



Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



Beschluss

L 16 KR 401/25 B ER

S 50 KR 532/25 ER Sozialgericht Hannover

In dem Beschwerdeverfahren

A.

– Antragstellerin und Beschwerdeführerin –

Prozessbevollmächtigte:

B.

gegen

C.

– Antragsgegner und Beschwerdegegner –

Prozessbevollmächtigte:

D.

hat der 16. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen am 2. Dezember 2025 in Celle durch die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht E., die Richterin am Landessozialgericht F. und den Richter am Landessozialgericht G. beschlossen:

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Hannover vom 1. Oktober 2025 wird zurückgewiesen.

Die Antragstellerin trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird auf 23.197 Euro festgesetzt.

Gründe

I.

Die Antragstellerin begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes eine vorläufige Bescheinigung des Antragsgegners über die Erfüllung der Strukturmerkmale des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-987.1 (*Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit*) für den Standort Bad Münde (Standortnummer: 2603000069) des Krankenhauses H. -Klinik für den Zeitraum 1. Januar 2026 bis 31. Juli 2027.

Die Antragsstellerin betreibt in I. ein zugelassenes Krankenhaus für Innere Medizin mit einer Kapazität von 52 Betten. Nach ihren Angaben behandelte sie ca 1930 Fälle pro Jahr (Schriftsatz vom 11. August 2025).

Der Antragsgegner wies die Antragstellerin mit Bescheid vom 19. Oktober 2023 darauf hin, dass die für den OPS 8-987.1 erforderlichen Strukturmerkmale ausreichend nachvollziehbar belegt seien und wies darauf hin, dass bei zukünftigen OPS-Strukturprüfungen bei den derzeit gegebenen Umständen ein ablehnender Bescheid erlassen werde.

Mit Schreiben vom 24. März 2025 beantragte die Antragstellerin beim Antragsgegner die turnusmäßige Prüfung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen ua bezüglich des OPS 8-987.1. Mit Schreiben vom 7. April 2025 bestätigte der Antragsgegner den Antragseingang, legte den Prüfzeitraum auf den 1. Dezember 2024 bis 28. Februar 2025 fest und forderte Unterlagen an für das Strukturmerkmal „Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal, mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-Pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“ in Form von aktuell gültigem Arbeitsvertrag oder Kooperationsvertrag Krankenhaushygieniker, Nachweis, dass die Tätigkeit der Hygienefachkraft unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers stattfindet (zum Beispiel Arbeitsvertrag, Dienstanweisung, Hygieneplan, SOP).

Mit Schreiben vom 10. April 2025 reichte die Antragstellerin eine Kooperationsvereinbarung mit Frau Dr med J. sowie ein Anschreiben vom 8. April 2025 und einen Auszug aus dem Hygieneplan ein; beigefügt war zudem ein Beratungsvertrag mit der Firma K. GmbH und Co KG wonach die Firma K. die Aufgabe der Hygienefachkraft übernimmt und diesbezüglich entsprechend ausgebildete Hygienefachkräfte überlässt. Im Anschreiben vom 8. April 2025 wird von der in Kooperation tätigen Krankenhaushygienikerin angegeben, dass die in der H. -

Klinik GmbH, L., in l. tätigen ausgebildeten Hygienefachkräfte der Firma K. bzgl. der krankenhaushygienischen Belange der Klinik unter ihrer fachärztlichen Aufsicht arbeiten und bei Fragen regelmäßig mit ihr Rücksprache halten würden.

Mit Schreiben vom 30. April 2025 wies der Antragsgegner daraufhin, dass bezüglich des Kooperationsvertrages der Nachweis fehle, dass der Vertrag aktuell noch gelte. Darüber hinaus formulierte der MD: „Sofern der Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig ist, ist das Vorhandensein der Hygienefachkraft am Standort durch einen Arbeitsvertrag nachzuweisen. In diesem Fall ist die Tätigkeit der Hygienefachkraft unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers zB durch einen Arbeitsvertrag, eine Dienstanweisung, einen Hygieneplan oder eine SOP nachzuweisen.“

In der Folge wies die Antragstellerin bezüglich der Krankenhaushygienikerin eine Vertragsverlängerung nach und legte im Übrigen bezüglich der Hygienefachkraft nochmals die Vereinbarungen mit der Firma K. vor.

Mit Bescheid vom 13. Mai 2025 lehnte der Antragsgegner den Antrag auf Erlass einer Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale bezogen auf den OPS 8-987.1 ab. Zur Begründung wies der Antragsgegner daraufhin, dass das Strukturmerkmal „Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers“ aufgrund einer Tätigkeit der Hygienefachkraft in Kooperation als nicht erfüllt zu betrachten sei, da auch die Krankenhaushygienikerin in Kooperation tätig sei.

Gegen diese Entscheidung legte die Antragstellerin mit Schreiben vom 5. Juni 2025 Widerspruch ein. Sie führte zur Begründung aus, dass im Strukturmerkmal zum OPS 8-987.1 am Ende durch den Klammerzusatz „auch in Kooperation möglich“ klargestellt sei, dass eine Kooperation insgesamt ausreichend sei, um das Strukturmerkmal zu erfüllen; dem Wortlaut des OPS sei nicht zu entnehmen, dass in Fallgestaltungen, in denen der Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig sei, die Hygienefachkraft zwingend aufgrund eines Arbeitsvertrages mit dem Klinikum tätig sein müsse; der Klammerzusatz am Ende des OPS lasse sich so verstehen, dass er sich auf beide Voraussetzungen beziehe, zumal auch der Sinn und Zweck dafür spreche, dass insgesamt eine Sicherstellung über Kooperationsverträge erfolge. Diese Rechtsauffassung wurde mit weiterem Schreiben vom 30. Juni 2025 weitergehend präzisiert, nachdem der Antragsgegner zuvor mit Schreiben vom 23. Juni 2025 nochmals Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben hatte.

Mit Bescheid vom 9. Juli 2025 wies der Antragsgegner den Widerspruch der Antragstellerin zurück. Diese Entscheidung wurde - wie zuvor - damit begründet, dass das Strukturmerkmal „Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers“ aufgrund einer Tätigkeit der Hygienefachkraft in Kooperation weiterhin als nicht erfüllt bewertet werde.

Gegen diese Entscheidung hat die Antragstellerin Klage vor dem Sozialgericht (SG) Hannover (Az S 50 KR 536/25) erhoben und gleichzeitig am 11. August 2025 einen Antrag auf die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes gestellt. Sie hat vorgetragen, ihr sei im Rahmen einer einstweiligen Anordnung eine vorläufige Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale des OPS 8-987.1 zu erteilen; es bestehe ein allgemeines Rechtsschutzbedürfnis, da die Abrechnung der Leistung einen gültigen Feststellungsbescheid voraussetze. Weiterhin sei zu berücksichtigen, dass ein Anordnungsanspruch glaubhaft gemacht sei; aufgrund der eingereichten Unterlagen sei davon auszugehen, dass das Strukturmerkmal „Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“ erfüllt sei, da das Teilmerkmal „Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers“ auch in der vorliegenden Fallkonstellation eines Kooperationsvertrages zu bejahen sei, auch wenn der Krankenhaushygieniker ebenfalls in Kooperation tätig sei. Der Wortlaut des OPS schließe eine Gestaltung -wie von der Antragstellerin gewählt- nicht aus. Der Klammerzusatz am Ende des OPS (auch in Kooperation möglich) könne auf beide Varianten bezogen werden. Es bestehe auch ein Anordnungsgrund; in diesem Zusammenhang sei zu berücksichtigen, dass die Antragstellerin lediglich ein kleines Fachkrankenhaus betreibe und aufgrund der Nichtabrechenbarkeit der OPS erhebliche Erlöseinbußen zu befürchten seien; in den Jahren 2022-06/2025 habe sie den OPS in 61 Fällen zur Abrechnung gebracht. Darüber hinaus sei fraglich, wie die Antragstellerin die personelle und sachliche Infrastruktur bei Infektionen mit multiresistenten isolationspflichtigen Erregern aufrechterhalten solle, wenn die Gefahr bestehe, dass die Kooperationsverträge mangels Vergütung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht weitergeführt werden könnten. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Patientensicherheit und Versorgungsnotwendigkeit sei eine Sicherung der finanziellen Situation erforderlich. Bezogen auf das Gesamtbudget der Antragstellerin sei davon auszugehen, dass die Abrechenbarkeit des OPS 8-987.1 und dessen Erlöse einen Anteil von 1,84% bis 2,4% des Gesamtbudgets ausmachten.

Das SG hat den Antrag mit Beschluss vom Oktober 2025 abgelehnt. Der Antrag sei dahingehend auszulegen, dass die Antragstellerin eine Möglichkeit erhalten möchte,

zumindest vorläufig - bis zur Klärung im Hauptsacheverfahren - die Erfüllung der Strukturmerkmale des OPS 8-987.1 nachweisen zu können, um derartige Leistungen gegenüber den Kostenträgern abzurechnen. In der Rechtsprechung werde bezweifelt, dass auf der Grundlage der geltenden Richtlinien überhaupt eine „vorläufige Bescheinigung“ erstellt werden könne. Es werde davon ausgegangen, dass eine Rechtsgrundlage zur Erteilung einer vorläufigen Bescheinigung nicht vorhanden sei, allerdings eine Auslegung des Begehrens dahingehend möglich sei, dass der Antragsgegner vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens zur Erteilung einer Bescheinigung verpflichtet werde. Die Vorläufigkeit beziehe sich in diesem Falle nicht auf die Bescheinigung selbst, sondern auf den begrenzten Zeitraum, nämlich bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens (*unter Hinweis auf Sächsisches Landessozialgericht -<LSG>, Beschluss vom 3. Juli 2025 – L 1 KR 62/25 B ER Rn 51*).

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung sei allerdings nicht begründet. Die Antragstellerin habe unter Berücksichtigung der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren anzustellenden Prüfung keinen Anspruch auf Verpflichtung des Antragsgegners zur Erteilung einer Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturmerkmale des OPS 8-987.1 ab dem 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2027 bzw bis zum Abschluss des Hauptverfahrens. Die Voraussetzungen des § 86b Abs 2 S 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) seien nicht erfüllt. Erforderlich sei, dass sowohl ein Anordnungsanspruch, dh die Rechtsposition, deren Durchsetzung im Hauptsacheverfahren beabsichtigt sei, als auch ein Anordnungsgrund, dh die Eilbedürftigkeit der begehrten vorläufigen Regelung glaubhaft gemacht seien (§ 86b Abs 2 S 4 SGG iVm § 920 Abs 2 Zivilprozessordnung -ZPO-). Die prozessuale Funktion des einstweiligen Rechtsschutzes bestehe vor dem Hintergrund des Artikels 19 Abs 4 Grundgesetz (GG) darin, in dringenden Fällen effektiven Rechtsschutz zu gewährleisten, in denen eine Entscheidung im -grundsätzlich vorrangigen - Verfahren der Hauptsache zu spät käme. Gemessen an den Wertungen des Art 19 Abs 4 GG dürften Entscheidungen im Verfahren des fachgerichtlichen Eilrechtsschutzes grundsätzlich sowohl auf eine Folgenabwägung als auch auf eine summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache gestützt werden. Dabei stelle Art 19 Abs 4 GG besondere Anforderungen an die Ausgestaltung des fachgerichtlichen Eilverfahrens, wenn ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen entstehen könnten. Die Gerichte müssten in derartigen Fällen, wenn sie sich an den Erfolgsaussichten der Hauptsache orientieren wollten, die Sach- und Rechtslage regelmäßig nicht nur summarisch, sondern abschließend prüfen. Dabei gelte, dass die Gerichte die Sach- und Rechtslage umso eingehender prüfen müssten, je gewichtiger die drohende Grundrechtsverletzung und je höher ihre Eintrittswahrscheinlichkeit sei.

Hinsichtlich des Prüfungsmaßstabs sei zudem zu berücksichtigen, dass eine Verpflichtung des Antragsgegners für die Zeit ab dem 1. Januar 2026 eine (echte) Vorwegnahme der Hauptsache darstellen würde, da sie für die Vergangenheit nicht mehr korrigierbar wäre und die Grundlage für vielfältige Abrechnungsverhältnisse schaffen würde, die den OPS 8-987.1 betreffen. Auch wenn die einstweilige Anordnung die endgültige Entscheidung grundsätzlich nicht vorwegnehmen dürfe, sei der Erlass einer einstweiligen Anordnung zur Vermeidung von Rechtsschutzlücken im Hinblick auf Art 19 Abs 4 GG nicht gänzlich ausgeschlossen. Allerdings seien in diesem Fall gesteigerte Anforderungen an das Vorliegen des Anordnungsanspruchs und des Anordnungsgrundes zu stellen. Da das Ergebnis des Hauptsacheverfahrens vorweggenommen werde, könne der Anordnungsanspruch bei einer Vorwegnahme regelmäßig nur bejaht werden, wenn die Verweigerung der begehrten Maßnahme offensichtlich rechtswidrig sei. Im Hinblick auf den Anordnungsgrund müsse der Antragsteller glaubhaft machen, dass ihm ohne vorläufigen Rechtsschutz schwerwiegende, nicht anders abwendbare Nachteile drohten. Die Vorwegnahme der Hauptsache rechtfertigende wirtschaftliche Folgen würden angenommen, wenn die Aufgabe bzw eine wirtschaftliche Existenzgefährdung des Unternehmens drohe und die Liquidität des Unternehmens konkret gefährdet sei.

Hier seien weder einer Anordnungsanspruch noch ein Anordnungsgrund glaubhaft gemacht worden. Ein Anordnungsanspruch könne nicht auf § 275a Abs 1 S 1 Nr 2 iVm Abs 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gestützt werden.

Entgegen der Auffassung der Antragstellerin bestehe kein Anspruch darauf, dass der Antragsgegner das Bestehen der Voraussetzungen des strittigen OPS- Kodes feststelle. Hier sei das Strukturmerkmal des OPS 8-987.1 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2025) „Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“ als nicht erfüllt anzusehen. In diesem Zusammenhang sei die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur engen Wortlautauslegung von Abrechnungsbestimmungen zu beachten. Abrechnungsbestimmungen seien wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen blieben außer Betracht. Der OPS könne Begriffe

entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung könne sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben. Ferner könne der Wortlaut ausdrücklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes Begriffsverständnis in Bezug nehmen. Fehle es an solchen normativen definitorischen Vorgaben, gelte der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen seien. Ergäben sich danach keine eindeutigen Ergebnisse, sei der allgemeinsprachliche Begriffskern maßgeblich. Um im vorliegenden Fall zu einem zutreffenden Ergebnis zur Bestimmung des Aussagegehalts des Strukturmerkmals des OPS zu gelangen, seien die Vorschriften des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IFSG) als auch der niedersächsischen Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (NMedHygVO) in den Blick zu nehmen. § 1 NMedHygVO bestimme, dass die Verordnung Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen in medizinischen Einrichtungen regelt, zu denen nach § 1 Abs 2 Nr 1 NMedHygVO Krankenhäuser gehörten. Sodann sei geregelt, dass durch die Leiter der medizinischen Einrichtung sicherzustellen sei, dass die baulich-funktionellen, betrieblich organisatorischen sowie personell-fachlichen Voraussetzungen für die Einhaltung der dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Regeln der Hygiene geschaffen und die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen der Hygiene umgesetzt würden (§ 2 Abs 1 NMedHygVO). Nach § 3 Abs 2 S 1 NMedHygVO müsse die Leistung einer medizinischen Einrichtung in ausreichender Zahl Fachpersonal einsetzen. Satz 2 und Satz 3 der vorgenannten Norm bestimmten: Die Zahl richtet sich nach einem Risikoprofil, das sich aus dem Behandlungsspektrum der Einrichtung und der Gefahr für die Patientinnen und Patienten, sich nosokomial zu infizieren, ergebe. Eine ausreichende Zahl an Fachpersonal werde vermutet, wenn die im Internet unter www.rki.de veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut zu den personellen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen umgesetzt seien. Diesbezüglich könne auf die Bekanntmachung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen- Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert- Koch- Institut (Bundesgesundheitsblatt 2023, Seite 332-351) verwiesen werden. Zunächst sei auf § 3 Abs 1 S. 1 NMedHygVO abzustellen. Die Vorschrift laute: Fachpersonal im Sinne dieser Verordnung sind 1. die Krankenhaushygienikerin und der Krankenhaushygieniker (§ 4), 2. die hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte (§ 5) sowie 3. die Hygienefachkräfte (§ 6). Eine beachtenswerte Feststellung enthalte § 3 Abs 1 S. 2 NMedHygVO, wonach das Fachpersonal nach Satz 1 Nr 1 und 3 nicht Personal der medizinischen Einrichtung sein müsse. Danach müsse der

hygienebeauftragte Arzt/Ärztin Beschäftigter des jeweiligen Krankenhauses sein, aber bezüglich des Krankenhaushygienikers/-hygienikerin als auch der Hygienefachkraft sei eine Sicherstellung auch durch „freie“ externe Dienstleister möglich. Allerdings bleibe entscheidend, in welcher Weise die vorgenannten Regelungen und Empfehlungen Niederschlag im Wortlaut des Strukturmerkmals des strittigen OPS gefunden habe. Um ein zielführendes Auslegungsergebnis zu erhalten, sei vorab zunächst noch auf die durch das IFSG und die NMedHygVO vorgegebenen Strukturen des Hygieneteams abzustellen. Demnach setze sich das Hygieneteam (vgl. Bekanntmachung des RKI, S.335) zwingend aus Krankenhaushygieniker und Hygienefachkraft zusammen, wobei ein hygienebeauftragter Arzt abhängig von der Größe der Einrichtung optional einzusetzen sei (vgl. § 3 Abs 2 S 4 NMedHygVO). Zu beachten sei zudem, dass die Hygienefachkraft dem Krankenhaushygieniker/-hygienikerin oder dem ärztlichen Leiter unterstellt sei (vgl. Bekanntmachung des RKI, S.339), wobei seitens des RKI empfohlen werde, dass bei Beratung durch einen externen Krankenhaushygieniker/-hygienikerin, die Planstelle der Hygienefachkraft bei der ärztlichen Leitung anzusiedeln sei, obgleich primärer Ansprechpartner in fachlichen Fragen der externe Krankenhaushygieniker/-hygienikerin bleibe (vgl. Bekanntmachung des RKI, S.340).

Diese Empfehlung sei in § 6 Abs 1 S. 2 NMedHygVO exekutivrechtlich umgesetzt worden, wonach Hygienefachkräfte der fachlichen Weisung des Krankenhaushygienikers/-hygienikerin unterstehen. S. 3 der Vorschrift bestimme: In einer medizinischen Einrichtung ohne hauptberufliche Krankenhaushygienikerin und hauptberuflichen Krankenhaushygieniker ist die Hygienefachkraft der ärztlichen Leitung unterstellt. Beleuchte man die Formulierung im Strukturmerkmal so sei die Bindewortkombination „und/oder“ missverständlich. Nach oben genannter Verordnungsregelung sowie der Bekanntmachung des RKI setze ein Hygieneteam voraus, dass sowohl ein Krankenhaushygieniker als auch eine Hygienefachkraft im Krankenhaus tätig seien. Mithin könne der OPS durch mehrere Gestaltungsvarianten erfüllt werden.

Zutreffend gehe die Antragsgegnerin davon aus, dass die Formulierung „Vorhandensein“ im vorliegenden Kontext im Sinne des Bestehens von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen zu verstehen sei. Zwar stelle § 3 Abs 1 S 2 NMedHygVO klar, dass sowohl der Krankenhaushygieniker/-hygienikerin als auch die Hygienefachkraft nicht („eigenes“) Personal des Krankenhauses sein müssten, doch verlange § 6 Abs 1 S 3 NMedHygVO, dass die Hygienefachkraft in einer medizinischen Einrichtung ohne hauptberufliche Krankenhaushygienikerin und hauptberuflichen Krankenhaushygieniker der ärztlichen Leitung unterstellt sei. Diese Formulierung impliziere, dass es in derartigen Fällen die Hygienefachkraft

in die betriebliche Organisation eingebettet sein müsse und in einem festen organisatorischen Gefüge tätig werden müsse. Dies sei regelhaft nur im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses und der damit einhergehenden umfassenden Weisungsgebundenheit (§ 106 GewO) sicherzustellen

Im Ergebnis sei der Auslegung der Antragsgegnerin den Vorzug zu geben. Danach könne das Strukturmerkmal des OPS in zwei Varianten erfüllt sein. Als solche kämen in Betracht: 1. Vorhandensein von speziell ausgewiesenem medizinischen Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (der Zusatz unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers habe in diesem Zusammenhang lediglich klarstellenden Charakter, da sich dies bereits aus § 6 Abs 1 S. 2 NMedHygVO und des definitionsmäßigen Gefüges im Rahmen des Hygieneteams ergebe). 2. Variante: Vorhandensein von speziell ausgewiesenem medizinischem Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“. In diesem Zusammenhang mache der Zusatz „unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers“ Sinn. Da in dieser Fallgestaltung ein externer Krankenhaushygieniker/-hygienikerin tätig sei und somit keine innerbetrieblichen Weisungs- und Kommunikationsstrukturen greifen würden, sei es sinnvoll, ein besonderes Aufsichtserfordernis zu fordern, damit der externe Krankenhaushygieniker/-hygienikerin seine fachlichen Weisungen gegenüber den Hygienefachkräften umsetzen könne.

Da die Antragstellerin keinen angestellten Krankenhaushygieniker/-hygienikerin habe, könne lediglich die zweite Variante zum Tragen kommen. Der Klammerzusatz „auch in Kooperation möglich“ beziehe sich -auch unter Beachtung der vorstehenden Erkenntnisse- ausschließlich auf den Krankenhaushygieniker. In dieser Konstellation müsse die Hygienefachkraft aufgrund eines originären Vertragsverhältnisses der ärztlichen Leitung unterstellt sein. Dies sei auch als sinnvoll zu betrachten, da aufgrund der lediglich externen und damit nicht ständigen Verfügbarkeit des Krankenhaushygienikers/-hygienikerin auf jeden Fall die Hygienefachkraft ständig verfügbar sein solle. Zu beachten bleibe, dass die Hygienefachkräfte im klinischen Alltag zentraler Ansprechpartner für alle Berufsgruppen sei. Sie wirke bei der Erstellung von Maßnahmen zur Infektionsprävention und von Inhalten von Hygieneplänen mit und vermittele diese vor Ort auf den Stationen und in den Funktionsbereichen. Sie trage damit zur Umsetzung der Maßnahmen bei. Dies erfordere eine regelmäßige Präsenz auf den Stationen und in den Funktionsbereichen. Sie sei dabei auch das Bindeglied zwischen den dort tätigen

Berufsgruppen und deren Hygienebeauftragten einerseits und dem gesamten Hygienefachpersonal andererseits (vgl. Empfehlungen RKI, aaO, S 338).

Letztlich spreche auch die von der Antragstellerin als Anlage K 10 eingereichte Mitteilung des BfArM zum OPS 2026 für das obige Verständnis der Norm. Demnach solle die neue Formulierung klarstellen, dass ausschließlich die Aufsicht durch den Krankenhaushygieniker auch in Kooperation möglich sein soll. Aus diesem Umstand folge zugleich, dass es wenig zielführend erscheine, momentan eine vorläufige Regelung zu treffen, die im Jahr 2026 wahrscheinlich im Widerspruch zu den dann geltenden Vorgaben des OPS stehen würden. Die Antragstellerin werde -im Hinblick auf die zu erwartenden Änderungen- gut beraten sein, die bestehenden Versorgungsstrukturen zu überarbeiten und anzupassen.

Selbst wenn man es als zulässig betrachten würde, sowohl die Tätigkeit des Krankenhaushygienikers/-hygienikerin als auch die der Hygienefachkraft durch externe Dienstleister erbringen zu lassen, könne die konkrete vertragliche Gestaltung im vorliegenden Fall nicht als ausreichend erachtet werden. Wie oben ausgeführt, liege dem streitigen Strukturmerkmal die Ratio zugrunde, ein funktionierendes Hygieneteam zu fordern, das den Vorgaben und Empfehlungen des RKI und der Infektionsschutzregelungen entspreche. Dies setze voraus, dass die Hygienefachkraft als zentraler Ansprechpartner vorhanden sei. Der vorgelegte Beratungsvertrag zwischen der Antragstellerin und der K. GmbH und Co KG vom 26. September 2019 könne dieses Erfordernis allerdings nicht sicherstellen. § 2 des Beratungsvertrages bestimme: Die Erledigung der Aufgaben erfolgt in enger Absprache mit dem Geschäftsführer. § 4 des Beratungsvertrages bestimmt: Gesprächspartner in allen Grundsatzfragen ist der Geschäftsführer. Außer dieser ist kein anderer Mitarbeiter der Einrichtung berechtigt, K. Weisungen zu erteilen. Diese Regelungen verkennten die Vorgaben des IFSG und der NMedHygVO. Aus der Internetseite der Antragstellerin sei nicht ganz klar erkennbar, wer „Leiter der Einrichtung“ im Sinne des § 2 Nr. 15a IFSG sei; im Zweifel sei jedoch davon auszugehen, dass dies der Geschäftsführer sei. Aufgrund des Beratervertrages sei ausschließlich der Geschäftsführer weisungsbefugt gegenüber der Hygienefachkraft. Dies sei allerdings unvereinbar mit § 6 Abs 1 S 2 NMedHygVO, wonach die Hygienefachkraft den fachlichen Weisungen des Krankenhaushygienikers unterstellt sei. Zudem verlange § 6 Abs 1 S 3 NMedHygVO, dass bei fehlendem hauptberuflichen Krankenhaushygieniker (so wie vorliegend) die Hygienefachkraft der ärztlichen Leitung unterstellt sei. Gerade dieses zentrale Element werde im Beratungsvertrag abweichend geregelt, wonach der Geschäftsführer einziger Weisungsbefugter sein soll; die ärztliche Leitung wird in diesem Vertrag nicht benannt. Ersichtlich handele es sich bei den vorgenannten Normen um zwingende Regelungen, die eine Abweichung nicht zuließen.

Ein Anordnungsgrund könne nicht hinreichend nachvollzogen werden kann. Ein Anordnungsgrund meine, dass die gerichtliche Entscheidung erforderlich sein müsse, um wesentliche Nachteile abzuwenden. Vermieden werden solle, dass der Antragsteller vor vollendete Tatsachen gestellt werde, bevor er wirksamen Rechtsschutz im Hauptsacheverfahren erlangen könne. Entscheidend sei, ob es bei Interessenabwägung nach den Umständen des Einzelfalls für den Betroffenen zumutbar sei, die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten. Der Erlass einer einstweiligen Regulationsanordnung müsse für die Abwendung wesentlicher Nachteile nötig sein; dh es müsse eine dringliche Notlage vorliegen, die eine sofortige Entscheidung erfordere

Es bestehe zudem ein wechselseitiges System von Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund. Da vorliegend schon bereits der Anordnungsanspruch abzulehnen sei, zeichne dies regelhaft auch die Verneinung des Anordnungsgrundes vor. Bei einer (echten) Vorwegnahme der Hauptsache bedürfe es diesbezüglich Beeinträchtigungen, die weit über das Maß bloßer finanzieller Einbußen hinausgingen und die wirtschaftliche Existenz des Unternehmens oder dessen Liquidität gefährdeten.

Die Antragstellerin verweise hier darauf, dass der Erlös aus dem strittigen OPS allein im ersten Halbjahr 2025 einen Betrag in Höhe von 123.719 Euro ausgemacht habe und bei (prognostischer) Verdopplung dieses Betrages ergebe sich, dass 1,84% bis 2,4% des Gesamtbudgets (2025: 10.298.923,09 Euro) betroffen seien. Auch wenn die Kammer hier in die Betrachtung einstelle, dass es sich bei der Antragstellerin um ein „kleines“ Krankenhaus handle, seien die Auswirkungen eher als gering zu bewerten und erreichten nicht die Schwelle liquiditätsbeeinträchtigender Einbußen.

Gegen den am 2. Oktober 2025 zugestellten Beschluss hat die Antragstellerin am 3. November 2025 (Montag) Beschwerde zum LSG Niedersachsen-Bremen erhoben. Sie rügt, dass das SG bereits dem Grunde nach über die zu klärende Rechtsfrage im Hauptsacheverfahren entschieden habe. Die im Beschluss nicht nur vorläufig formulierte Feststellung des Gerichtes, dass das Strukturmerkmal des OPS-Kodes 8-987.1 nicht erfüllt sei, überschreite die Grenzen einer summarischen Prüfung und nähme eine abschließende rechtliche Bewertung des im Hauptsacheverfahren geltend gemachten Anspruchs vorweg. Dies stelle einen erheblichen Verfahrensverstoß dar. Das SG habe die Anforderungen an die summarische Prüfung im Eilverfahren massiv überschritten. Gemessen an den Wertungen des Art. 19 Abs 4 GG dürften Entscheidungen im Verfahren des fachgerichtlichen Eilrechtsschutzes grundsätzlich sowohl auf eine Folgenabwägung als auch auf eine summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in

der Hauptsache gestützt werden. Summarische Prüfung bedeute, dass keine vollständige und erschöpfende Aufklärung der Sach- und Rechtslage vorzunehmen sei, wie dies im Hauptsacheverfahren geschehe. Ausnahmen würden von der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) allein dahingehend gestattet, wenn eine Bedrohung von Leib und Leben vorliege oder ein Streit um die Sicherstellung von Leistungen einer menschenwürdigen Existenz bestehe. Aus dem Beschluss gehe nicht hervor, inwiefern das SG hier eine dieser grundrechtlich relevanten Ausnahmekonstellationen oder vergleichbare Sachlage für einschlägig erachte, sodass die Überschreitung der verfassungsrechtlichen Grundsätze zur summarischen Prüfung gerechtfertigt sein könnte. Die Begründung des SG lasse auch keine Offenheit der Rechtsfrage mehr erkennen, sondern ersetze die Hauptsacheentscheidung durch eine umfassende Prüfung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren, die einer vollständigen inhaltlichen Klärung gleichkomme. Es bringe nicht zum Ausdruck, dass dies etwa seine vorläufige Rechtsauffassung vorbehaltlich der Feststellungen im Hauptsacheverfahren sei. Vielmehr nehme das SG bereits eine detaillierte Auslegung vor. Es setze sich sogar unter der Prämisse, wenn der Wortlautauslegung der Antragstellerin zu folgen wäre, mit den aus seiner Sicht dann bestehenden Anforderungen an die vertragliche Ausgestaltung der Kooperationsverträge auseinander und erkläre den vorgelegten Beratungsvertrag mit der K. GmbH und Co KG für unzureichend. Das SG habe daher für jede aus der Rechtsfrage resultierende Konstellation bereits eine umfassende fallindividuelle rechtliche Bewertung vorgenommen, sodass der Antragsstellerin im Hauptsacheverfahren keine effektive Möglichkeit mehr verbleibe. Der Beschwerde sei daher bereits unter dem verfassungsrechtlichen Aspekt stattzugeben.

Der Beschluss des SG zur Auslegung des streitigen Strukturmerkmals des OPS-Kodes 8-987.1 vermöge auch aufgrund von gravierenden Auslegungsfehlern nicht zu überzeugen. Bei seinen Ausführungen zum Anordnungsanspruch habe das SG zusätzlich verkannt, dass es sich bei dem streitigen Strukturmerkmal des OPS-Kodes 8-987.1 um eine bundesweite Vorgabe handele, sodass eine Auslegung mit landesgesetzlichen Vorschriften aus der NMedHygVO ausscheide. Denn das OPS-Strukturmerkmal könne nicht von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich interpretiert werden. Dies gebiete bereits der Grundsatz der Einheit der Rechtsordnung. Zurückzuführen sei der OPS letztlich auf die Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 72 Abs.2 GG iVm Art 74 Abs 1 Nr 19a GG, da die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit der Krankenhäuser im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich mache. Bei den vom BfArM zu den OPS-Kodes herausgegebenen OPS-Strukturmerkmalen handele es sich sodann um abstrakt-generelle Voraussetzungen für die Erbringung bestimmter stationärer Leistungen, die sich auf die personelle oder die sachliche Ausstattung oder auf die Ablauforganisation bezögen. Im Ergebnis dürften Krankenhäuser nur

jene OPS-Kodes in ihrer Abrechnung berücksichtigen, wenn sie die beschriebenen Strukturmerkmale erfüllen. Es handele sich bei den Strukturmerkmalen daher um konkrete Abrechnungsbestimmungen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien diese Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert auszulegen. Unbeachtlich sei dagegen der Begutachtungsleitfaden "Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V in Verbindung mit § 283 Abs 2 S 1 Nr. 3 SGB V (StrOPS-RL). Bereits die Richtlinie nach § 283 Abs 2 S 1 Nr. 3 SGB V "Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d (StrOPS-RL)", die am 19. Dezember 2024 vom BMG genehmigt worden sei, sei lediglich für den Medizinischen Dienst verbindlich (§ 283 Abs 2 Satz 5 SGB V). Dem Medizinischen Dienst Bund steht keine Normsetzungsbefugnis gegenüber Dritten zu. Er könne deshalb nur die im OPS aufgeführten Strukturmerkmale einer Prüfung unterwerfen und keine weiteren prüfungsrelevanten Merkmale hinzufügen. Gleiches müsse folglich erst recht für den zur StrOPS-Richtlinie erlassenen Begutachtungsleitfaden des Medizinischen Dienst Bund gelten. Der Begutachtungsleitfaden solle lediglich eine "gute Grundlage für Zusammenarbeit der Kliniken mit dem MD" legen. Der Begutachtungsleitfaden beanspruche aber keinerlei rechtliche Verbindlichkeit bei der Auslegung der Strukturmerkmale. Unbeachtlich seien in diesem Zusammenhang erst recht die landesgesetzlichen Vorschriften aus der NMedHygVO. Dadurch, dass es sich bei dem OPS-Strukturmerkmal um eine bundesweit verbindliche Vorgabe handele, könne die Wortlautauslegung nicht unter Hinzuziehung landesgesetzlicher Vorschriften aus der NMedHygVO erfolgen. Dies folge bereits aus Art 31 GG. Denn OPS-Kodes und ihre Strukturmerkmale und Mindestmerkmale bedürften einer bundesweit einheitlichen Auslegung zur Wahrung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Eine jeweils landesspezifische Auslegung scheide daher bereits aus verfassungsrechtlichen Gründen aus und sei mithin nicht vertretbar. Zwar erübrigten sich danach inhaltliche Auseinandersetzungen mit der landesgesetzlichen Auslegung des Wortlautes.

Die Antragstellerin könne jedoch den Vorwurf, dass ihre personelle Organisation nicht den Anforderungen der NMedHygVO genügen würden, nicht stehen lassen. In der NMedHygVO werde - unabhängig davon, dass sie für das Strukturmerkmal keine Relevanz habe - in § 3 Abs 1 S. 2 NMedHygVO sogar ausdrücklich klargestellt, dass weder der Krankenhaushygieniker noch die Hygienefachkräfte Personal der medizinischen Einrichtung sein müssten. Dass sowohl die Hygienefachkraft als auch die Krankenhaushygienikerin in Kooperation tätig seien, widerspreche daher in keinsten Weise den landesgesetzlichen Vorschriften. In § 6 Abs 1 S 2 NMedHygVO werde dann lediglich beschrieben, dass die Hygienefachkräfte der fachlichen Weisung des Krankenhaushygienikers unterstehe. Nichts

anderes werde in der Praxis im Hause der Antragstellerin gelebt. Dies belegten auch die Anlagen aus dem Widerspruchsverfahren. Nur für den Fall, dass die Krankenhaushygienikerin nicht hauptberuflich tätig sei, sei in § 6 Abs 1 S. 3 NMedHygVO geregelt, dass die Hygienefachkraft dann der ärztlichen Leitung unterstellt sei. Als "hauptberuflich" gelte eine Tätigkeit, die entgeltlich erbracht werde, den Schwerpunkt der beruflichen Tätigkeit darstelle und in der Regel den überwiegenden Teil der Arbeitskraft beanspruche. Dieser Umstand sage aber nichts über ein erforderliches Anstellungsverhältnis aus, wie ihn das Gericht hier versuche hineinzulesen. Es sei noch einmal betont, dass das Thema Hygiene und die damit verbundenen gesetzlichen Vorgaben im Hause der Antragstellerin oberste Priorität hätten. Gerade zur Pandemie-Hochzeit im Jahr 2020, als der aktuelle Geschäftsführer, Herr M., die Geschäftsführung übernommen habe, sei das Hygieneteam der Klinik noch einmal neu aufgestellt und noch vorbildlicher organisiert worden. In behördlichen Begehungen im Jahr 2024 durch das Gewerbeaufsichtsamt, Gesundheitsamt und Veterinäramt sei der der Antragstellerin bestätigt worden, wie professionell sie in Organisationsstruktur und Arbeit im Bereich Hygiene, Arbeitssicherheit und Medizinproduktesicherheit sei. Sofern das SG Hannover hier daher eigenmächtig Verstöße gegen landesvertragliche Hygienevorschriften seitens der Antragstellerin in einem Beschluss des einstweiligen Rechtsschutzes, für den nur eine summarische Prüfung vorgesehen sei, feststelle und der Antragstellerin hierdurch Schäden entstehen sollten, seien auch Ansprüche aus Amtshaftung nach §§ 839 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) iVm Art 34 GG zu prüfen.

Bei Aufhebung des aktuellen Beschlusses und erneuter Entscheidung sei dem Antrag der Antragstellerin stattzugeben. Auch wenn die einstweilige Anordnung die endgültige Entscheidung grundsätzlich nicht vorwegnehmen dürfe, sei der Erlass einer einstweiligen Anordnung zur Vermeidung von Rechtsschutzlücken im Hinblick auf Art 19 Abs 4 GG nicht gänzlich ausgeschlossen. In dem Fall könne der Anordnungsanspruch regelmäßig jedoch nur bejaht werden, wenn die Verweigerung der begehrten Maßnahme offensichtlich rechtswidrig sei. Im Hinblick auf den Anordnungsgrund müsse der Antragsteller glaubhaft machen, dass ihm ohne vorläufigen Rechtsschutz schwerwiegende, nicht anders abwendbare Nachteile drohten.

Beide Voraussetzungen seien vorliegend erfüllt. Der Anordnungsanspruch folge aus § 275a Abs 1 S.1 Nr. 2 und Abs 6 S. 1 und 2 SGB V. Die Verweigerung des Antragsgegners, die Erfüllung der zum OPS-Kode 8-987.1 genannten Strukturmerkmale durch Bescheid festzustellen, sei offensichtlich rechtswidrig. Die Wortlautauslegung des streitigen OPS lasse hier nur eine Lesart vertretbar und nachvollziehbar erscheinen. Zum Wortlaut des streitigen Strukturmerkmals bleibe festzustellen, dass sich ganz am Ende des Strukturmerkmals der

Klammerzusatz "auch in Kooperation möglich" befinde. Die Forderung, dass bei der Tätigkeit eines Krankenhaushygienikers in Kooperation zwingend das Vorhandensein der Hygienefachkraft durch einen eigenen Arbeitsvertrag mit dem Krankenhaus nachgewiesen werden müsse und dies nicht auch durch einen Kooperationsvertrag nachgewiesen werden könne, lasse sich dem Wortlaut des OPS-Kodes nicht entnehmen. Der am Ende des Strukturmerkmals in Klammern beigefügte Zusatz "auch in Kooperation möglich", lasse nicht erkennen, dass dies sich ausschließlich auf den Krankenhaushygieniker beziehe. Durch den Zusatz am Ende werde vielmehr kenntlich gemacht, dass sich die Möglichkeit einer Kooperation auf alle Voraussetzungen des Strukturmerkmals des OPS-Kodes 8-987.1 beziehe.

Die Antragstellerin habe einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht. Es drohen ihr erhebliche wirtschaftliche und für den Krankenhausstandort relevante Konsequenzen. Sie habe glaubhaft gemacht, welche Erlöse einbußen sich unter Berücksichtigung der letzten vier Jahre ohne den OPS-Kode 8-987.1 ergeben würden. Vor dem Hintergrund des Rechnungskorrekturverbotes in § 17c Abs 2a KHG zeige sich aber eine zusätzlich zu berücksichtigende massive wirtschaftliche Belastung für das Haus der Antragstellerin. Nach dieser Vorschrift sei nach Übermittlung der Abrechnung eine Korrektur ausgeschlossen, wenn die Korrektur nicht zur Umsetzung eines MD-Prüfergebnisses oder eines rechtskräftigen Urteils diene. Damit sei die Antragstellerin ohne die vorläufige Bescheinigung gezwungen, die Abrechnung all jener Behandlungsfälle, in denen der OPS-Kode 8-987.1 zu kodieren wäre, auf unbestimmte Zeit aufzuschieben. Auch die Erstellung einer Abrechnung unter Kodierung des OPS-Kodes 8-987.1 würde nicht weiterhelfen, um den Zahlungsanspruch zu sichern, da diese Rechnungen von den Kostenträgern als fehlerhaft zurückgewiesen werden würden. Eine Zurückweisung des Datensatzes bedeute in der Praxis, dass sämtliche vom Krankenhaus übermittelte Datensätze nach § 301 SGB V zurückgewiesen würden. Es werde nicht nur der Datensatz, welcher den OPS-Kode 8-987.1 angebe, zurückgewiesen, sondern sämtliche Daten, sodass die Voraussetzungen für eine fällige Rechnung nicht mehr bestünden. Ob die Antragstellerin eine Abrechnung vornehme oder die Abrechnung zurückstelle, laufe daher auf das gleiche Ergebnis hinaus - ausbleibende Zahlungen. Da sich die Abrechnungen der Klägerin als Fachkrankenhaus regelmäßig pro Behandlungsfall im vier bis fünfstelligen Bereich bewegten, wäre das Zuwarten über Jahre hinweg bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache für ein kleines Haus mit gerade einmal 52 Betten unzumutbar angesichts der jährlichen Gesamtfallzahl. Zudem drohe nach Ablauf von zwei Jahren nach der Neuregelung des § 109 Abs 5 SGB V die Verjährung. Unter Berücksichtigung dieser durchschnittlichen Verfahrenslaufzeiten würde sich bei über drei Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit ein erheblicher Schaden für das Haus der Antragstellerin ergeben, der voraussichtlich aufgrund

der Größe des Hauses und der Spezialisierung nicht zu kompensieren wäre. Denn Krankenhäuser arbeiteten in hochgradig engen Budgets. Auch kleinere prozentuale Verluste könnten dabei erhebliche Auswirkungen zeigen und damit Einschränkungen der Patientenversorgung bewirken. Da ein besonderer Behandlungsschwerpunkt der Antragstellerin im Bereich der geriatrischen Behandlung liege, sei das Patientenkontinuum regelmäßig betagt und es bestünden vielfältige Begleiterkrankungen, die ein multimorbides Krankheitsbild prägten. Umso dringlicher erscheine es, die bestehende Leistungsstruktur im Sinne der Patientensicherheit wirtschaftlich abzusichern.

Die Antragstellerin beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Hannover vom 1. Oktober 2025 aufzuheben und den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihr eine vorläufige Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale gemäß § 275a SGB V bezogen auf den Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-987.1 gem. § 301 Abs 2 SGB V am Standort I. (Standortnummer: N. des Krankenhauses H. -Klinik (IK-Nummer: O.) gem. § 275a Abs 6 S. 2 SGB V für den Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Juli 2027 zu erteilen.

Der Antragsgegner beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Das SG habe den Antrag zu Recht abgelehnt. Die Voraussetzungen des streitigen OPS lägen nicht vor. Die von der Antragstellerin gewählte Lösung, sowohl die Hygienefachkraft als auch den Krankenhaushygieniker nur in Kooperation zu beschäftigen, erfülle das Strukturmerkmal nicht.

Einen „erheblichen Verfahrensverstoß“ bedeuteten die Feststellungen in den Gründen des angegriffenen Beschlusses nicht. Einstweilige Anordnungen dürften nur erlassen werden, wenn das Bestehen eines Anordnungsanspruchs rechtlich möglich und tatsächlich glaubhaft gemacht sei. Hier sei dies ausgeschlossen. Die These der Antragstellerin, Gerichte dürften in einstweiligen Rechtsschutzverfahren nicht prüfen, ob ein Anordnungsanspruch bestehe, gehe fehl.

Es fehle an einem Anordnungsanspruch. Die Frage, ob aus § 6 NMedHygVO zu folgern sei, dass entgegen § 3 Abs 1 S 2 NMedHygVO eine Hygienefachkraft stets Angestellte der medizinischen Einrichtung sein müssen, möge dahinstehen, weil die Frage nicht

entscheidungserheblich sei. Das SG weise aber zu Recht darauf hin, dass es nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (Bundesgesundheitsblatt 2023, 332 unter 3.1 und 3.2, insbesondere Seite 339) notwendig sei, die Hygienefachkraft als Hygienefachpersonal zu beschäftigen und dem Krankenhaushygieniker bzw – sofern dieser nicht angestellt sei – dem ärztlichen Direktor zu unterstellen. Dass diese Frage nicht bundesrechtlich geregelt sei, habe seinen Grund in § 23 Abs 5 IfSG, der eine Verordnungsermächtigung zugunsten der Landesregierungen enthalte. Soweit ersichtlich, sei es Standard dieser Verordnungen der Länder, das Vorhandensein einer angestellten Hygienefachkraft und eines Krankenhaushygienikers zu fordern, der auch in Kooperation tätig sein könne. Damit stelle sich die Frage, weshalb der Richtlinienggeber für die reine Kooperationslösung auch von Hygienefachkräften, die zumindest in einer Vielzahl von Bundesländern infektionsschutzrechtlich unzulässig sei und nicht den Empfehlungen der KRINKO entspreche, einen zusätzlichen Vergütungstatbestand schaffen sollte. Ebenso zutreffend sei der Hinweis der angegriffenen Entscheidung darauf, dass der vorgelegte Beratungsvertrag mit der K. GmbH & Co. KG eine ständige Tätigkeit als Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers nicht sicherstelle.

Die Antragstellerin erfülle das Strukturmerkmal des OPS 8-987.1 nach eigenem Vorbringen nicht. Dieses Strukturmerkmal erfordere, dass ein Krankenhaus eine Hygienefachkraft in einem Anstellungsverhältnis beschäftige. Krankenhaushygieniker könnten dagegen entweder als Angestellte beschäftigt oder in Kooperation tätig werden. In dem zweiten Fall müsse ergänzend sichergestellt werden, dass die Hygienefachkraft unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers arbeite. Dies ergebe sich zweifelsfrei aus den Regelungen in Anl. 6 A StrOPS-RL 2025 zu Inhalt und Nachweis des Strukturmerkmals des OPS 8-987.1. Das geforderte „Vorhandensein medizinischen Personals“ meine das Bestehen von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen. Kooperationspartner seien kein „Personal“. Deshalb würden sie auch am Ende des Strukturmerkmals in einem Klammerzusatz gesondert aufgeführt. Der Kooperationszusatz beziehe sich ausschließlich auf den Krankenhaushygieniker. Er müsse nicht vorhanden (= angestellt) sein, ein Kooperationsvertrag sei ausreichend. Dies gelte allerdings nur dann, wenn eine weitere Bedingung erfüllt sei: In diesem Fall müsse eine Hygienefachkraft vorhanden (= angestellt) sein, die unter der Aufsicht des kooperierenden Krankenhaushygienikers tätig werde. Der Wortlaut des Strukturmerkmals sei eindeutig, auch wenn die Formulierung etwas unübersichtlich sei. Die Notwendigkeit des Vorhandenseins von Personal, die das Strukturmerkmal aufstelle, bestehe auch dann, wenn der Krankenhaushygieniker nur in Kooperation tätig sei und deshalb nicht zum Personal gehöre. In diesem Fall müsse jedenfalls die Hygienefachkraft Angehörige des medizinischen Personals und damit angestellt sein, außerdem unter Aufsicht des kooperierenden Krankenhaushygienikers arbeiten. Die Nachweise, die StrOPS-RL 2025 in Anl. 6 A für dieses

Strukturmerkmal fordere, bestätigten dies: Gerade für den Fall, dass der Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig werde, werde als Nachweis für das Vorhandensein einer Hygienefachkraft die Vorlage eines Arbeitsvertrages gefordert.

Ein Anordnungsgrund liege ebenfalls nicht vor. Selbst wenn eine Verzögerung des Eingangs von Erlösen iHv 123.719,00 je Halbjahr drohen sollte, wie es die Antragstellerin behauptet habe, sei dies angesichts eines Gesamtbudgets von jährlich 10.300.000,00 Euro, wie es für 2025 vorgetragen sei, keine erhebliche wirtschaftliche Belastung. Die Auffassung, der Möglichkeit der Nachberechnung nach einer obsiegenden Entscheidung in der Hauptsache stünde § 17 Abs 2 a KHG entgegen, sei unzutreffend. Das darin vorgesehene Korrekturverbot betreffe Einzelrechnungsprüfungen nach § 275 c SGB V, nicht die Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275 a Abs 1 Nr 2 SGB V. Darüber hinaus lasse § 17 Abs 2 a KHG ausdrücklich eine Korrektur von Abrechnungen aufgrund rechtskräftiger Gerichtsentscheidungen zu. Eine Verjährung des Anspruchs auf Vergütung für Leistungen nach OPS 8-987.1 während des Hauptsacheverfahrens stehe ebenfalls nicht zu befürchten. Nach § 275 a Abs 6 S 6 SGB V dürften Leistungen nicht abgerechnet werden, solange ein Krankenhaus nicht über eine Bescheinigung verfüge, nach der es die Strukturmerkmale des betreffenden OPS-Codes erfülle. Solange eine Leistung nicht abgerechnet werden dürfe, sei der Anspruch auf Vergütung nicht entstanden. Die Verjährungsfrist nach § 109 Abs 5 SGB V werde demgemäß erst mit der Erteilung einer Bescheinigung nach rechtskräftigem Abschluss des Hauptsacheverfahrens in Lauf gesetzt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des Antragsgegners verwiesen. Diese haben vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden.

II.

Die unter vollständiger Ausnutzung der Beschwerdefrist am 3. November 2025 (Montag) gegen den Beschluss des SG vom 1. Oktober 2025, zugestellt am 2. Oktober 2025, erhobene Beschwerde ist gemäß §§ 172 f SGG zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zu Recht abgelehnt.

Nach § 86b Abs 2 S 1 SGG kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des

Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Satz 1 Sicherungsanordnung). Gemäß § 86b Abs 2 S 2 SGG sind einstweilige Anordnungen auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Satz 2 Regelungsanordnung). Voraussetzung für den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist, dass sowohl ein Anordnungsanspruch, also ein Anspruch auf die begehrte Leistung als auch ein Anordnungsgrund, dh eine besondere Eilbedürftigkeit, bestehen. Sowohl der Anordnungsanspruch als auch der Anordnungsgrund sind gemäß § 920 Abs 2 ZPO iVm § 86 Abs 2 Satz 4 SGG glaubhaft zu machen.

Nach der Rechtsprechung des BVerfG kann es nur in eng begrenzten Ausnahmefällen im Interesse der Effektivität des Rechtsschutzes im Hinblick auf Art 14 GG erforderlich sein, der Entscheidung in der Hauptsache vorzugreifen, wenn ohne die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile drohen, die durch eine Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr zu beseitigen sind. Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund stehen nicht beziehungslos nebeneinander, sondern bilden aufgrund ihres funktionalen Zusammenhangs ein bewegliches System, so dass selbst bei einer offensichtlich begründeten Klage ein Anordnungsgrund gegeben sein muss (*Keller, Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG 14. Aufl, 2023, § 86b Rn 27*).

Der Eilrechtsschutz nach § 86 b SGG dient nicht dazu, Ansprüche „auf der Überholspur“ durchzusetzen (*ständige Rechtsprechung des erkennenden Senates, vgl zB Beschluss vom 1. März 2018 – L 16 KR 41/17 B ER; Beschluss vom 15. Januar 2024 – L 16 KR 572/23 B ER, Beschluss vom 9. Mai 2025 – L 16 KR 131/25 B ER zu § 275a SGB V*).

Ein erheblicher Verfahrensfehler des SG ist hier nicht erkennbar.

Die Antragstellerin begehrt im vorläufigen Rechtsschutzverfahren die Verpflichtung des Antragsgegners zur Erteilung einer Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturmerkmale des OPS 8-987.1 ab dem 1. Januar 2026 bis zum 31. Juli 2027 bzw bis zum Abschluss des Hauptverfahrens.

Das SG hat zunächst zu Recht unter Berücksichtigung der Rechtsprechung der Landessozialgerichte den Antrag dahingehend ausgelegt, dass es nicht um eine „vorläufige Bescheinigung“ gehen kann, sondern darum, dass der Antragsgegner vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens zur Erteilung einer Bescheinigung verpflichtet wird. Die Vorläufigkeit bezieht sich nicht auf die Bescheinigung selbst, sondern auf

den begrenzten Zeitraum. Entscheidungen im einstweiligen Rechtsschutzverfahren sind regelmäßig nur vorläufig.

Die vorläufige Erteilung einer Bescheinigung würde hier aber eine Vorwegnahme der Hauptsache darstellen. Das SG hat zutreffend darauf hingewiesen, dass dies die Grundlage für vielfältige Abrechnungsverhältnisse schaffen würde, die den OPS 8-987.1 betreffen.

Die Gerichte können im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes eine Folgenabwägung vornehmen (zB in Fällen, in denen Versicherte lebensbedrohlich erkrankt sind und einer bestimmten Behandlung zu Abwendung einer akuten Lebensgefährdung unmittelbar bedürfen und die Kosten dafür nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen nicht vorschießen können – vgl/ zB *Beschlüsse des erkennenden Senates vom 4. Oktober 2017 - L 16 KR 251/17 B ER*; *26. Juni 2017 – L 16 KR 91/17 B ER* ; *7. Mai 2024 – L 16 KR 163/24 B ER*) oder sie können sich an den Erfolgsaussichten der Hauptsache orientieren und sich dabei auch auf eine summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in der Sache stützen (*BVerfGE 126, 1, 28*). Besondere Anforderungen an die Ausgestaltung des Eilverfahrens stellt Art 19 Abs 4 GG, wenn ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen entstehen können. Die Gerichte müssen in diesen Fällen, wenn sie sich an den Erfolgsaussichten der Hauptsache orientieren wollen, die Sach- und Rechtslage nicht nur summarisch, sondern abschließend prüfen (*BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. Juni 2018 – 1 BvR 733/18 Rn 3*). Dabei gilt, dass die Gerichte die Sach- und Rechtslage umso eingehender prüfen müssen, je gewichtiger die drohende Grundrechtsverletzung und je höher ihre Eintrittswahrscheinlichkeit ist (*BVerfG, aaO, Rn 4*).

Die Antragstellerin macht hier mit ihren Ausführungen zum Anordnungsgrund ja gerade erhebliche wirtschaftliche und standortrelevante Konsequenzen und damit schwere und unzumutbare, und gerade nicht anders abwendbare Beeinträchtigungen für ihr Krankenhaus geltend, bemängelt aber gleichzeitig eine eingehende Prüfung der Sach- und Rechtslage durch das SG. Weshalb die Antragstellerin hier zwar einerseits eine echte Vorwegnahme der Hauptsache begehrt, die sie in die Lage versetzen soll, den begehrten OPS in dem streitigen Zeitraum zu erbringen und abzurechnen, dann aber andererseits eine nicht nur summarische Prüfung durch das SG kritisiert, erschließt sich nicht.

Dem SG, das im Ergebnis ausgeführt hat, dass die Voraussetzungen des OPS 8-987.1 nicht erfüllt sind und sich die Hygieneanforderungen nicht durch reine Kooperationslösungen delegieren lassen, mit Amtshaftungsansprüchen zu drohen, erscheint geradezu fernliegend.

Die Antragstellerin hat bereits einen Anordnungsanspruch nicht glaubhaft gemacht. Bei einer Vorwegnahme der Hauptsache sind gesteigerte Anforderungen an das Vorliegen des Anordnungsanspruchs zu stellen (*Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl. 2023, § 86b Rn. 31 mwN*). Die Verweigerung der begehrten Maßnahme muss offensichtlich rechtswidrig sein.

Selbst, wenn man der Argumentation der Antragstellerin folgend nur eine summarische Prüfung des Anordnungsanspruchs vornehmen würde, kann eine offensichtliche Rechtswidrigkeit der Bescheide des Antragsgegners vom 13. Mai 2025 und 9. Juli 2025 nicht angenommen werden. Die maßgebliche Norm des § 275a Abs 6 S 1, S 2 SGB V lautet: Krankenhäuser können den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beauftragen. Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale durch Bescheid fest. Der begehrte OPS 8-987.1 lautet (*Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2025)*). Unter „Info“ dazu heißt es „Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“.

Auch nach der von der Antragstellerin begehrten nur summarischen Prüfung ist zweifelhaft, ob die von der Antragstellerin gewählte Lösung, sowohl die Hygienefachkraft als auch den Krankenhaushygieniker nur in Kooperation zu beschäftigen, das Merkmal des OPS erfüllt. Die von der Antragstellerin vorgenommene Auslegung des Klammerzusatzes ist überhaupt nicht zwingend, vielmehr spricht die Formulierung des nach seinem Wortlaut auszulegenden OPS „Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal“ für die vom Antragsgegner vertretene Auslegung. Der Anspruch könnte günstigenfalls als offen angesehen werden, zumal im Rahmen der vorhergehenden Prüfung die Antragstellerin bereits mit Bescheid des Antragsgegners vom 19. Oktober 2023 darauf hingewiesen worden ist, dass bei den derzeit gegebenen Umständen künftig ein ablehnender Bescheid erlassen werde, ohne dass sie daraus Konsequenzen gezogen hat.

Der Anordnungsanspruch kann aber letztlich offenbleiben, da die Antragstellerin bereits einen Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht hat. Für die besondere Eilbedürftigkeit kommt es darauf an, ob es dem Antragsteller zuzumuten ist, eine Entscheidung in der Hauptsache

abzuwarten. Unzumutbarkeit hat der Senat überhaupt nur in den og Fällen der konkret lebensbedrohlichen Erkrankung eines Versicherten oder bei einer *konkreten Gefährdung der Existenz* (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 9. Mai 2025 – L 16 KR 131/25 B ER zu § 275 a Abs 6 Satz 3 SGB V zu OPS 8-980) angenommen. Auch das SG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass im Hinblick auf den Anordnungsgrund eine Vorwegnahme der Hauptsache rechtfertigende wirtschaftliche Folgen nur angenommen werden können, wenn die Aufgabe bzw eine wirtschaftliche Existenzgefährdung des Unternehmens droht und die Liquidität des Unternehmens konkret gefährdet ist (vgl LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 3. April 2024 – L 11 KR 579/24 ER -B Rn 24; Bayrisches LSG, Beschluss vom 1. Dezember 2020 – L 20 KR 251/20 B ER Rn 178, LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 30. Juli 2015 – L 11 KR 303/15 B ER Rn 31; Sächsisches LSG, Beschluss vom 3. Juli 2025 – L 1 KR 62/25 B ER Rn 51- jeweils zitiert nach juris; auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 9. Mai 2025 – L 16 KR 131/25 B ER).

Dass die Antragstellerin angesichts der Nichtabrechenbarkeit des einzelnen streitigen Kodes 8-987.1 in ihrer Existenz oder von Insolvenz bedroht ist, ist weder glaubhaft gemacht worden noch ersichtlich (vgl auch LSG Niedersachsen-Bremen, aaO, zum OPS 8-980). Die Antragstellerin verweist hier darauf, dass der Erlös aus dem strittigen OPS allein im ersten Halbjahr 2025 einen Betrag in Höhe von 123.719 Euro ausgemacht habe und bei (prognostischer) Verdopplung dieses Betrages ergebe sich, dass 1,84% bis 2,4% des Gesamtbudgets (2025: 10.298.923,09 Euro) betroffen seien. In den letzten Jahren haben die Erlöseinbußen nach ihrem Vortrag zwischen 8.769, 00 bis 70.133,00 Euro betragen. In den Jahren 2022, 2023 waren jeweils 14 Fälle betroffen, im Jahr 2024 23 Fälle und im ersten Halbjahr 2025 10 Fälle. Das SG hat richtig ausgeführt, dass die Auswirkungen nicht die Schwelle liquiditätsbeeinträchtigender Einbußen überschreiten oder eine Existenzbedrohung darstellen.

Das BSG hat bereits entschieden, dass das allgemeine Qualitätsgebot des § 2 Abs 1 Satz 3 SGB V Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Behandlungen stellt und dadurch sichergestellt werden soll, dass Leistungserbringer nicht aus *ökonomischen* Gründen Leistungen mit unzureichender technischer oder personeller Ausstattung zu Lasten der Qualität erbringen und abrechnen (BSG, Urteil vom 16. August 2021 – B 1 KR 18/20 R Rn 13). Die Antragstellerin könnte zudem das Risiko der Zurückweisung von gesamten Rechnungen vermeiden, indem sie die vom Antragsgegner gestellten Anforderungen an das Strukturmerkmal zunächst erfüllt und die Einhaltung erneut vom MD begutachten lässt (vgl auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 9. Mai 2025 – L 16 KR 131/25 B ER mwN), zumal der Antragsgegner bereits 2023 angekündigt hat, dass bei den derzeit gegebenen

Umständen künftig ein ablehnender Bescheid erlassen werde. Stattdessen langfristig zuzuwarten, um sodann den Vortrag der Eilbedürftigkeit zu erheben, erscheint dem Gericht nicht schlüssig.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 154 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf §§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm §§ 47 Abs 1 und 2, 52 Gerichtskostengesetz (GKG). Nach § 52 Abs 1 GKG ist in Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach dem sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Betrifft der Antrag eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf bezogenen Verwaltungsakt, ist deren Höhe maßgebend (§ 52 Abs 3 Satz 1 GKG). Bietet der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwertes keine Anhaltspunkte, ist ein Streitwert von 5000 Euro anzunehmen. Ein Auffangstreitwert nach § 52 Abs 2 GKG ist nur anzunehmen, wenn die Bedeutung der Sache trotz der Angaben des Klagenden nicht geschätzt werden kann. Ein Rückgriff darauf kommt erst dann in Betracht, wenn alle anderen Möglichkeiten der Bestimmung ausgeschöpft wurden, also keine Anhaltspunkte für ein bezifferbares Interesse vorliegen (*Elzer, Toussaint, GKG, 53. Aufl, 2023 § 52 Rn 19*).

Die Antragstellerin begehrt hier, ihr eine Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale gemäß § 275a SGB V bezogen auf den Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-987.1 gem. § 301 Abs 2 SGB V für den Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Juli 2027 vorläufig zu erteilen.

Nach der Rechtsprechung des BSG zu Mindestmengen ist ein Erlös je Behandlungsfall für das streitige Jahr zu Grunde zu legen, und der sich daraus ergebende wirtschaftliche Vorteil mit 25 % des Gesamtumsatzes anzusetzen (*BSG, Urteil vom 25. März 2025 – B 1 KR 16/29 RRn 34 mit zustimmender Anmerkung Knispel, juris PR-SozR 15/21 Anm 3; LSG Baden-Württemberg Beschluss vom 21. August 2023 – L 11 KR 900/222; LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 29. Juli 2024 – L 5 KR 1548 ER-B; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 26. November 2024 – L 16 KR 201/24 B, Beschluss vom 9. Mai 2025 – L 16 KR 131/25 B ER*).

Nach dieser Maßgabe legt der Senat das wirtschaftliche Interesse der Antragstellerin für die Abrechnung des OPS 8-987.1 zu Grunde. Für das 1. Halbjahr 2025 hat sie dies mit 123.719 Euro angegeben, für das gesamte Jahr wären ca 247.438 Euro anzunehmen, für die

beantragten 18 Monate 371.157 Euro. Nach Maßgabe der Rechtsprechung des BSG ist von einem Gewinn von 25 % des Mehrerlöses auszugehen: hier 92.789 Euro. Nach der Rechtsprechung des Senates ist wegen der Vorläufigkeit im Eilrechtsschutz ein Viertel davon anzunehmen (*Beschluss vom 9. Mai 2025 – L 16 KR 131/25 B ER*), also 23.197 Euro.

Dieser Beschluss ist nicht mit der Beschwerde anfechtbar (§ 177 SGG).

E.

F.

G.