegende Dokumentation keinen Anhalt für nachträgliche Veränderungen, zeitversetzte Eintragungen, Verfälschungen oder Widersprüchlichkeiten biete. Soweit die Leitlinien zu Dokumentationsstandards (hier Onkopedia-Leitlinie zur Medikamentösen Tumorthherapie) u.a. vorsähen, dass die applizierende Person mit Handzeichen und Uhrzeit die Korrektheit der Medikamente und der Patientenidentifikation bestätigen solle, könnten sich im Rahmen der richterlichen Beweismwürdigung aus einer möglichen Nichtbeachtung dieser Dokumentationsvorgaben – die einem anderen Zweck, nämlich der

Qualitätssicherung, diene – keine zwingenden Schlüsse auf den tatsächlichen Ablauf der Behandlung, etwa auf einen vorzeitigen Abbruch der Applikation, ziehen lassen. Letztlich sei die aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens und auf den gesamten Akteninhalt gestützte Überzeugung des Gerichts maßgeblich.

24. Unzulässige Klage bei nicht ordnungsgemäßigem Erörterungsverfahren

In einem von uns geführten Verfahren hat das SG Gelsenkirchen mit Urteil vom 20.04.2026 – S 45 KR 567/24 – die Klage einer Krankenkasse abgewiesen. Das Erörterungsverfahren verlangt eine einzelfallbezogene Erörterung. Im entschiedenen Fall hatte die Krankenkasse ihre Ablehnungsgründe mitgeteilt und zeitgleich erklärt, dass damit das Erörterungsverfahren beendet sei. Das Krankenhaus hatte keine Möglichkeit, sich inhaltlich mit den Gründen der Krankenkasse auseinanderzusetzen. Auch fand keine Verständigung dahingehend statt, das eingeleitete Erörterungsverfahren als beendet anzusehen. Durch Übermittlung der EKK61-Mitteilung habe die Krankenkasse rechtswidrig Bezug genommen auf § 9 Abs. 12 PrüfV 2021. Danach werde eine Einigung erst dann nicht erzielt, wenn es zuvor auch zu einer einzelfallbezogenen Erörterung gekommen ist, was im entschiedenen Fall aber gerade nicht geschehen war.

25. Anforderungen an das Erörterungsverfahren als Prozessvoraussetzung

Das Sozialgericht Bremen hat sich in einer Entscheidung vom 16.09.2025, S 55 KR 113/23 KH, mit der Zulässigkeit der Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus auf Erstattung von Behandlungskosten befasst. In dem zugrundeliegenden Fall aus 2022 hatte die Krankenkasse nach Durchführung des Prüfverfahrens dem Krankenhaus die leistungsrechtliche Entscheidung mit Bezifferung des Erstattungsbetrages übermittelt. Das Krankenhaus widersprach, so dass die Krankenkasse das Erörterungsverfahren gemäß § 9 der PrüfV 2022 einleitete. Der erneut eingeschaltete MD blieb in einem zweiten Gutachten bei seiner Auffassung, woraufhin die Krankenkasse ohne erneute Kontaktaufnahme

und ohne Übersendung des Gutachtens an das Krankenhaus feststellte, dass das Erörterungsverfahren ohne Einigung abgeschlossen sei und anschließend strittige Forderung im Klagewege geltend machte. Das Krankenhaus wandte ein, das Erörterungsverfahren sei nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden, da die Kasse lediglich den MD erneut beauftragt habe, ohne dass es eine inhaltliche Diskussion zwischen den Beteiligten gegeben hätte.

Das Gericht gab der Krankenhauseseite Recht und wies darauf hin, dass das gemäß § 17c Abs. 2b KHG vor Klageerhebung erforderliche Erörterungsverfahren eine von Amts wegen zu prüfende besondere Prozessvoraussetzung sei. Der Begriff der Erörterung setze einen mündlichen oder schriftlichen ausführlichen und detaillierten Diskurs, einen umfassenden Austausch der Argumente und damit eine Diskussion über die Rechtmäßigkeit der betroffenen Abrechnung voraus. Werde das Erörterungsverfahren nur der äußeren Form nach ohne einzelfallbezogene Diskussion durchlaufen, sei eine Klage unzulässig. Die Durchführung des Erörterungsverfahrens werde vorliegend auch nicht nach den Regelungen der PrüfV fingiert. Das Krankenhaus habe eine Mitwirkung nicht verweigert. Zwar könnte auf Seiten der Krankenkasse eine Verweigerung der zwar konkludent in ihrem Verhalten – also der umgehenden Beendigung des Erörterungsverfahrens ohne Ermöglichung eines inhaltlichen Austausches zu den Ergebnissen des neuen MD Gutachtens – gesehen werden. Die Regelung über die Fiktion des Erörterungsverfahrens bei Verweigerung der Erörterung oder fehlender Mitwirkung des Krankenhauses oder der Krankenkasse nach § 9 Abs. 11 PrüfV sei insofern aber teleologisch dahingehend zu reduzieren, dass sie nur in den Fällen eintritt, in denen der jeweilige Anspruchsgegner eine inhaltliche Erörterung durch Verweigerung oder fehlende Mitwirkung torpediert. Nur in diesem Fall bedürfe es der Fiktion des Erörterungsverfahrens, damit der potentielle Beklagte ein Klageverfahren nicht alleine dadurch blockieren könne, dass er die Erörterung verweigert bzw. am Erörterungsverfahren nicht mitwirkt.

26. Strukturmerkmal der „täglichen Verfügbarkeit“

Häufig sind die Voraussetzungen der Kodierung von Komplexcodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) durch Krankenhäuser Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen. In mehreren vor dem LSG NRW anhängigen Verfahren ging es um das Merkmal der „Täglichen Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie“ im Rahmen der Kodierung des OPS 8-98f.11 für die aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung. Die beklagten Krankenkasse vertraten insofern die Ansicht, dieses Merkmal setze nicht nur das dauerhafte Vorhandensein einer Physiotherapie, sondern auch deren dokumentierte tägliche Erbringung im Einzelfall voraus. Mit Urteil vom 10.07.2025, L 5 KR 5/23, erteilte das LSG NRW diesem Ansinnen eine deutliche Absage. Im Einklang mit den erstinstanzlichen Entscheidungen wies es darauf hin, dass bereits die Verwendung des Substantivs „Verfügbarkeit“ im OPS gerade nicht für die Notwendigkeit einer täglichen „Leistungserbringung“ spreche. Schon aufgrund seiner widerspruchslosen Bedeutung könne dieser Begriff nach den durch das BSG konturierten Auslegungsvorgaben daher nicht in dem Sinne ausgelegt werden, dass Intensivpatienten bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit auch am Wochenende von Physiotherapeuten behandelt werden; erst recht sei nicht zu fordern, dass ein Intensivpatient auch tatsächlich an allen Tagen – also auch an Feiertagen – durchgängig Physiotherapie erhalte. Dies ergebe sich im Übrigen auch daraus, dass es sich bei dem streitgegenständlichen Mindestmerkmal um ein Strukturmerkmal handele. Strukturmerkmale im Kontext des OPS seien die jeweiligen (Mindest)Voraussetzungen in personeller, technischer oder organisatorischer Hinsicht, die Krankenhäuser vorhalten müssen, um bestimmte Leistungen im Kontext eines OPS-Kodes abrechnen zu können. In Abgrenzung hierzu beschreiben die Mindestmerkmale regelmäßig die tatsächlich vom Krankenhaus zu leistenden Maßnahmen, welche gerade nicht im Wege einer erweiternden Auslegung systemwidrig in ein Strukturelement interpretiert werden dürften.

27. Ambulante oder stationäre Notfallbehandlung?

Die Abrechnung kurzzeitiger Notfallbehandlungen im Krankenhaus ist weiterhin Gegenstand vergütungsrechtlicher Streitigkeiten, nachdem das BSG mit seiner „Schockraum II“ Entscheidung vom 29.08.2023, B 1 KR 15/22 R (wir berichteten) klargestellt hatte, dass jedenfalls dann von einer konkludenten stationären Aufnahme auszugehen sei, wenn der Einsatz der krankenhausspezifischen personellen und sächlichen Ressourcen im Krankenhaus eine hohe Intensität aufweise bzw. eine solche geplant sei. Es blieb allerdings offen, wann ein derart intensiver Mitteleinsatz regelhaft angenommen werden kann. Das LSG Berlin-Brandenburg hat demgemäß mit Urteil vom 20.03.2025, L 9 KR 42/23, entschieden, dass bei der Abgrenzung einer ambulanten Notfallbehandlung von einer stationären Krankenhausbehandlung stets eine Einzelfallprüfung erforderlich ist. Sehe der konkrete Behandlungsplan bei einem Verdacht auf einen Myokardinfarkt zunächst nur diagnostische und therapeutische Maßnahmen für die nächsten sechs Stunden vor, da sich erst im Anschluss der weitere Behandlungsweg (ambulante oder stationäre Weiterbehandlung) entscheide, und würden ausschließlich Maßnahmen geringer Intensität in zeitlicher Abfolge durchgeführt, läge unabhängig von dem konkreten Ort der Leistungserbringung lediglich eine der Aufnahmeentscheidung vorgelagerte Diagnostik und Behandlung und damit keine stationäre Krankenhausbehandlung vor. Die im zugrundeliegenden Fall durchgeführten Maßnahmen (zweimaliges EKG, zweimalige Troponinwertbestimmung, Monitoring, Röntgen-Thorax) wiesen nach Ansicht des LSG keine die Schwelle zur stationären Behandlung erreichende hohe Intensität auf. Weder bei der Ableitung des EKG noch bei der Blutwertbestimmung würden besondere Mittel des Krankenhauses spezifisch genutzt. Allein die Auswertung des Blutes durch das Krankenhauslabor reiche für die Annahme des Einsatzes der besonderen Mittel des Krankenhauses nicht aus. Auch das andauernde Monitoring sowie das Thorax-Röntgen erschienen nicht als spezifische Nutzung der Mittel des Krankenhauses. Die durchgeführten Maßnahmen hätten daher auch im Rahmen einer ambulanten Notfallversorgung erfolgen können.

25. Fehlen von Strukturvoraussetzungen – Geltendmachung durch die Krankenkasse innerhalb der 11-Monats-Frist

Das Schleswig-Holsteinische LSG hat mit Urte. v. 9. 12. 2025 – L 10 KR 55/22 entschieden, dass eine Krankenkasse mit Einwänden zu OPS-Strukturvorgaben präkludiert sein kann. Wenn für einen OPS mit Strukturvoraussetzungen ein MDK-Prüfverfahren für die individualmedizinischen Voraussetzungen eingeleitet wurde, unterlag der OPS insgesamt ab 1. 1. 2016 dem Prüfverfahren der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV). Eine Krankenkasse kann daher die Leistungsentscheidung nach § 8 S. 1 PrüfvV ab dem 1. 1. 2016 auch mit dem Fehlen von Strukturvoraussetzungen begründen, wenn sie die Erkenntnisse zulässigerweise erlangt hat. Sie muss eine solche Leistungsentscheidung innerhalb der 11-Monats-Frist (§ 8 S. 3 PrüfvV) treffen, wenn sie den geprüften OPS (allein) wegen fehlender Strukturvoraussetzungen für nicht kodierbar hält und gegen den Krankenhausträger aus diesem Grund einen Erstattungsanspruch geltend machen will. Tut sie dies nicht, ist sie präkludiert.

28. Materielle Präklusion bei nicht fristgemäßer Mitteilung der abschließenden Leistungsentscheidung

Das BSG hat mit Urteil vom 12.06.2024, B 1 KR 8/24 R, in einem von uns geführten Verfahren bestätigt, dass die in § 8 der PrüfvV niedergelegte Frist zur Mitteilung der abschließenden Leistungsentscheidung der Krankenkassen nach Durchführung eines Prüfverfahrens eine materielle Präklusionsregelung darstellt. Die Revision der Krankenkasse gegen eine dementsprechende Entscheidung des LSG NRW (Urteil vom 01.02.2024, L 5 KR 357/22 – wir berichteten) wurde zurückgewiesen. Im zugrundeliegenden Fall konnte die Krankenkasse den fristgerechten Zugang ihrer Leistungsentscheidung beim Krankenhaus nicht beweisen. Das BSG stellt zunächst fest, hierdurch zwar die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs der Krankenkasse nicht per se ausgeschlossen sei. Mit dem Versäumen der Frist nach § 8 der PrüfvV sei diese aber unabhängig von einem Verschulden so zu stellen, als habe sie das Prüfverfahren nicht eingeleitet. Daraus folge ein Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot für diejenigen Beweismittel, die Gegenstände des Prüfverfahrens betreffen und die der Krankenkasse nur durch die Einschaltung des

Medizinischen Dienstes zugänglich gemacht werden dürften. Diese eingeschränkte Ermittlungspflicht des Sozialgerichts habe zur Folge, dass die im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens ohne Anlass und damit zu Unrecht angeforderten Behandlungsunterlagen des Krankenhauses ebenso wie ein darauf gestütztes Sachverständigengutachten einem Beweisverwertungsverbot unterlägen. Die Folgen einer hieraus resultierenden Beweisnot trage allein die Krankenkasse. Da diese ihren behaupteten Erstattungsanspruch nicht auf andere in anderer Weise rechtmäßig bekannt gewordene Daten außerhalb der Behandlungsunterlagen stützen könne, stehe ihr ein solcher auch nicht zu.

**29. Abschließende Entscheidung einer sekundären Fehlbelegung –
Ausschluss des Einwands einer primären Fehlbelegung**

Das BSG hat mit Urteil vom 12.06.2024 – B 1 KR 40/24 R – entschieden, dass bei einer Leistungsentscheidung, in der sich die Krankenkasse auf eine sekundäre Fehlbelegung bezieht, die Krankenkasse in der Folge mit dem Einwand, dass ein Vergütungsanspruch wegen primärer Fehlbelegung nicht bestand, ausgeschlossen ist. Die Mitteilung der abschließenden Entscheidung beende nicht nur formell das Prüfverfahren, sondern schaffe auch Klarheit, welche der benannten Prüfgegenstände von der Krankenkasse nach der Prüfung beanstandet und der Vergütungsforderung des Krankenhauses entgegengehalten werden. Tatsächliche oder rechtliche Einwände gegen den Vergütungsanspruch, die sich aus den vom MDK geprüften Gegenständen hätten ergeben können und die mit der abschließenden Entscheidung nicht geltend gemacht worden sind, könne die Krankenkasse in der Folgezeit nicht mehr wirksam geltend machen. Mit der Nichtbeanstandung werde der Streitstoff in Bezug auf den Vergütungsanspruch im Sinne einer materiellen Präklusion als prozessualer Sperre dergestalt begrenzt, dass geprüfte Prüfgegenstände im Umfang ihrer Nichtbeanstandung einer gerichtlichen Prüfung entzogen sind.

30. Abschließende Entscheidung einer primären Fehlbelegung – Ausschluss des Einwands einer sekundären Fehlbelegung

Das LSG Baden-Württemberg hat mit Urteil vom 18.03.2026 – L 5 KR 2711/23 – entschieden, dass die Krankenkasse mit dem Einwand der sekundären Fehlbelegung ausgeschlossen ist, wenn Gegenstand der Einzelfallprüfung die primäre und sekundäre Fehlbelegung waren und sich die Krankenkasse in ihrer abschließenden Entscheidung ausschließlich auf eine primäre Fehlbelegung stützt.

In dem vorgenannten Urteil des BSG vom 12.06.2025 – B 1 KR 40/24 R – hatte dieses den umgekehrten Fall der Beanstandung einer tatsächlich nicht vorliegenden primären Fehlbelegung und späteren Geltendmachung einer sekundären Fehlbelegung offen gelassen. Genau diesen Fall hat nun das LSG Baden-Württemberg entschieden und eine anders lautende Entscheidung des Erstgerichts aufgehoben. Die Krankenkasse hatte zum Prüfgegenstand eine primäre und sekundäre Fehlbelegung gemacht. In ihrer Leistungsentscheidung bezog sie sich auf das MD-Gutachten, aus dem hervorging, dass von einer primären Fehlbelegung auszugehen sei. Im gerichtlichen Verfahren verneinte der Sachverständige eine primäre Fehlbelegung, meinte aber, dass die Behandlung hätte abgekürzt werden können. Die beklagte Krankenkasse stützte daraufhin ihren Erstattungsanspruch auf den Einwand einer sekundären Fehlbelegung. Mit diesem Einwand war sie nach dem Urteil des LSG Baden-Württemberg aber ausgeschlossen, da es sich um unterschiedliche Prüfungsgegenstände handle, die nicht beliebig gegeneinander ausgetauscht werden können. Das LSG hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung zum BSG zugelassen.

31. Sozialversicherungspflicht auch bei Kooperation des Krankenhauses mit Ärzte-GbR

Das BSG hat mit Urteil vom 13.11.2025, B 12 BA 4/23 R, entschieden, dass ein Arzt, der Gesellschafter einer Gemeinschaftspraxis (GbR) ist und aufgrund eines Kooperationsvertrages zwischen GbR und Krankenhaus ärztliche Leistungen für das Krankenhaus erbringt, sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist. Mit dieser Entscheidung dürfte rechtssicher eine Sozialversicherungspflicht durch Abschluss

eines Kooperationsvertrages mit einer Ärzte-Mehrheit im Sinne eines Dienst-/Werkvertrages nicht mehr zu vermeiden sein.

32. Kein Vergütungswegfall bei Verstoß gegen G-BA-Qualitätssicherungsrichtlinien

Das BSG hat am 12.06.2025, B 1 KR 26/24 R und B 1 KR 30/23 R, entschieden, dass ein bedingungsloser Vergütungswegfall eines Krankenhauses bei Nichterfüllung der Vorgaben einer Qualitätssicherungsrichtlinie nicht besteht. Das BSG gab diesbezüglich seine frühere Rechtsprechung zu einem Vergütungswegfall aufgrund der geänderten Gesetzeslage zum 01.01.2016 auf. Das BSG wies in beiden Entscheidungen an die Vorgerichte zurück, welche nun zu prüfen haben, ob die Behandlung unabhängig von den Vorgaben der Qualitätssicherungsrichtlinie den Vorgaben des Qualitätsgebotes entsprach. Aus der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen allein ergibt sich noch kein Verstoß gegen das Qualitätsgebot. Maßgeblich ist vielmehr der allgemein anerkannte Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse im Behandlungszeitpunkt. Auch wenn der G-BA im Jahr 2019 die Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie erlassen hat, entbindet dies nicht von der Festlegung, welche Qualitätsverstöße wesentlich seien. Diese müssten in den einzelnen themenbezogenen Richtlinien festgelegt werden.

Anwaltskanzlei Quaas & Partner

Standort Stuttgart
Möhringer Landstr. 5
70563 Stuttgart
Tel.: 0711/9 01 32-0
Fax: 0711/9 01 32-99
info@quaas-partner.de

Standort Dortmund
Märkische Str. 115
44141 Dortmund
Tel.: 0231/22 24 28-30
Fax: 0231/22 24 28-31
info-do@quaas-partner.de

www.quaas-partner.de