-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	9
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Normfeststellungsklage, Beschluss des GBA über die Erstfassung der Reglungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, Fachkrankenhaus für Dermatologie, gerichtlicher Prüfungsmaßstab gegenüber Beschlüssen des GBA
Leitsätze	1. Es dient überragenden Gemeinwohlbelangen, die Notfallversorgung in Krankenhäusern zu strukturieren und in ihrer Qualität zu sichern. 2. Der Beschluss des GBA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vom 19. April 2018 ist rechtlich nicht zu beanstanden. 3. Hochspezialisierte Fachkrankenhäuser haben keinen Anspruch auf eine Sonderrolle im „System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern“; sie werden durch den Beschluss des GBA vom 19. April 2018 nicht willkürlich gleichbehandelt.
Normenkette	SGB V § 136c Abs 4 KHEntgG § 9 Abs 1a Nr 5

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

2. Instanz

Aktenzeichen	L 9 KR 179/19 KL
Datum	22.06.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Klage wird abgewiesen.

Â

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Tatbestand

Â

Die KlÃ¤gerin und der beklagte Gemeinsame Bundesausschuss (GBA, im Folgenden: der Beklagte) streiten darÃ¼ber, ob der Beschluss des Beklagten Ã¼ber die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern gemÃ¤Ã Â§ 136c Abs. 4 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (bekannt gemacht im Bundesanzeiger vom 18. Mai 2018, BAnz AT 18. Mai 2018 B4) wirksam ist.

Â

Nach eigenen Angaben ist die KlÃ¤gerin ein operativ ausgerichtetes Belegarztkrankenhaus, das mit Ã¶rtlich niedergelassenen FachÃ¤rztinnen und -Ã¤rzten kooperiert; fachÃ¤rztlich werden die Patienten in im und am Krankenhaus angesiedelten Praxen versorgt, so etwa in einer chirurgischen/unfallchirurgischen BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft mit Zulassung als Durchgangsarztpraxis, einer internistischen Praxis, einer urologischen Praxis, einer gynÃ¤kologischen Praxis mit ambulantem Operationszentrum, einem Versorgungszentrum fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie und einer Anlaufpraxis der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Operative Eingriffe werden im Hause der KlÃ¤gerin in den Bereichen Chirurgie, Unfallchirurgie, Urologie, GynÃ¤kologie und Innere Medizin

vorgenommen. Die KlÃ¤gerin ist (Stand 2019) im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein mit 16 Planbetten ausgewiesen. Als Belegkrankenhaus verfÃ¼gt sie Ã¼ber 45 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon 26 VollzeitkrÃ¤fte. Eine am Ort der KlÃ¤gerin eingerichtete Notfallambulanz wird, so die KlÃ¤gerin, in Kooperation mit der chirurgischen Belegarztpraxis wochentags von 08:00 Uhr bis 21:00 Uhr und am Wochenende in der Zeit von 10:00 Uhr bis 21:00 Uhr sichergestellt. Man sei der â□□am hÃ¤ufigsten geforderte Notarzt-StÃ¼tzpunkt in einem lÃ¤ndlichen Bereich in Schleswig-Holsteinâ□□. JÃ¤hrlich werden bei der KlÃ¤gerin etwa 1.000 Patienten stationÃ¤r versorgt.

Â

Der Gesetzgeber ermÃ¤chtigte und verpflichtete den Beklagten in Art. 6 Nr. 15 des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz, KHSG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I, S. 2229 [2249]) durch EinfÃ¼hrung des Â§ 136c Abs. 4 SGB V, ein gestuftes System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern einschlieÃ□lich einer Stufe fÃ¼r die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu beschlieÃ□en:Â Â

Â

(4) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss beschlieÃ□t bis zum 31. Dezember 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern, einschlieÃ□lich einer Stufe fÃ¼r die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. 2Hierbei sind fÃ¼r jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen. 3Der Gemeinsame Bundesausschuss berÃ¼cksichtigt bei diesen Festlegungen planungsrelevante QualitÃ¤tsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1, soweit diese fÃ¼r die Notfallversorgung von Bedeutung sind. 4Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. 5 Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berÃ¼cksichtigen.

Â

Durch Art. 5 Nr. 7 lit. b, bb des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der VergÃ¼tung fÃ¼r psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016, BGBl. I S. 2986 [2995], verpflichtete der Gesetzgeber den Beklagten zusÃ¤tzlich, vor Beschlussfassung eine FolgenabschÃ¤tzung durchzufÃ¼hren und deren Ergebnisse zu berÃ¼cksichtigen:

Â

6Der Gemeinsame Bundesausschuss fÃ¼hrt vor Beschlussfassung eine FolgenabschÃ¤tzung durch und berÃ¼cksichtigt deren Ergebnisse.

Â

Getragen war die EinfÃ¼hrung des Â§ 136c Abs. 4 SGB V von folgenden ErwÃ¤gungen des Gesetzgebers (BT-Drs. 18/5372, S. 91f.):

Â

Durch die Regelung in Satz 1 erhÃ¤lt der G-BA den Auftrag, ein Stufensystem der Teilnahme an der Notfallversorgung festzulegen. Die Entwicklung eines solchen Stufensystems der Teilnahme an der Notfallversorgung soll strukturelle Voraussetzungen definieren, z.B. zur Vorhaltung der Art und Anzahl bestimmter Abteilungen, zur Anzahl von Intensivbetten und vorhandener medizintechnischer Ausstattung sowie zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals. Zudem ist zu berÃ¼cksichtigen, ob eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft an allen Tagen besteht. Die Stufen kÃ¶nnen auch Differenzierungen nach Indikationsbereichen vorsehen. Die unterste Stufe ist unter BerÃ¼cksichtigung der Vorgaben fÃ¼r die beim Sicherstellungszuschlag fÃ¼r die Versorgung notwendigen Leistungen der Notfallversorgung festzulegen. Die hÃ¶chste Stufe ist z.B. fÃ¼r eine umfassende Notfallversorgung in UniversitÃ¤tskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung vorzusehen. Nach Satz 3 ist der G-BA verpflichtet, festgelegte planungsrelevante QualitÃ¤tsindikatoren bei den Vorgaben fÃ¼r die Notfallversorgung zu berÃ¼cksichtigen, soweit diese hierfÃ¼r Relevanz besitzen. Dies kommt insbesondere bei Indikatoren zur StrukturqualitÃ¤t fÃ¼r Leistungsbereiche in Betracht, die in die Notfallversorgung einbezogen werden sollen.

Â

Â

In AbhÃ¤ngigkeit der als Mindestvoraussetzungen fÃ¼r differenzierte Stufen festgelegten strukturellen Voraussetzungen sollen KrankenhÃ¤user zukÃ¼nftig der HÃ¶he nach gestaffelte ZuschlÃ¤ge fÃ¼r ihre Beteiligung an der Notfallversorgung erhalten, die nach Â§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG von den Vertragspartnern auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2017 zu vereinbaren sind. Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindlich AbschlÃ¤ge nach Â§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG zu erheben. Die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften werden beteiligt, indem sie Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten, die der G-BA bei der Beschlussfassung zu berÃ¼cksichtigen hat. Der Beschluss des G-BA hat normsetzenden Charakter und bedarf einschlieÃlich der tragenden GrÃ¼nde der Ã¶ffentlichen Bekanntmachung. Die Kompetenzen des G-BA, auf der Grundlage von Â§ 136 Absatz 1 SGB V Regelungen zur QualitÃ¤tssicherung der ambulanten Notfallversorgung und zur StÃ¤rkung der sektorenÃ¼bergreifenden Notfallversorgung zu treffen, bleiben unberÃ¼hrt.

Â

ErgÃ¤nzend fÃ¼hrte der Gesetzgeber mit Art. 1 Nr. 7 a) KSHG Â§ 17b Abs. 1a Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein; danach â sind bundeseinheitliche Regelungen fÃ¼r Zu- oder AbschlÃ¤ge zu vereinbaren, insbesondere fÃ¼r die

Notfallversorgungâ□□.

Â

Zugleich fÃ¼hrte der Gesetzgeber mit dem KSHG â□□ dort Art. 2 Nr. 9 lit. a) â□□ Â§ 9 Absatz 1a Nr. 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ein. Danach vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene â□□bis zum 30. Juni 2017 die HÃ¶he und die nÃ¤here Ausgestaltung der Zu- und AbschlÃ¤ge fÃ¼r eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von KrankenhÃ¤usern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der HÃ¶he der Zu- und AbschlÃ¤ge eine UnterstÃ¼tzung durch das DRG-Institut vorzusehen ist; die Zu- und AbschlÃ¤ge mÃ¼ssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen fÃ¼r eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemÃ¤Ã□ Â§ 136c Absatz 4 des FÃ¼nften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist.â□□ Hierzu heiÃ□t es in der GesetzesbegrÃ¼ndung (BT-Drs. 18/5372, S. 69f.):

Â

Bislang wird dem unterschiedlichen Umfang der Einbindung der KrankenhÃ¤user in die Notfallversorgung nur durch einen gesetzlichen Abschlag in HÃ¶he von 50 Euro je vollstationÃ¤ren Fall Rechnung getragen, der nach Â§ 4 Absatz 6 bei KrankenhÃ¤usern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, abgezogen wird. Zwar hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene diesen 50-Euro-Abschlag durch die Vereinbarung von abweichenden Zu- oder AbschlÃ¤gen ablÃ¶sen kÃ¶nnen. Hiervon wurde jedoch kein Gebrauch gemacht. Durch die Festlegung eines Stufensystems, das strukturelle und personelle Unterschiede und Mindestvoraussetzungen bei der Notfallversorgung sowie den zeitlichen Umfang der Vorhaltung von Notfallleistungen in KrankenhÃ¤usern abbildet, soll nunmehr in Verbindung mit entsprechend gestaffelten Zu- und AbschlÃ¤gen erreicht werden, dass kÃ¼nftig KrankenhÃ¤user mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen bessergestellt werden als KrankenhÃ¤user mit einem geringeren Umfang. FÃ¼r die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung soll ein Abschlag vereinbart werden. Nach Nummer 5 haben die Vertragspartner auf Bundesebene die HÃ¶he der Zu- oder AbschlÃ¤ge fÃ¼r die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auf der Grundlage des Stufensystems zu vereinbaren, das der GBA nach Â§ 136c Absatz 4 SGB V bis zum 31. Dezember 2016 zu entwickeln hat. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene Ã¼ber die HÃ¶he und die nÃ¤here Ausgestaltung der ZuschlÃ¤ge und des Abschlags fÃ¼r die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ist bis zum 30. Juni 2017 zu schlieÃ□en. Sie haben sich vom InEK bei der Ermittlung der HÃ¶he der ZuschlÃ¤ge und des Abschlags fÃ¼r die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung unterstÃ¼tzen zu lassen, soweit die Daten hierfÃ¼r vorliegen. DarÃ¼ber hinaus haben die Vertragsparteien auf Bundesebene auf der Grundlage von Â§ 9 Absatz 1 Nummer 3 weitere erforderliche Regelungen zur Erhebung der Notfallzu- und -abschlÃ¤ge, z.B. zum Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung, zu vereinbaren. Bis zum Zeitpunkt der Erhebung der neuen Zu- und AbschlÃ¤ge auf der Grundlage des Stufensystems des G-BA haben KrankenhÃ¤user, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, weiterhin nach Â§ 4 Absatz 6 einen Abschlag in HÃ¶he von 50 Euro je

vollstationÃ¤rem Fall vorzunehmen.

Â

Nach DurchfÃ¼hrung eines Stellungnahmeverfahrens einschlieÃlich mÃ¼ndlicher AnhÃ¶rung (Â§Â§ 91 Abs. 5, 136c Abs. 4 SÃ¤tze 4 und 5 SGB V) und nach Einholung einer auf der Befragung der Krankenhausstandorte basierenden FolgenabschÃ¤tzung (Â§ 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V) beriet der Beklagte am 19. April 2018 seine Entscheidung abschlieÃend und fasste den hier streitbefangenen â Beschluss Ã¼ber die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern gemÃ¤Ã Â§ 136c Abs. 4 SGB Vâ (abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/3301). Der Beschluss trat nach seiner VerÃ¶ffentlichung im Bundesanzeiger vom 18. Mai 2018 (BAnz AT 18. Mai 2018 B4) am 19. Mai 2018 in Kraft. Zudem beschloss der Beklagte in seiner Sitzung am 5. Juli 2018, den Endbericht der IGES Institut GmbH, Berlin, âFolgenabschÃ¤tzung einer gestuften Notfallversorgungâ in der Fassung vom 31. Mai 2018 gemÃ¤Ã Anlage fÃ¶rmlich abzunehmen (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3401/2018-07-05_Not-Kra-R_Abnahme-EB-IGES-inkl-Anlage.pdf).

Â

Konkret legte der Beklagte u.a. in Â§ 3 Abs. 1 seines Beschlusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern drei sich hinsichtlich Art und Umfang der Notfallvorhaltungen unterscheidende Stufen fest: Eine Stufe 1 â âBasisnotfallversorgungâ, eine Stufe 2 â âerweiterte Notfallversorgungâ und eine Stufe 3 â âumfassende Notfallversorgungâ.

Â

In den Â§Â§ 5 ff. des Beschlusses legte er fÃ¼r jede der drei Stufen der Notfallversorgung Vorgaben zu den Kategorien âArt und Anzahl von Fachabteilungenâ, âAnzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonalsâ, âKapazitÃ¤t zur Versorgung von Intensivpatientenâ, âmedizinisch-technische Ausstattungâ und âStrukturen und Prozesse der Notfallaufnahmeâ fest. Nach Â§ 5 Abs. 2 des Beschlusses liegt eine âFachabteilungâ vor, wenn u.a. ein angestellter Facharzt mit einer entsprechenden Qualifikation innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfÃ¼gbar ist.

Â

Â§ 6 des Beschlusses sieht allgemeine Anforderungen vor, die bei allen Stufen erfÃ¼llt sein mÃ¼ssen. Zu diesen allgemeinen Anforderungen zÃ¤hlt unter anderem, dass die Mindestvorgaben von den KrankenhÃ¤usern jeder Stufe âzu jeder Zeitâ, also â24 Stunden an 7 Tagen pro Wocheâ am Standort erfÃ¼llt werden mÃ¼ssen (Â§ 6 Abs. 1 Satz 1 des Beschlusses). Die Notfallversorgung muss in allen Stufen gemÃ¤Ã Â§ 6 Abs. 2 Satz 1 des Beschlusses âganz

Ã¼berwiegendâ□□ in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) stattfinden, die u.a. eine eigenstÃ¤ndige, fachlich unabhÃ¤ngige Leitung aufweisen muss. Zudem bestimmt Â§ 11 Abs. 1 des Beschlusses, dass KrankenhÃ¤user der Stufe 1 insbesondere einen Schockraum und eine 24-stÃ¼ndig verfÃ¼gbare computertomographische Bildgebung vorzuhalten haben. Nach Â§ 30 Abs. 1 Satz 1 des Beschlusses sind die Vorgaben des Beschlusses bereits mit dessen Inkrafttreten zu erfÃ¼llen; fÃ¼r die ErfÃ¼llung u.a. der Anforderungen einer ZNA bleibt den KrankenhÃ¤usern aber eine Ã□bergangsfrist von drei Jahren ab Inkrafttreten des Beschlusses (Â§ 30 Abs. 1 Satz 2 des Beschlusses).

Â

GemÃ¤Ã□ Â§ 4 des Beschlusses kann abweichend von den Vorgaben des Â§ 3 Abs. 2 die Versorgung besonderer stationÃ¤rer NotfÃ¤lle auch strukturiert durch KrankenhÃ¤user erfolgen, die nicht die Anforderungen eines der Abschnitte III â□□ V erfÃ¼llen, sofern sie die besonderen Vorgaben der Speziellen Notfallversorgung nach Abschnitt VI erfÃ¼llen.Â Zur Speziellen Notfallversorgung gehÃ¶ren u.a. KrankenhÃ¤user/Einrichtungen, die die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung (Â§ 26 des Beschlusses) erfÃ¼llen. Dazu gehÃ¶ren u.a. in eng begrenzten AusnahmefÃ¤llen KrankenhÃ¤user, die aufgrund krankenhausplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder KrankenhÃ¤user ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der LandeskrankenhausplanungsbehÃ¶rde fÃ¼r die GewÃ¤hrleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen (Â§ 26 Abs. 2 Nr. 3 des Beschlusses).

Â

Auf der Grundlage dieses Stufensystems trafen die Vertragsparteien auf Bundesebene gemÃ¤Ã□ Â§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG am 10. Dezember 2018 eine am 1. Januar 2019 in Kraft getreteneÂ â□□NotfallstufenvergÃ¼tungsvereinbarungâ□□ (2018_12_10_Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdf (gkv-spitzenverband.de)).

Â

Darin ist eine jÃ¤hrliche Zuschlagspauschale in HÃ¶he von 153.000 Euro fÃ¼r die Teilnahme an Stufe 1, von 495.000 Euro an Stufe 2 und von 688.500 Euro an Stufe 3 vorgesehen (Â§ 3 Abs. 1 der Vereinbarung). â□□Sofern die Vertragsparteien nach Â§ 11 KHEntgG die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an der Notfallversorgung nach Â§ 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 festgestellt haben, erfolgt fÃ¼r jeden vollstationÃ¤ren Behandlungsfall am aufnehmenden Krankenhausstandort ein Rechnungsabschlag in HÃ¶he von 60 Euro.â□□ (Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 der Vereinbarung). GemÃ¤Ã□ Â§ 1 Abs. 1 Satz 1 der VereinbarungÂ prÃ¼fen die Vertragsparteien nach Â§ 11 KHEntgG die ErfÃ¼llung der Mindestvoraussetzungen fÃ¼r eine Teilnahme an der Notfallversorgung gemÃ¤Ã□ desÂ Â Â Â Â G-BA-Beschlusses fÃ¼r den jeweiligen Krankenhausstandort und stellen in der Budgetverhandlung verbindlich fest, in welche Notfallstufe bzw. in

welches Modul der speziellen Notfallversorgung (Modul) der Krankenhausstandort einzustufen ist.

Â

Unstreitig erfÃ¼llt die KlÃ¤gerin als Belegkrankenhaus nicht die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung nach Abschnitt III. des Beschlusses des Beklagten; hierfÃ¼r ist u.a. ausschlaggebend, dass sie als reines Belegkrankenhaus keine â angestellten Ãrzte des Krankenhausesâ aufweist (Â§ 5 Abs. 2 Nr. 2 des Beschlusses), sondern nur BelegÃ¤rzte und BelegÃ¤rztinnen und dass sie keinen Notfalldienst 24 Stunden an sieben Tagen der Woche anbietet (Â§ 6 Abs. 1 des Beschlusses). Sie unterfÃ¤llt deshalb dem nach Â§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG von den Vertragsparteien auf Bundesebene zwingend zu vereinbarenden Abschlag fÃ¼r die Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen.

Â

Die KlÃ¤gerin wendet sich mit ihrer am 17. Mai 2019 erhobenen Klage unmittelbar gegen den Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018. Die Abschnitte I. bis III. des Beschlusses seien rechtswidrig und damit nichtig. Am 1. MÃ¤rz 2021 ist die KlÃ¤gerin von einer Aktiengesellschaft nach Schweizer Recht Ã¼bernommen worden und betreibt das Klageverfahren weiter.

Â

Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrt sie im Wesentlichen an:

Â

Der Beschluss des Beklagten habe entgeltrechtliche Relevanz. Er bewirke, dass sie nun als Belegklinik aus der â Notfallversorgungâ herausfalle, weil sie keine der Voraussetzungen schon fÃ¼r die niedrigste Stufe der Basisversorgung (Stufe 1) erfÃ¼lle. In der Folge mÃ¼sse sie, obwohl sie die bereits bestehenden Strukturen fÃ¼r die Notfallversorgung aufrechterhalte, voraussichtlich ErlÃ¶seinbuÃen hinnehmen. Lege man die Zahl von rund 1.000 stationÃ¤ren Eingriffen pro Jahr zugrunde und unterstelle einen Abschlag pro Fall von 60 Euro, so stehe fÃ¼r sie ein Abschlag von insgesamt rund 60.000 Euro jÃ¤hrlich zu erwarten. Das sei gravierend.

Â

Ihre Nichtteilnahme an den Notfallstrukturen im Sinne des angefochtenen Beschlusses fÃ¼hre zu diversen WidersprÃ¼chlichkeiten. So sei schon unklar, ob und inwieweit die aufzuwendenden Vorhaltekosten fÃ¼r die Notfallversorgung in der Fallpauschale abgebildet seien. MÃ¼sse sie aber gleichwohl einen Abschlag von 60 Euro pro Fall hinnehmen, fÃ¼hre das im Ergebnis dazu, dass Leistungen der Klinik ohne entsprechende VergÃ¼tung blieben. Ein weiterer Widerspruch zeige sich vor dem Hintergrund der GesetzesbegrÃ¼ndung zum KHSG. Danach solle der

Beschluss des Beklagten keine neuen und weiterreichenden Vorgaben fÃ¼r die Teilnahme an der Notfallversorgung festlegen; er sei stattdessen Grundlage fÃ¼r eine differenzierte und aufwandsgerechtere Vereinbarung von Zu- und AbschlÃ¤gen. Er solle fÃ¼r die KrankenhÃ¤user keine zusÃ¤tzlichen Kosten verursachen, sondern einen bestehenden erhÃ¶hten oder verminderten Aufwand berÃ¼cksichtigen. Es sei bei FachkrankenhÃ¤usern nicht sachgerecht, in jedem Fall undifferenziert einen Abschlag von 60,00 Euro je Fall in Ansatz zu bringen. Der Beschluss des Beklagten berÃ¼cksichtige qualitative Kriterien zur Sicherstellung der Versorgung nur bedingt und sei in erster Linie auf StrukturqualitÃ¤t ausgerichtet. Es wÃ¤re aber gerade fÃ¼r BelegkrankenhÃ¤user sachgerecht gewesen, deren Nutzen fÃ¼r die medizinische Versorgung anzuerkennen.

Â

Es sei der Auftrag des Beklagten gewesen, Unterfinanzierungen im DRG-System zu identifizieren, die sich aufgrund personeller und sachlicher Vorhalten ergeben kÃ¶nnten. Es sollten aber nicht im Umkehrschluss Fachkliniken und BelegkrankenhÃ¤user fÃ¼r die Kosten der Notfallversorgung anderer Kliniken aufkommen, die an der Notfallversorgung teilnehmen. Als Fachkrankenhaus werde man schlieÃlich der KlÃ¤gerin vor dem Hintergrund ihrer hohen Fallzahlen die vorhandene Expertise auch fÃ¼r eine Notfallbehandlung nicht absprechen kÃ¶nnen. Die Kostenfolgen des angefochtenen Beschlusses stÃ¼nden somit im Widerspruch zum Willen des Gesetzgebers (Hinweis auf BT-Drucks. 18/5372, S. 66).

Â

Der Beschluss des Beklagten sei nicht von der Rechtsgrundlage des Â§ 136c Abs. 4 SGB V gedeckt. Der Beklagte sei nicht berechtigt, verpflichtende AbschlÃ¤ge festzulegen, habe sich das aber angemaÃt. Der Beklagte habe die Grenzen seines Gestaltungsspielraums nicht eingehalten, die Regelungen verstieÃen gegen Art. 12Â undÂ Â Â Â Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes. Mit dem Beschluss formuliere der Beklagte direkte Vorgaben fÃ¼r die TÃ¤tigkeit der Leistungserbringer und treffe damit eine BerufsausÃ¼bungsregelung. Dem Eingriff fehle es an der notwendigen verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Dies beruhe darauf, dass der Beklagte nicht hinreichend legitimiert sei. DarÃ¼ber hinaus mangele es an der materiellen Rechtfertigung, denn es liege ein unverhÃ¤ltnismÃ¤Ãiger Eingriff in die Berufsfreiheit vor. Â§ 136c SGB V leite den Beklagten nicht gesetzlich an. Die gesetzliche ErmÃ¤chtigung sei teilweise inhaltlich nicht hinreichend bestimmt. FÃ¼r die nach Abs. 4 Satz 4 gebotene Beteiligung der â betroffenen medizinischen Fachgesellschaftenâ sei nicht definiert, welche Fachgesellschaften damit gemeint seien. Die darin vorgesehene Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft sei nicht in der Lage, fÃ¼r eine hinreichende Legitimation zu sorgen, denn in dieser seien nicht zwingend alle KrankenhÃ¤user als Mitglieder organisiert. Hinsichtlich des gebotenen legitimen Zwecks einer BerufsausÃ¼bungsregelung enthalte die Norm gerade keine Definition des Begriffs der Notfallversorgung. An der Geeignetheit der Regelungen des Beschlusses bestehe schlieÃlich deshalb Zweifel, weil in der Folge seiner strukturellen Anforderungen voraussichtlich 40 % der Kliniken in Zukunft ihren Notfallstatus verlieren wÃ¼rden. Fahrzeiten zu einem

Krankenhaus wÃ¼rden damit fÃ¼r die notfallmÃ¤Ãig zu Behandelnden grÃ¶Ãer. Die Anforderung, wonach ein Arzt innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfÃ¼gbar sein mÃ¼sse, entspreche nicht den arbeits- und tarifvertraglichen Regelungen zum Inhalt des Rufbereitschaftsdienstes, sondern nur des Bereitschaftsdienstes. Sie sei deshalb von den Kliniken absehbar praktisch nicht zu gewÃ¤hrleisten, abgesehen von den enormen Kosten einer solchen Umstrukturierung. Auch sei in der FachÃ¶ffentlichkeit die Eignung der Regelungen deshalb bezweifelt worden, weil etwa die HÃ¤lfte aller KrankenhÃ¤user keine zentrale Notaufnahme habe und diese erst aufbauen mÃ¼sse. Das sei auch in der Ãbergangsphase, die der Beklagte einrÃ¤ume, voraussichtlich nicht leistbar.

Â

Die nach Â§ 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V gebotene FolgenabschÃ¤tzung habe hier nicht stattgefunden. Es gehe um Grundrechtsschutz durch Verfahren. Zudem habe die Deutsche Krankenhausgesellschaft ausweislich verschiedener Stellungnahmen die zur FolgenabschÃ¤tzung durchgefÃ¼hrten Auswirkungsanalysen nicht fÃ¼r ausreichend valide gehalten, um verlÃ¤ssliche Aussagen zur Anzahl der am System beteiligten KrankenhÃ¤user zu tÃ¤gigen. Sie habe es vielmehr nicht fÃ¼r ausgeschlossen gehalten, dass eine deutlich hÃ¶here Zahl an KrankenhÃ¤usern von AbschlÃ¤gen betroffen sein kÃ¶nne.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

festzustellen, dass die Abschnitte I. bis III. des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses Ã¼ber die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System der Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern gemÃ¤Ã Â§ 136c Absatz 4 Â Â Â Â Â Â SGB V vom 19. April 2018, bekannt gemacht im Bundesanzeiger am 18. Mai 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), rechtswidrig und damit nichtig sind.

Â

Der Beklagte beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Klage abzuweisen.

Â

Er erachte die Klage bereits als unzulÃ¤ssig, weil sie kein konkretes RechtsverhÃ¤ltnis feststellen lassen wolle und anderweitiger Rechtsschutz im Rahmen der Abrechnung erbrachter Leistungen zumutbar sei. Der KlÃ¤gerin stehe anderweitiger Rechtsschutz zur VerfÃ¼gung, denn die Notfallstufen-Regelungen

seien durch Verwaltungsakt umsetzungsbedÃ¼rftig.

Â

Â

Insbesondere die Erhebung von Zu- oder AbschlÃ¤gen beruhe auf einer Regelungskaskade, wonach der Beklagte Mindestvorgaben fÃ¼r die verschiedenen Stufen festzulegen habe, dazu gehÃ¶re auch eine Stufe fÃ¼r die Nichtteilnahme. Auf der Grundlage dieser Vorgaben hÃ¤tten die Vertragsparteien auf Bundesebene die HÃ¶he der Zu- und AbschlÃ¤ge sowie Teilnahme und Nichtteilnahme vereinbart. Erst auf Grundlage dieser Vereinbarung erfolge die Erhebung von Zu- und AbschlÃ¤gen. Die Vertragsparteien prÃ¼ften die ErfÃ¼llung der Mindestvorgaben nach den Notfallstufen-Regelungen und stellten die Einordnung (eines Krankenhauses) in eine Notfallstufe bzw. ein Modul verbindlich fest. Das gelte auch fÃ¼r die Nichtteilnahme eines Krankenhauses. Dies unterscheide das zur PrÃ¼fung gestellte Regelungssystem der Notfallstufen u.a. von demjenigen der Mindestmengenregelung aus dem Jahr 2012, in welchem kein Umsetzungsakt (Vollzugsakt) vorgesehen gewesen sei. Im Unterschied zu jenem verbiete der angefochtene Beschluss weder die Erbringung der (Notfall-)Leistung noch schlieÃe er deren VergÃ¼tung aus. Es drohe ausschlieÃlich eine Abschlagszahlung. AuÃerdem enthielten die Notfallstufenregelungen des Beklagten selbst keine Norm, die zur Erhebung von Zu- oder AbschlÃ¤gen ermÃ¤chtige. Die KlÃ¤gerin mÃ¼sse sich darauf verweisen lassen, sich gegen die Vereinbarung auf Bundesebene und dortige VergÃ¼tungsregelungen zur Wehr zu setzen. Dass die KlÃ¤gerin dabei zunÃ¤chst AbschlÃ¤ge hinnehmen mÃ¼sse oder keine ZuschlÃ¤ge erhalte, sei unerheblich, denn dies sei ihr zuzumuten.

Â

Die Klage sei jedenfalls unbegrÃ¼ndet, denn der Beschluss des Beklagten sei verfahrensfehlerfrei zustande gekommen, beruhe auf einer hinreichenden ErmÃ¤chtigungsgrundlage und stehe im Einklang mit den Grundrechten der KlÃ¤gerin. Er basiere darÃ¼ber hinaus auf der gebotenen FolgenabschÃ¤tzung gemÃ¤Ã Â§ 136c Abs. 4 Satz 6Â Â Â Â Â SGB V. Mit den angegriffenen Regelungen werde gewÃ¤hrleistet, dass solche KrankenhÃ¤user ZuschlÃ¤ge erhielten, die Strukturen von Notfallversorgung in erforderlicher QualitÃ¤t vorhielten. FÃ¼r KrankenhÃ¤user, die nicht an der stationÃ¤ren Versorgung teilnÃ¤hmen, sehe dagegen der Gesetzgeber selbst einen Abschlag vor.

Â

Mit Blick darauf kÃ¶nne ein Angriff auf die Regelung des Beklagten daher nur hinsichtlich der dort festgelegten (inhaltlichen) Anforderungen an die Notfallstufen erfolgen, nicht aber gegen die gesetzlich festgelegten AbschlÃ¤ge selbst.

Â

Insoweit habe der Beklagte innerhalb der Grenzen seines Gestaltungsspielraums verhÃ¤ltnismÃ¤Ãïige Mindestvorgaben zur Art und zur Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahlung zur Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen getroffen.

Â

Der Beklagte habe die verfahrensbezogenen Anforderungen eingehalten, insbesondere die vorgeschriebene FolgenabschÃ¤tzung durchgefÃ¼hrt. Diese hÃ¤tte nicht in Bezug auf die konkret betroffenen einzelnen KrankenhÃ¤user stattfinden mÃ¼ssen, sondern es sei um eine AbschÃ¤tzung fÃ¼r die Gesamtheit der KrankenhÃ¤user gegangen. Dem sei der Beklagte mit der Beauftragung des Instituts fÃ¼r Gesundheit- und Sozialforschung (IGES Institut GmbH) und der Einbeziehung der von diesem erstellten Auswirkungsanalysen bezogen auf einen reprÃ¤sentativen Durchschnitt der betroffenen KrankenhÃ¤user in die Tragenden GrÃ¼nde nachgekommen (Hinweis auf BT-Drucks. 18/10289, S. 55).

Â

Der Beklagte sei fÃ¼r die Regelungen konkret durch Â§ 136c Abs. 4 SGB V hinreichend legitimiert. Die Notfallstufen-Regelungen stÃ¼nden im Einklang mit Art. 12 GG undÂ Â Â Â Â Art. 3 GG. Dabei sei bereits fraglich, ob reine Finanzierungsfragen im Hinblick auf die erforderliche QualitÃ¤tssicherung Ã¼berhaupt in die BerufsausÃ¼bungsfreiheit der KrankenhÃ¤user eingreifen. Jedenfalls seien die Anforderungen aber verhÃ¤ltnismÃ¤Ãïig. Zentrales Ziel der Regelungen des Beklagten sei die Sicherung der VersorgungsqualitÃ¤t in Notfallsituationen. Speziell dafÃ¼r formulierten sie Anforderungen an die VerfÃ¼gbarkeit des qualifizierten Fachpersonals und die infrastrukturelle Ausstattung eines Krankenhauses. Im Gegenzug zur Vorhaltung des Personals und der entsprechenden Infrastruktur (Ausstattung) erhielten die KrankenhÃ¤user ZuschlÃ¤ge. Es bleibe aber dabei, dass alle KrankenhÃ¤user, unabhÃ¤ngig von ihrer Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung, verpflichtet seien, eine Erstversorgung akuter NotfÃ¤lle zu gewÃ¤hrleisten.

Â

Der Beklagte habe unter anderem mit der Anforderung der jederzeitigen VerfÃ¼gbarkeit eines Facharztes/einer FachÃ¤rztin innerhalb von 30 Minuten am medizinisch notfallmÃ¤Ãïig zu Behandelnden tarifvertrags- und arbeitsrechtliche Vorgaben berÃ¼cksichtigt.

Â

Die genannte Erreichbarkeit werde vom Bundesarbeitsgericht als mit der Rufbereitschaft vereinbar angesehen. AuÃïerdem beruhe die arbeitsorganisatorische Entscheidung, wie die erforderliche VerfÃ¼gbarkeit im Einzelfall sichergestellt werde, auf Entscheidungen im jeweiligen Krankenhaus. In der Sache sei das Erfordernis der 30-Minuten-Facharzt-VerfÃ¼gbarkeit

angemessen, da sÃ¤mtliche NotfalldiagnosenÂ zeitkritisch seien. SchlieÃlich bÃ¶ten die im Beschluss enthaltenen Ãbergangsregelungen ausreichend Zeit fÃ¼r die betroffenen KrankenhÃ¤user, sich auf die neuen Anforderungen einzustellen. Dies werde durch die Ergebnisse der FolgenabschÃ¤tzung der IGES Institut GmbH bestÃ¤tigt, wonach 2019 bereits 80 % der KrankenhÃ¤user Ã¼ber eine Zentrale Notaufnahme verfÃ¼gten, das gelte auch hinsichtlich vieler anderer Anforderungen des Beschlusses des Beklagten.

Â

Ein VerstoÃ gegen den Gleichheitssatz liege nicht vor, insbesondere wÃ¼rden BelegkrankenhÃ¤user nicht ohne sachlichen Grund gegenÃ¼ber anderen KrankenhÃ¤usern benachteiligt. Zutreffend sei, dass die Notfallstufen-Regelungen BelegkrankenhÃ¤user im Vergleich zu anderen KrankenhÃ¤usern unterschiedlich behandelten. Diese unterschiedliche Behandlung sei jedoch durch sachliche GrÃ¼nde gerechtfertigt, denn die durch BelegÃ¤rzte erbringbaren Leistungen als Teil der ambulanten Versorgung seien nicht in allen Bereichen deckungsgleich und so weitgehend wie der Leistungsumfang der stationÃ¤ren Versorgung (Hinweis auf den Erlaubnisvorbehalt nach Â§ 135 SGB V). Mit Blick auf die Unterschiedlichkeit der insoweit belegÃ¤rztlich erbringbaren Leistungen liege auch keine sachwidrige Gleichbehandlung aller BelegkrankenhÃ¤user vor.

Â

Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne auch nicht im Sinne einer Ausnahmeregelung in die Notfallstrukturen eingeordnet werden, weil sie bereits die Anforderung der niedrigsten Notfallstufe (Basisnotfallversorgung) nicht erfÃ¼lle.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Normsetzungsdokumentation des Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung und der Entscheidung gewesen sind.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Die Klage ist zulÃ¤ssig, bleibt aber ohne Erfolg.

Â

A.Â Â Â Â Â Â Â Der Senat behandelt den vorliegenden Streit eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss als Angelegenheit der SozialversicherungÂ (Â§Â 31Â Abs. 1 Satz 1Sozialgerichtsgesetz [SGG]), nÃ¤mlich der Krankenversicherung (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 18.

Dezember 2012, B 1 KR 34/12 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 9 [Mindestmengenregelung]).

Â

B.Â Â Â Â Â Â Â FÃ¼r die Streitigkeit ist das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erstinstanzlich zustÃ¤ndig. Die Klage richtet sich unmittelbar â□□gegen Entscheidungen und Richtlinienâ□□ des Beklagten im Sinne von Â§ 29 Abs. 4 Nr. 3 SGG, nÃ¤mlich gegen einen Verbindlichkeit entfaltenden Beschluss im Sinne der Â§Â§ 91 Abs. 6, 136c Abs. 4 SGB V.

Â

C.Â Â Â Â Â Â Â Die Klage ist zulÃ¤ssig. Die vom Beklagten insoweit erhobene RÃ¼ge geht ins Leere.Â Â

Â

1.Â Â Â Â Â Â Â Â Statthaft ist die Klage als Normfeststellungsklage (Â§ 55 SGG; vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Auflage 2020, Rdnr. 10c zu Â§ 55). Die Rechtsschutzgarantie desÂ Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz (GG)Â gebietet es, die Feststellungsklage gegen untergesetzliche Rechtsnormen als statthaft zuzulassen, wenn die Normbetroffenen ansonsten keinen effektiven Rechtsschutz erreichen kÃ¶nnen, etwa weil ihnen nicht zuzumuten ist, Vollzugsakte zur Umsetzung der untergesetzlichen Norm abzuwarten oder die Wirkung der Norm ohne anfechtbare Vollzugsakte eintritt (BundessozialgerichtÂ a.a.O., Rdnr. 11).Â Der vorliegend streitige Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018 Ã¼ber die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern gemÃ¤Ã□ Â§ 136c Abs. 4 SGB V ist eine untergesetzliche Norm in diesem Sinne. Der Beklagte hat hier Regelungen getroffen u.a. zu den Stufen der Notfallversorgung und den jeweiligen Mindestanforderungen. FÃ¼r die KlÃ¤gerin als Leistungserbringerin, die unstreitig nicht an dem vom Beklagten definierten System der Notfallversorgung teilnimmt, entfalten diese Regelungen unmittelbare Geltung und Verbindlichkeit (Â§ 91 Abs. 6 SGB V).

Â

2.Â Â Â Â Â Â Â Â Die Klage ist auch im Ã□brigen zulÃ¤ssig.

Â

a) Â Â Â Â Â Â Insbesondere ist die KlÃ¤gerin klagebefugt. Zur Vermeidung einer Popularklage ist auch bei der Feststellungsklage der Rechtsgedanke desÂ Â§Â 54 Abs. 1 Satz 2 SGGÂ heranzuziehen, nach dem bei einer zulÃ¤ssigen Rechtsverfolgung â□□eigeneâ□□ Rechte betroffen sein mÃ¼ssen; hierfÃ¼r genÃ¼gt es, dass eine Rechtsverletzung der KlÃ¤gerin mÃ¶glich istÂ (BundessozialgerichtÂ a.a.O., Rdnr. 16). Die KlÃ¤gerin ist in diesem Sinne klagebefugt, weil nicht von vornherein und nach jeder denkbaren Betrachtung

ausgeschlossen ist, dass die vom Beklagten getroffenen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern eigene Rechte der KlÃ¤gerin verletzen. Die begehrte Feststellung ist auf ein RechtsverhÃ¤ltnis gerichtetÂ (Â§Â 55 Abs. 1 Halbs. 1 Nr. 1 SGG), in dem die KlÃ¤gerin als KrankenhaustrÃ¤gerin eigene grundrechtlichÂ (Art. 3Â Abs. 1,Art. 12 Abs. 1 GG)Â geschÃ¼tzte Belange geltend machen kann. Die KlÃ¤gerin ist durch die vom Beklagten getroffenen, vorliegend streitigen Regelungen beschwert, weil insbesondere die Regelungen zur Basisnotfallversorgung in Abschnitt III. des Beschlusses bewirken, dass sie in den Kreis derjenigen KrankenhÃ¤user fÃ¤llt, die â gesetzgeberisch gewollt, vgl. Â§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i.d.F. des KHSG â als nicht an der Notfallversorgung Beteiligte abschlagspflichtig werden.Â Â

Â

b) Â Â Â Â Â Â Hieraus ergibt sich zugleich das nach Â§ 55 Abs. 1, letzter Halbs. SGG erforderliche Feststellungsinteresse (âberechtigtes Interesse an der baldigen Feststellungâ).Â Â Â Das Feststellungsinteresse ist ein Sonderfall bzw. eine AusprÃ¤gung des allgemeinen RechtsschutzbedÃ¼rfnisses.

Â

Letzteres fehlt grundsÃ¤tzlich, wenn das begehrte Urteil die rechtliche oder wirtschaftliche Stellung eines KlÃ¤gers nicht verbessern wÃ¼rde oder wenn das angestrebte Ergebnis auf einfachere Weise erreicht werden kann (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Auflage 2020, Rdnr. 15 zu Â§ 55). Das Feststellungsinteresse im Besonderen verlangt ein vernÃ¼nftigerweise gerechtfertigtes, als schutzwÃ¼rdig anzuerkennendes Interesse am Ausgang der Sache, das rechtlicher, aber auch bloÃ wirtschaftlicher oder ideeller Art sein kann; an âbaldigerâ Feststellung besteht ein Interesse, wenn eine GefÃ¤hrdung oder Unsicherheit schutzwÃ¼rdiger Interessen schon gegenwÃ¤rtig besteht (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17. Dezember 2006, B 3 KR 5/06 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 17; Urteil vom Â Â 2. August 2001, B 7 AL 18/00 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 11; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 21. DezemberÂ 2011, L 7 KA 77/10 KL, zitiert nach juris, dort Rdnr. 144f.). Â Â

Â

Hieran gemessen hat KlÃ¤gerin zweifellos ein schutzwÃ¼rdiges Interesse am Ausgang der Sache, denn eine stattgebende Entscheidung wÃ¼rde ihre rechtliche und wirtschaftliche Stellung unmittelbar verbessern. WÃ¼rde der Senat die vom Beklagten beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern nach Â§ 136c Abs. 4 SGB V fÃ¼r rechtswidrig und unwirksam erklÃ¤ren, entfiele zugleich die Zuordnung der KlÃ¤gerin zum Kreis der nicht an der Notfallversorgung beteiligten KrankenhÃ¤user und damit die sie treffende Abschlagspflicht nach Â§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i.V.m. Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 der NotfallstufenvergÃ¼tungsvereinbarung.

Â

c)Â Â Â Â Â Â Â Â Im Gegensatz zur Auffassung des Beklagten ist die Normfeststellungsklage auch nicht subsidiÃ¤r, denn die KlÃ¤gerin kann nicht darauf verwiesen werden, ihre Rechte vorrangig anderweitig, insbesondere durch Anfechtungs- oder Leistungsklage, geltend zu machen. Der auch im Rahmen von Â§ 55 SGG zu beachtende Grundsatz der SubsidiaritÃ¤t der Feststellungsklage dient vor allem der Vermeidung Ã¼berflÃ¼ssiger Klagen und damit der ProzessÃ¶konomie (vgl. Keller, a.a.O., Rdnr. 19). Es liegt auf der Hand, dass ein Obsiegen der KlÃ¤gerin mit der vorliegenden Klage in besonderem MaÃe effektiv wÃ¤re, weil die Klage gewissermaÃen an der Weichenstellung ansetzt, die die KlÃ¤gerin der Abschlagspflicht unterwirft, so dass sie nicht darauf verwiesen werden kann, sich alternativ etwa vorrangig in VergÃ¼tungsstreitigkeiten mit gesetzlichen Krankenkassen zu begeben.

Â

Ebenso wenig wÃ¤re es prozessÃ¶konomischer, die KlÃ¤gerin auf eine Klage unmittelbar gegen die NotfallstufenvergÃ¼tungsvereinbarung oder gar auf eine Verfassungsbeschwerde gegen einzelne Regelungen des KHSG zu verweisen. Letzteres wÃ¤re zwar alternativ denkbar, fÃ¼hrt aber keinesfalls zur SubsidiaritÃ¤t der vorliegenden Normfeststellungsklage.

Â

d) Â Â Â Â Â Â Weitere ZulÃ¤ssigkeitsvoraussetzungen bestehen nicht; insbesondere ist die Normfeststellungsklage nach Â§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG nicht fristgebunden.

Â

D.Â Â Â Â Â Â Â Die Klage ist indessen unbegrÃ¼ndet. Der Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018 Ã¼ber Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern gemÃ¤Ã Â§ 136c Abs. 4 SGB V ist rechtlich nicht zu beanstanden.Â Der PrÃ¼fungsmaÃstab des Gerichts hat der Funktion des Beklagten als untergesetzlicher Normgeber Rechnung zu tragenÂ (unten 1.). Der Senat hat keine Zweifel an der VerfassungsmÃ¤Ãigkeit der in Â§ 136c Abs. 4 SGB V liegenden gesetzgeberischen ErmÃ¤chtigung (unten 2.). SÃ¤mtliche gesetzlichen Verfahrenserfordernisse hat der Beklagte gewahrt (unten 3.). Die in dem angefochtenen Beschluss getroffenen Regelungen verstoÃen inhaltlich weder gegen die gesetzliche Grundlage in Â§ 136c Abs. 4 SGB V noch sonst gegen Regelungen des KHSG oder sonstige hÃ¶herrangige Rechtsnormen (unten 4.)

Â

1. Â Â Â Â Â Â Die RechtmÃ¤Ãigkeit des Beschlusses des Beklagten Ã¼ber das gestufte System von Notfallstrukturen ist unter BerÃ¼cksichtigung der Funktion des Beklagten als Normgeber an der gesetzlichen ErmÃ¤chtigung in Â§ 136c Abs. 4 SGB V zu messen, zudem am System der dazu weiter im KHSG getroffenen Regelungen, etwa in Â§ 9 Abs. 1aÂ Â Â Â Nr. 5 KHEntgG. Die im Rang unterhalb des einfachen

Gesetzesrechts stehenden BeschlÃ¼sse des Beklagten sind hierbei gerichtlich in der Weise zu prÃ¼fen, wie wenn der Bundesgesetzgeber derartige Regelungen in Form einer untergesetzlichen Norm â□□ z.B. einer Rechtsverordnung â□□ selbst erlassen hÃ¤tte (vgl. nur Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2012, B 1 KR 34/12 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 21, m.w.N. [Mindestmengenregelung]).

Â

Tatbestandlich gibt Â§Â 136c Abs. 4 SGB V dem Beklagten ein â□□ wie stets â□□ im ersten Schritt rechtlich voll Ã¼berprÃ¼fbares Programm vor (vgl. dazu Bundessozialgericht, a.a.O.): Der gesetzgeberische Auftrag zielt ausdrÃ¼cklich auf die Schaffung eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern, das zwingend auch eine â□□Stufe fÃ¼r die Nichtteilnahme an der Notfallversorgungâ□□ umfassen soll (Satz 1). Der Beklagte ist verbindlich gehalten, â□□fÃ¼r jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegenâ□□ (Satz 2). Dabei sind planungsrelevante QualitÃ¤tsindikatoren nach Â§ 136c Abs. 1 Satz 1, soweit diese fÃ¼r die Notfallversorgung von Bedeutung sind, zu berÃ¼cksichtigen (Satz 3). In seinem Verfahren hat der Beklagte den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berÃ¼cksichtigen (SÃ¤tze 4 und 5); auÃ□erdem ist eine FolgenabschÃ¤tzung durchzufÃ¼hren, deren Ergebnisse zu berÃ¼cksichtigen sind (Satz 6). Â Â

Â

Der Beklagte ist danach befugt (und verpflichtet), als Normgeber Ã¼ber das gestufte System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern zu entscheiden. Im zweiten Schritt der rechtlichen Ã□berprÃ¼fung, bezogen auf die konkrete Ausgestaltung der gesetzgeberisch in aller Klarheit geforderten Regelung eines â□□gestuften Systemsâ□□, darf die sozialgerichtliche Kontrolle stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zufolge ihre eigenen Wertungen nicht an die Stelle der vom Beklagten getroffenen Wertungen setzen. Der Senat hat also bei der inhaltlichen Kontrolle der angegriffenen Regelungen den gesetzgeberischen Gestaltungsspielraum des Beklagten zu respektieren; diesem steht eine durch seine fachkundige und interessenpluralistische Zusammensetzung begrÃ¼ndete EntscheidungsprÃ¤rogative zu. Die gerichtliche PrÃ¼fung beschrÃ¤nkt sich darauf, ob die ZustÃ¤ndigkeits- und Verfahrensbestimmungen Beachtung gefunden haben und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums in Gestalt hÃ¶herrangigen Rechts (sei es hier Â§ 136c Abs. 4 SGB V, das KHSG insgesamt oder sonstiges materielles Recht) eingehalten sindÂ (vgl. BundessozialgerichtÂ a.a.O. sowie Urteil vom 1. MÃ¤rz 2011, B 1 KR 7/10 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 27 [sortis]; Urteil vom 31. Mai 2006, B 6 KA 13/05 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 68 [Clopidogrel]; Urteil vom 16. Mai 2001, B 6 KA 20/00 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 31 [Ã□berprÃ¼fung einer EBM-Ã□-Regelung]).

Â

Im Gegensatz zur Auffassung der KlÃ¤gerin vertritt der Senat dabei die Ãberzeugung, dass der Beklagte zur Konkretisierung u.a. des sich ausÂ Â§Â 136c Abs. 4 SGB VÂ ergebenden Regelungsprogramms ermÃ¤chtigt ist, auÃenwirksame Normen im Range untergesetzlichen Rechts zu erlassen. Die VerfassungsmÃ¤Ãigkeit dieser Art der Rechtsetzung und die demokratische Legitimation des Gemeinsamen BundesausschussesÂ sind nicht in Zweifel zu ziehen (gesicherte hÃ¶chstrichterliche Rechtsprechung; vgl. dazu nur Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2012, B 1 KR 34/12 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 22 m.w.N.). Â

Â

2. Â Â Â Â Â Â Ebenso wenig hat der Senat Zweifel an der VerfassungsmÃ¤Ãigkeit von Â§ 136c Abs. 4 SGB V als gesetzliche ErmÃ¤chtigung zum Erlass des vorliegend angefochtenen Beschlusses.

Â

a) Â Â Â Â Â Â Der Gesetzgeber hat sich insoweit von dem Ã¼berragenden Gemeinwohlbelang steuern lassen, die Notfallversorgung in KrankenhÃ¤usern zu strukturieren und in ihrer QualitÃ¤t zu sichern. Die Sachgerechtheit bzw. der legitime Zweck dieser gesetzgeberischen Intention kÃ¶nnen nicht in Abrede gestellt werden. Durch die VerknÃ¼pfung von QualitÃ¤tssicherung und Krankenhausplanung sollen die LÃ¤nder in die Lage versetzt werden, in ihre Planungsentscheidungen neben den Aspekten der LeistungsfÃ¤higkeit und Wirtschaftlichkeit von KrankenhÃ¤usern auch deren VersorgungsqualitÃ¤t einzubeziehen (vgl. R. Klein in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Â§Â 136c SGB V, Stand: 24. Januar 2022, Rdnr. 12). Das bedarf keiner weiteren Vertiefung, zumal die KlagebegrÃ¼ndung insoweit keine auch nur ansatzweise tragfÃ¤higen Beanstandungen erhebt.

Â

b)Â Â Â Â Â Â Â Der Senat hÃ¤lt die gesetzliche ErmÃ¤chtigung auch fÃ¼r hinreichend bestimmt. Insoweit rÃ¼gt die KlÃ¤gerseite, es sei von vornherein unklar, was der Gesetzgeber Ã¼berhaupt mit dem Begriff des â€Notfallsâ€ meine. Diese Bedenken kann der Senat nicht nachvollziehen, denn der in Â§ 136c Abs. 4 SGB V vorausgesetzte Begriff des â€Notfallsâ€ in der Wendung â€Notfallstrukturenâ€ unterliegt einem gesicherten VerstÃ¤ndnis und auch regelhaftem Gebrauch im GefÃ¼ge des SGB V und ist abzugrenzen z.B. vom Begriff der â€planbaren Leistungenâ€ (vgl. Â§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V).

Â

So regelt Â§ 76 Abs. 1 SGB V, dass die nicht zur ambulanten Versorgung zugelassenen Ãrzte und Einrichtungen (KrankenhÃ¤user u.a.) nur in Anspruch

genommen werden dÃ¼rfen, sofern ein Notfall vorliegt und soweit die Inanspruchnahme sich alsÂ NotfallbehandlungÂ darstellt. Ein Notfall in diesem Sinne liegt nach gelÃ¤ufiger Begriffsbestimmung vor, wenn eine dringende BehandlungsbedÃ¼rftigkeit besteht und ein teilnahmeberechtigter Behandler mangels Erreichbarkeit, Umfang des Teilnahmerechts, Qualifikation oder eigener Bereitschaft zur BehandlungsÃ¼bernahme nicht rechtzeitig zur VerfÃ¼gung steht. Dringende BehandlungsbedÃ¼rftigkeit ist anzunehmen, wenn aus einer ex-ante-Betrachtung heraus ohne sofortige Behandlung Gefahren fÃ¼r Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange dauern wÃ¼rden (vgl. dazu schon Bundessozialgericht, Urteil vom 24. Mai 1972, 3 RK 25/69, zitiert nach juris, dort Rdnr. 8; Urteil vom 1. Februar 1995, 6 RKa 9/94, zitiert nach juris, dort Rdnr. 17; vgl. auch Beschluss vom 18. Oktober 2010, B 3 KR 12/10 BÂ , zitiert nach juris, dort Rdnr. 5; Â Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 14. November 2007, L 12 KA 1/06, zitiert nach juris, dort Rdnr. 29; Hesral in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Â§Â 76 SGB V, Stand: 15. Juni 2020, Rdnr. 27; BÃ¤une in von Koppenfels-Spies, Wenner, SGB V, 4. Aufl. 2022, Rdnr. 11 zu Â§ 76). Vertiefend hat der 6. Senat des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 13. Mai 2020 (B 6 KA 6/19 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 21) ausgefÃ¼hrt: â□□Bei den Leistungen, die auf der Grundlage desÂ Â§Â 76 Abs. 1 SatzÂ 2 SGB VÂ alsÂ NotfallleistungenÂ erbracht und abgerechnet werden, kann es sich nur um solche handeln, die auf die Erstversorgung ausgerichtet sind. In einer Krankenhausambulanz dÃ¼rfen weder regulÃ¤re vertragsÃ¤rztliche Behandlungen durchgefÃ¼hrt werden, die dem Umfang und der Ausrichtung nach Ã¼ber dieÂ NotfallversorgungÂ hinausgehen, noch darf das Krankenhaus regulÃ¤r Sprechstunden anbieten. Allein der Wunsch eines Versicherten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus verbunden mit der Geltendmachung akuten Behandlungsbedarfs stellt zu Zeiten regulÃ¤rer vertragsÃ¤rztlicher Sprechstunden keinen `Notfall` im Sinne desÂ Â§Â 76 Abs. 1 SatzÂ 2 SGB VÂ dar (â□¦) Ein VergÃ¼tungsanspruch besteht nur fÃ¼r solche diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die entweder erforderlich sind, um zu erkennen, ob einÂ NotfallÂ vorliegt, oder die ggf. fÃ¼r eine Erstversorgung des Patienten notwendig sind. Die Erstversorgung hat sich darauf zu konzentrieren, Gefahren fÃ¼r Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationÃ¤ren Behandlung abzuklÃ¤ren.â□□ Dem ist nichts hinzuzufÃ¼gen; auf weitere Einzelheiten etwa der VergÃ¼tung von Notfallleistungen im Krankenhaus muss der Senat an dieser Stelle nicht eingehen.

Â

c)Â Â Â Â Â Â Â Â Keine verfassungsrechtlichen Bedenken hat der Senat auch an der Ausgestaltung der Beteiligungsrechte. Â§ 136c Abs. 4 Satz 4 SGB V sieht insoweit vor, den â□□betroffenen medizinischen Fachgesellschaftenâ□□ Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, nach Satz 5 sind diese Stellungnahmen bei der Beschlussfassung zu berÃ¼cksichtigen.

Â

Â

Die Beteiligung medizinischer Fachgesellschaften ist gerade im Zusammenhang mit der QualitÃ¤tssicherung von im Krankenhaus erbrachten Leistungen selbstverstÃ¤ndlich und auch an anderer Stelle vorgesehen, so etwa â statt vieler â in Â§ 136c Abs. 3 Satz 5 SGB V oder in Â§ 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V.

Â

Die KlÃ¤gerin rÃ¼gt insoweit unter RÃ¼ckgriff auf den Gedanken der fehlenden demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass eine Beteiligung Betroffener, etwa der Klinikbetreiber, nicht vorgesehen sei. Das Ã¼berzeugt schon deshalb nicht, weil keine Zweifel an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehen (dazu bereits weiter oben) und weil die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach Â§ 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den TrÃ¤gerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses gehÃ¶rt; der KlÃ¤gerin steht es frei, sich Ã¼ber ihre Landeskrankenhausgesellschaft, die zu den MitgliedsverbÃ¤nden der Deutschen Krankenhausgesellschaft gehÃ¶rt, in den Meinungsbildungsprozess einzubringen. Mehr Partizipation bzw. Legitimation kann nicht verlangt werden.

Â

3. Die formellen Voraussetzungen fÃ¼r den Erlass des angefochtenen Beschlusses hat der Beklagte beachtet. ZustÃ¤ndigkeitsfragen stellen sich nicht. Das gesetzlich vorgesehene Verfahren hat der Beklagte beanstandungsfrei gewahrt.Â

Â

a) Â Â Â Â Â Â Die nach Â§ 136c Abs. 4 Satz 4 erforderliche Beteiligung âder betroffenen medizinischen Fachgesellschaftenâ ist auf der Grundlage des dritten Abschnitts der Verfahrensordnung des Beklagten erfolgt und im Normsetzungsvorgang des Beklagten vollstÃ¤ndig dokumentiert.

Â

Der Beklagte hat Stellungnahmen von Ã¼ber 20 Fachgesellschaften angefragt, die erhaltenen Stellungnahmen ausgewertet und in seine Entscheidungsfindung einbezogen. Das ist insbesondere anhand von Anlage 4 zu den Tragenden GrÃ¼nden des Beschlusses vom 19. April 2018 transparent und eingehend nachvollziehbar (2018-04-19_Not-Kra-R_TrG_Anlage.pdf (g-ba.de)).Ein Verfahrensfehler ist insoweit nicht ansatzweise zu erkennen.

Â

b)Â Â Â Â Â Â Â Auch die nach Â§ 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V erforderliche FolgenabschÃ¤tzung hat der Beklagte verfahrensfehlerfrei durchgefÃ¼hrt. Er hat insoweit eine wissenschaftliche Institution mit der Erstellung einer FolgenabschÃ¤tzung beauftragt und das Ergebnis in seine Entscheidungsfindung einbezogen. Im Rahmen eines Vergabeverfahrens hat er der IGES Institut GmbH

den Zuschlag erteilt. Die â□□FolgenabschÃ¤tzung einer gestuften Notfallversorgungâ□□, basierend auf Abfragen an Krankenhausstandorten, ist als Anlage 6 zu den Tragenden GrÃ¼nden dokumentiert (2018-04-19_Not-Kra-R_TrG_Anlage.pdf (g-ba.de)).

Â

Die insoweit erhobene RÃ¼ge der KlÃ¤gerin vermag der Senat nicht nachzuvollziehen. So heiÃ□t es auf Bl. 41 unten der KlagebegrÃ¼ndung vom 14. November 2019: â□□Ungeachtet des gesetzgeberischen Willens war der Beklagte gehalten, die von ihm verlangte FolgenabschÃ¤tzung verfassungskonform und zwar so zu handhaben, wie dies mit Blick auf die betroffenen Grundrechte der Klinikbetreiber erforderlich war â□□ gerade dann, wenn er sich mit Â§ 1 Abs. 1 Satz 3 des Beschlusses das Recht herausnahm, zwingend AbschlÃ¤ge fÃ¼r solche Kliniken vorzusehen, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen.â□□ Diese Herangehensweise verkennt zweierlei: Erstens hat der Beklagte sich nicht das Recht herausgenommen (also erstmalig fÃ¼r sich in Anspruch genommen), zwingend AbschlÃ¤ge fÃ¼r solche Kliniken vorzusehen, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen; diese Grundentscheidung hat nÃ¤mlich der Gesetzgeber getroffen, indem er im GefÃ¼ge des KHSG Â§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG eingefÃ¼hrt hat (â□□Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren [â□¦] bis zum 30. Juni 2017 die HÃ¶he und die nÃ¤here Ausgestaltung der Zu- und AbschlÃ¤ge fÃ¼r eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von KrankenhÃ¤usern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der HÃ¶he der Zu- und AbschlÃ¤ge eine UnterstÃ¼tzung durch das DRG-Institut vorzusehen ist; die Zu- und AbschlÃ¤ge mÃ¼ssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen fÃ¼r eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemÃ¤Ã□ Â§ 136c Absatz 4 des FÃ¼nften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist.â□□). Zweitens greift die RÃ¼ge der KlÃ¤gerin letztlich das Ergebnis der vom Beklagten getroffenen Regelungen an und nicht die OrdnungsgemÃ¤Ã□heit des durchgefÃ¼hrten Verfahrens; dem Beklagten wird angesonnen, er hÃ¤tte die FolgenabwÃ¤gung von vornherein auf die Interessen kleinerer Kliniken wie der KlÃ¤gerin zuschneiden mÃ¼ssen. Es liegt auf der Hand, dass ein Verfahrens- oder AbwÃ¤gungsfehler so nicht schlÃ¼ssig begrÃ¼ndet werden kann.

Â

4. Â Â Â Â Â Â Auch materiellrechtlich ist der angefochtene Beschluss des Beklagten beanstandungsfrei. Die getroffenen Regelungen verstoÃ□en inhaltlich weder gegen die gesetzliche Grundlage in Â§ 136c Abs. 4 SGB V noch sonst gegen Regelungen des KHSG oder sonstige hÃ¶herrangige Rechtsnormen.

Â

a)Â Â Â Â Â Â Â Das gilt ganz unproblematisch zum Einen fÃ¼r das â□□Obâ□□ der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern, also den Bereich der in Â§ 136c Abs. 4 SGB V als ErmÃ¤chtigungsnorm vorhandenen, grundsÃ¤tzlich voll Ã¼berprÃ¼fbaren gesetzlichen

Tatbestandsmerkmale.

Â

Der an den Beklagten gerichtete Arbeitsauftrag des Gesetzgebers beinhaltet keine unbestimmten Rechtsbegriffe, deren Auslegung Schwierigkeiten aufwerfen wÃ¼rde. Anders als zum Beispiel im Rahmen von Â§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V a.F. bzw.Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V n.F. (Begriff der â□□planbaren Leistungâ□□ sowie AbhÃ¤ngigkeit der QualitÃ¤t des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen im Rahmen einer Mindestmengenregelung) umfasst Â§ 136c Abs. 4 SGB V ausschlieÃ□lich einen Handlungsauftrag, der klar und abschlieÃ□end definiert ist. Das gesetzgeberisch geforderte gestufte System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern, das auch eine Stufe fÃ¼r die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung umfassen soll, wirft an und fÃ¼r sich keine Fragen auf; eine solche Regelung ist unbedingt zu treffen. Auf der Ebene des unmittelbar sich aus Â§ 136c Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 SGB V ergebenden gesetzlichen Tatbestandes hat der Senat daher, auch im Lichte der KlagebegrÃ¼ndung, keine weitere PrÃ¼fung vorzunehmen.

Â

b) Â Â Â Â Â Â Weiter begegnet aber auch die konkrete Ausgestaltung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern durch den Beklagten, das â□□Wieâ□□, keinen rechtlichen Bedenken. Unter Beachtung der dem Beklagten insoweit zukommenden EinschÃ¤tzungsprÃ¤rogative vermag der Senat keine RechtsverstÃ¶Ã□e zu erkennen.

Â

aa) Â Â Â Â Das gilt in besonderem MaÃ□e, soweit die KlÃ¤gerin als zentrales Moment ihrer Klage die TragfÃ¤higkeit von Â§ 1 Abs. 1 Satz 3 des Beschlusses (â□□Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindliche AbschlÃ¤ge zu erheben.â□□) angreift. Denn hier ist der Beklagte nicht eigenkreativ tÃ¤tig geworden, sondern hat nur in den Beschluss Ã¼ber die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in KrankenhÃ¤usern dasjenige deckungsgleich â□□ und damit deklaratorisch â□□ implantiert, was der Gesetzgeber schon als Grundentscheidung im KHSG geregelt hatte. Bezeichnender Weise findet sich die von der KlÃ¤gerin beanstandete Passage in Â§ 1 des Beschlusses, Ã¼berschrieben mit â□□Ziel der Regelungâ□□. Hier werden nach Art einer ErlÃ¤uterung bzw. Einleitung nur Vorgaben paraphrasiert, die der Gesetzgeber selbst ausdrÃ¼cklich getroffen hat. Â§ 1 Abs. 1 Satz 1 des Beschlusses entspricht im Wesentlichen dem Wortlaut von Â§ 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V. Â§ 1 Abs. 1 Satz 2 des Beschlusses greift die in Â§ 136c Abs. 4 Satz 2 SGB V enthaltene Vorgabe der differenzierten Festlegung einzelner Stufen der Notfallversorgung auf und nimmt zugleich auf den in Â§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG enthaltenen Gedanken Bezug, wonach die KrankenhÃ¤user ZuschlÃ¤ge fÃ¼r ihre Beteiligung an der Notfallversorgung erhalten, abhÃ¤ngig von der konkreten Stufenzuordnung. Nichts â□□Neuesâ□□ sagt dementsprechend auch Â§ 1 Abs. 1 Satz 3 des Beschlusses,

wenn dort davon die Rede ist, dass bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung verbindliche AbschlÃ¤ge zu erheben sind; vielmehr entspricht diese Formulierung wortgleich einer Passage, die in der GesetzesbegrÃ¼ndung zu Â§ 136c Abs. 4 SGB V (BT-Drs. 18/5372, S. 92, achte Zeile von oben) niedergelegt ist (â□□Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindlich AbschlÃ¤ge nach Â§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG zu erheben.â□□). Konsequent regeltÂ Â Â Â Â Â Â§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG nicht nur die Erhebung von ZuschlÃ¤gen bei einer Teilnahme von KrankenhÃ¤usern an der Notfallversorgung, sondern gerade auch die verbindliche Erhebung von AbschlÃ¤gen im Falle der Nichtteilnahme. Auch hier heiÃ□t es in der GesetzesbegrÃ¼ndung, es solle fÃ¼r die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung â□□ein Abschlag vereinbart werdenâ□□ (BT-Drs. 18/5372, S. 69, letzte Zeile unten).Â

Â

Der Angriff der KlÃ¤gerin gegen den Beschluss des Beklagten geht angesichts all dessen durchweg ins Leere, denn der Beklagte hat mit allen Regelungen in Â§ 1 Abs. 1 seines Beschlusses nur unmittelbare Vorgaben des parlamentarischen Gesetzgebers umgesetzt und sich damit vollstÃ¤ndig im Rahmen der gesetzlichen ErmÃ¤chtigung bewegt.

Â

Die KlÃ¤gerin lÃ¤sst insoweit auch unberÃ¼cksichtigt, dass bereits seit dem 25. MÃ¤rz 2009 mit Â§ 4 Abs. 6 KHEntgG (i.V.m. Â§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG) eine Regelung bestand, wonach unter bestimmten Voraussetzungen im Falle der Nichtteilnahme von KrankenhÃ¤usern an der Notfallversorgung ein Betrag in HÃ¶he von 50 Euro je vollstationÃ¤rem Fall abzuziehen war. Der Gedanke des obligatorischen Abschlags im Falle der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung war im Jahre 2018 also weder neu noch hat etwa der Beklagte ihn im Zuge seines vorliegend beanstandeten Beischlusses â□□erfundenâ□□.

Â

Soweit die KlÃ¤gerin die HÃ¶he des in Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 der NotfallstufenvergÃ¼tungsvereinbarung vorgesehen Rechnungsabschlags von pauschal und unabgestaffelt 60 Euro je stationÃ¤rem Behandlungsfall und die damit einhergehenden wirtschaftlichen Auswirkungen beanstandet, kann sie damit im vorliegenden Verfahren nicht gehÃ¶rt werden. Denn die Klage richtet sich gegen den Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018 und nicht gegen die NotfallstufenvergÃ¼tungsvereinbarung, wie sie am 10. Dezember 2018 zwischen GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (gemeinsam) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgeschlossen worden ist. Das von der KlÃ¤gerin in diesem Zusammenhang aufgeworfene ErlÃ¶sproblem ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und kann daher auch nicht in seinem Rahmen gelÃ¶st werden.

Â

bb) Â Â Â Â Ohne Erfolg rÃ¼gt die KlÃ¤gerin schlieÃlich auch die konkrete Ausgestaltung der Basisnotfallversorgung in Abschnitt III. des angefochtenen Beschlusses. Hier hebt die KlÃ¤gerin darauf ab, die in Â§ 5 Abs. 2 des Beschlusses formulierten Anforderungen an das Vorliegen einer â□□Fachabteilungâ□□ seien Ã¼berspitzt, wenn ein angestellter Facharzt innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfÃ¼gbar sein mÃ¼sse (â□□AnrÃ¼ckzeitâ□□). Die Beanstandung der KlÃ¤gerin, die diese Voraussetzung als Belegkrankenhaus â□□ wie auch weitere essentielle Merkmale der BasisnotfallversorgungÂ â□□ nicht erfÃ¼llt, ist insoweit (etwa Bl. 38 des Schriftsatzes vom 14. November 2019) sehr allgemein gehalten und scheint eher arbeitsrechtlich bzw. berufspolitisch motiviert. FÃ¼r den Senat liegt auf der Hand, dass der Beklagte sich mit der 30-Minuten-Regelung unproblematisch im Rahmen seines Gestaltungsspielraums bewegt hat, u.z. gerade wenn man bedenkt, dass es um die Versorgung von eilbedÃ¼rftigen NotfÃ¤llen im oben definierten Sinne geht: â□□Dringende BehandlungsbedÃ¼rftigkeit ist anzunehmen, wenn aus einer ex-ante-Betrachtung heraus ohne sofortige Behandlung Gefahren fÃ¼r Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange dauern wÃ¼rden.â□□ Der Beklagte hat insoweit nachvollziehbar angefÃ¼hrt, es handele sich hier am hÃ¤ufigsten um die Notfalldiagnosen Vorhofflimmern, Tachykardie/Schlaganfall, Rechtsherzinsuffizienz, LungenÃ¶dem, Hirninfarkt oder Sepsis. Angesichts der Lebensbedrohlichkeit dieser NotfÃ¤lle erscheint die 30-Minuten-Regelung ohne Weiteres plausibel. Die konkrete Bestimmung der â□□AnrÃ¼ckzeitâ□□ spiegelt sich auch in der fÃ¼r BelegÃ¤rzte auf der Grundlage von Â§ 39 Abs. 5 Nr. 3 BMV-Ã□ geltenden Regel, wonach Belegarzt nur sein kann, wer innerhalb von 30 Minuten von seiner Wohnung bzw. Praxis aus das Belegkrankenhaus erreichen kann (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17. MÃ¤rz 2021, B 6 KA 6/20 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 31f.).

Â

Dem vermag auch die von der KlÃ¤gerin zu den Akten gereichte Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 15. Februar 2022 nichts Entscheidendes entgegen zu setzen. Es liegt in der Natur der Sache, dass es unterschiedliche Auffassungen zur Berechtigung der 30-Minuten-Regelung geben kann; dass der Beklagte hier aber seinen normgeberischen Gestaltungsspielraum Ã¼berschritten bzw. seine EinschÃ¤tzungsprÃ¤rogative rechtswidrig gehandhabt hat, ist zur Ã□berzeugung des Senats nicht erkennbar.

Â

cc)Â Â Â Â Â Â Die Auffassung der KlÃ¤gerin zu im Beschluss vom 19. April 2018 liegenden Grundrechtsverletzungen teilt der Senat nicht. Auch hier bleibt anzumerken, dass die eigentlichen Eingriffe der Gesetzgeber mit einzelnen im KHSG enthaltenen Regelungen vorgenommen hat und nicht der Beklagte.

Â

Soweit die Berufsfreiheit, Art. 12 Abs. 1 GG, in Rede steht, ist die z.B. in den Anforderungen an die Basisnotfallversorgung liegende BerufsausÃ¼bungsregelung

â□□ wie bereits dargestellt â□□ durch Ã¼berragende Gemeinwohlbelange gerechtfertigt. Ebenso wenig sieht der Senat eine willkÃ¼rliche Ungleichbehandlung (Art. 3 Abs. 1 GG) von BelegkrankenhÃ¤usern, die in dem angefochtenen Beschluss keine Sonderbehandlung erfahren. Belegkliniken sind â□□ wie der Fall der KlÃ¤gerin zeigt â□□ in der Regel weit davon entfernt, strukturell, apparativ oder personell wie ein Krankenhaus, das an der Basisnotfallversorgung teilnimmt, ausgestattet zu sein. Damit einher gehen niedrigere Vorhaltekosten, die die Erhebung eines Abschlages je stationÃ¤r versorgtem Fall dem Grunde nach nicht willkÃ¼rlich erscheinen lassen. Damit hat der Beklagte sich in den Tragenden GrÃ¼nden zu seinem Beschluss vom 19. April 2018 (dort 2.5 zu Â§ 5, Seite 5) auch ausdrÃ¼cklich und intensiv auseinander gesetzt. Zu Recht hat der Beklagte insoweit auch darauf hingewiesen, dass die KlÃ¤gerin nicht etwa wegen ihrer Eigenschaft als Belegkrankenhaus abschlagspflichtig wird, sondern z.B. weil sie Ã¼ber keine Fachabteilungen fÃ¼r Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin verfÃ¼gt (Â§ 8 des Beschlusses).Â Â Â Â Â Â Â Â Â

Â

Die VerhÃ¤ltnismÃ¤Ã□igkeit der vom Beklagten getroffenen Regelungen zeigt sich schlieÃ□lich auch in der in Â§ 30 des Beschlusses getroffenen Ã□bergangsbestimmung; die Anforderungen an das Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme â□□ erforderlich fÃ¼r alle drei Stufen nach Â§ 6 Abs. 2 des Beschlusses â□□ waren erst drei Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses zu erfÃ¼llen.

Â

E.Â Â Â Â Â Â Â Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 SGG i.V.m. 154 Abs. 1 VwGO. GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision bestehen nicht, Â§ 160 Abs. 2 SGG.Â

Erstellt am: 08.11.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024