
-

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 Regelungen 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 Belegarzt Krankenhaus, 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 KIÄrgerin ist (Stand 2019) im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein mit 16 Planbetten ausgewiesen. Als Belegkrankenhaus verfügt sie über 45 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon 26 VollzeitkrÄfte. Eine am Ort der KIÄrgerin eingerichtete Notfallambulanz wird, so die KIÄrgerin, 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 am häufigsten geforderte Notarzt-Stützpunkt in einem ländlichen Bereich in Schleswig-Holstein. Jährlich werden bei der KIÄrgerin etwa 1.000 Patienten stationär versorgt.

Ä

Der Gesetzgeber ermächtigte 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 Einföhrung des [ÄS 136c Abs. 4 SGB V](#), ein gestuftes System von Notfallstrukturen in KrankenhÄusern einschlieÖlich einer Stufe fÖr die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu beschlieÖen:Ä Ä

Ä

(4) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss beschlieÖt bis zum 31. Dezember 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in KrankenhÄusern, einschlieÖlich einer Stufe fÖr die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. 2Hierbei sind fÖr 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 berÖcksichtigt bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1, soweit diese fÖr die Notfallversorgung von Bedeutung sind. 4Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. 5 Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berÖcksichtigen.

Ä

Durch Art. 5 Nr. 7 lit. b, bb des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der VergÖftung fÖr psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016, [BGBl. I S. 2986](#) [2995], verpflichtete der Gesetzgeber den Beklagten zÖtzlich, vor Beschlussfassung eine FolgenabschÖtzung durchzufÖhren und deren Ergebnisse zu berÖcksichtigen:

Ä

6Der Gemeinsame Bundesausschuss fÖhrt vor Beschlussfassung eine FolgenabschÖtzung durch und berÖcksichtigt deren Ergebnisse.

Ä

Getragen war die Einföhrung des [Â§ 136c Abs. 4 SGB V](#) von folgenden Erwågungen des Gesetzgebers ([BT-Drs. 18/5372, S. 91f.](#)):

Â

Durch die Regelung in Satz 1 erhålt 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 beröcksichtigen, ob eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft an allen Tagen besteht. Die Stufen können auch Differenzierungen nach Indikationsbereichen vorsehen. Die unterste Stufe ist unter Berücksichtigung der Vorgaben für die beim Sicherstellungszuschlag für die Versorgung notwendigen Leistungen der Notfallversorgung festzulegen. Die höchste Stufe ist z.B. für eine umfassende Notfallversorgung in Universitätskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung vorzusehen. Nach Satz 3 ist der G-BA verpflichtet, festgelegte planungsrelevante Qualitätsindikatoren bei den Vorgaben für die Notfallversorgung zu berücksichtigen, soweit diese hierfür Relevanz besitzen. Dies kommt insbesondere bei Indikatoren zur Strukturqualität für Leistungsbereiche in Betracht, die in die Notfallversorgung einbezogen werden sollen.

Â

Â

In Abhängigkeit der als Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen festgelegten strukturellen Voraussetzungen sollen Krankenhäuser zukünftig der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für 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 Abschläge 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 berücksichtigen hat. Der Beschluss des G-BA hat normsetzenden Charakter und bedarf einschließlic der tragenden Gründe der öffentlichen Bekanntmachung. Die Kompetenzen des G-BA, auf der Grundlage von [Â§ 136 Absatz 1 SGB V](#) Regelungen zur Qualitätssicherung der ambulanten Notfallversorgung und zur Stärkung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung zu treffen, bleiben unberührt.

Â

Ergänzend führte der Gesetzgeber mit Art. 1 Nr. 7 a) KSHG Â§ 17b Abs. 1a Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein; danach sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die

Notfallversorgung

Ä

Zugleich führte der Gesetzgeber mit dem KSHG – dort Art. 2 Nr. 9 lit. a) – § 9 Absatz 1a Nr. 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ein. Danach vereinbarten die Vertragsparteien auf Bundesebene – bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhausern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß [§ 136c Absatz 4](#) des fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist. – Hierzu heißt es in der Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 18/5372, S. 69f.](#)):

Ä

Bislang wird dem unterschiedlichen Umfang der Einbindung der Krankenhauser in die Notfallversorgung nur durch einen gesetzlichen Abschlag in Höhe von 50 Euro je vollstationären Fall Rechnung getragen, der nach § 4 Absatz 6 bei Krankenhausern, 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 Abschlägen abklären können. 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 Notfalleistungen in Krankenhausern abbildet, soll nunmehr in Verbindung mit entsprechend gestaffelten Zu- und Abschlägen erreicht werden, dass künftig Krankenhauser mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen bessergestellt werden als Krankenhauser mit einem geringeren Umfang. Für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung soll ein Abschlag vereinbart werden. Nach Nummer 5 haben die Vertragspartner auf Bundesebene die Höhe der Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auf der Grundlage des Stufensystems zu vereinbaren, das der GBA nach [§ 136c Absatz 4 SGB V](#) bis zum 31. Dezember 2016 zu entwickeln hat. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zuschläge und des Abschlags für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ist bis zum 30. Juni 2017 zu schließen. Sie haben sich vom InEK bei der Ermittlung der Höhe der Zuschläge und des Abschlags für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung unterstützen zu lassen, soweit die Daten hierfür vorliegen. Darüber hinaus haben die Vertragsparteien auf Bundesebene auf der Grundlage von § 9 Absatz 1 Nummer 3 weitere erforderliche Regelungen zur Erhebung der Notfallzu- und -abschläge, z.B. zum Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung, zu vereinbaren. Bis zum Zeitpunkt der Erhebung der neuen Zu- und Abschläge auf der Grundlage des Stufensystems des G-BA haben Krankenhauser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, weiterhin nach § 4 Absatz 6 einen Abschlag in Höhe von 50 Euro je

vollstationärem Fall vorzunehmen.

Ä

Nach Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens einschließlich mündlicher Anhörung (Ä§ 91 Abs. 5, 136c Abs. 4 Sätze 4 und 5 SGB V) und nach Einholung einer auf der Befragung der Krankenhausstandorte basierenden Folgenabschätzung (Ä§ 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V) beriet der Beklagte am 19. April 2018 seine Entscheidung abschließend und fasste den hier streitbefangenen Beschluss über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäss Ä§ 136c Abs. 4 SGB V (abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/3301). Der Beschluss trat nach seiner Veröffentlichung 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, Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung in der Fassung vom 31. Mai 2018 gemäss Anlage förmlich abzunehmen (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3401/2018-07-05_Not-Kra-R_Abnahme-EB-IGES-inkl-Anlage.pdf).

Ä

Konkret legte der Beklagte u.a. in Ä§ 3 Abs. 1 seines Beschlusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern drei sich hinsichtlich Art und Umfang der Notfallvorhaltungen unterscheidende Stufen fest: Eine Stufe 1 Basisnotfallversorgung, eine Stufe 2 erweiterte Notfallversorgung und eine Stufe 3 umfassende Notfallversorgung.

Ä

In den Ä§ 5 ff. des Beschlusses legte er für jede der drei Stufen der Notfallversorgung Vorgaben zu den Kategorien Art und Anzahl von Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, medizinisch-technische Ausstattung und Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme fest. Nach Ä§ 5 Abs. 2 des Beschlusses liegt eine Fachabteilung vor, wenn u.a. ein angestellter Facharzt mit einer entsprechenden Qualifikation innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.

Ä

Ä§ 6 des Beschlusses sieht allgemeine Anforderungen vor, die bei allen Stufen erfüllt sein müssen. Zu diesen allgemeinen Anforderungen zählt unter anderem, dass die Mindestvorgaben von den Krankenhäusern jeder Stufe zu jeder Zeit, also 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche am Standort erfüllt werden müssen (Ä§ 6 Abs. 1 Satz 1 des Beschlusses). Die Notfallversorgung muss in allen Stufen gemäss Ä§ 6 Abs. 2 Satz 1 des Beschlusses ganz

Überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) stattfinden, die u.a. eine eigenständige, fachlich unabhängige Leitung aufweisen muss. Zudem bestimmt § 11 Abs. 1 des Beschlusses, dass Krankenhäuser der Stufe 1 insbesondere einen Schockraum und eine 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung vorzuhalten haben. Nach § 30 Abs. 1 Satz 1 des Beschlusses sind die Vorgaben des Beschlusses bereits mit dessen Inkrafttreten zu erfüllen; für die Erfüllung u.a. der Anforderungen einer ZNA bleibt den Krankenhäusern aber eine Übergangsfrist von drei Jahren ab Inkrafttreten des Beschlusses (§ 30 Abs. 1 Satz 2 des Beschlusses).

Ä

Gemäß § 4 des Beschlusses kann abweichend von den Vorgaben des § 3 Abs. 2 die Versorgung besonderer stationärer Notfälle auch strukturiert durch Krankenhäuser erfolgen, die nicht die Anforderungen eines der Abschnitte III bis V erfüllen, sofern sie die besonderen Vorgaben der Speziellen Notfallversorgung nach Abschnitt VI erfüllen. Zur Speziellen Notfallversorgung gehören u.a. Krankenhäuser/Einrichtungen, die die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung (§ 26 des Beschlusses) erfüllen. Dazu gehören u.a. in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhauplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen (§ 26 Abs. 2 Nr. 3 des Beschlusses).

Ä

Auf der Grundlage dieses Stufensystems trafen die Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG am 10. Dezember 2018 eine am 1. Januar 2019 in Kraft getretene Notfallstufenvergütungsvereinbarung ([2018_12_10_Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdf \(gkv-spitzenverband.de\)](https://www.gkv-spitzenverband.de/2018_12_10_Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdf)).

Ä

Darin ist eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von 153.000 Euro für die Teilnahme an Stufe 1, von 495.000 Euro an Stufe 2 und von 688.500 Euro an Stufe 3 vorgesehen (§ 3 Abs. 1 der Vereinbarung). Sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an der Notfallversorgung nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 festgestellt haben, erfolgt für jeden vollstationären Behandlungsfall am aufnehmenden Krankenhausstandort ein Rechnungsabschlag in Höhe von 60 Euro (§ 2 Abs. 1 Satz 1 der Vereinbarung). Gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 der Vereinbarung präferieren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß des G-BA-Beschlusses für 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 erfüllt die Klägerin als Belegkrankenhaus nicht die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung nach Abschnitt III. des Beschlusses des Beklagten; hierfür ist u.a. ausschlaggebend, dass sie als reines Belegkrankenhaus keine angestellten Ärzte des Krankenhauses aufweist (Â§ 5 Abs. 2 Nr. 2 des Beschlusses), sondern nur Belegärzte und Belegärztinnen und dass sie keinen Notfalldienst 24 Stunden an sieben Tagen der Woche anbietet (Â§ 6 Abs. 1 des Beschlusses). Sie unterfällt deshalb dem nach [Â§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG](#) von den Vertragsparteien auf Bundesebene zwingend zu vereinbarenden Abschlag für die Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen.

Â

Die Klägerin 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. März 2021 ist die Klägerin von einer Aktiengesellschaft nach Schweizer Recht übernommen worden und betreibt das Klageverfahren weiter.

Â

Zur Begründung führt sie im Wesentlichen an:

Â

Der Beschluss des Beklagten habe entgeltrechtliche Relevanz. Er bewirke, dass sie nun als Belegklinik aus der Notfallversorgung herausfalle, weil sie keine der Voraussetzungen schon für die niedrigste Stufe der Basisversorgung (Stufe 1) erfülle. In der Folge müsse sie, obwohl sie die bereits bestehenden Strukturen für die Notfallversorgung aufrechterhalte, voraussichtlich Erlöseinbußen hinnehmen. Lege man die Zahl von rund 1.000 stationären Eingriffen pro Jahr zugrunde und unterstelle einen Abschlag pro Fall von 60 Euro, so stehe für sie ein Abschlag von insgesamt rund 60.000 Euro jährlich zu erwarten. Das sei gravierend.

Â

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

Beschluss des Beklagten keine neuen und weiterreichenden Vorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung festlegen; er sei stattdessen Grundlage für eine differenzierte und aufwandsgerechtere Vereinbarung von Zu- und Abschlägen. Er solle für die Krankenhäuser keine zusätzlichen Kosten verursachen, sondern einen bestehenden erhöhten oder verminderten Aufwand berücksichtigen. Es sei bei Fachkrankenhäusern nicht sachgerecht, in jedem Fall undifferenziert einen Abschlag von 60,00 Euro je Fall in Ansatz zu bringen. Der Beschluss des Beklagten berücksichtige qualitative Kriterien zur Sicherstellung der Versorgung nur bedingt und sei in erster Linie auf Strukturqualität ausgerichtet. Es wäre aber gerade für Belegkrankenhäuser sachgerecht gewesen, deren Nutzen für die medizinische Versorgung anzuerkennen.

Ä

Es sei der Auftrag des Beklagten gewesen, Unterfinanzierungen im DRG-System zu identifizieren, die sich aufgrund personeller und sachlicher Vorhalten ergeben könnten. Es sollten aber nicht im Umkehrschluss Fachkliniken und Belegkrankenhäuser für die Kosten der Notfallversorgung anderer Kliniken aufkommen, die an der Notfallversorgung teilnehmen. Als Fachkrankenhaus werde man schließlich der Klägerin vor dem Hintergrund ihrer hohen Fallzahlen die vorhandene Expertise auch für eine Notfallbehandlung nicht absprechen können. Die Kostenfolgen des angefochtenen Beschlusses ständen somit im Widerspruch zum Willen des Gesetzgebers (Hinweis auf [BT-Drucks. 18/5372, S. 66](#)).

Ä

Der Beschluss des Beklagten sei nicht von der Rechtsgrundlage des [§ 136c Abs. 4 SGB V](#) gedeckt. Der Beklagte sei nicht berechtigt, verpflichtende Abschlüsse festzulegen, habe sich das aber angemaßt. Der Beklagte habe die Grenzen seines Gestaltungsspielraums nicht eingehalten, die Regelungen verstießen gegen Art. 12 und Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes. Mit dem Beschluss formuliere der Beklagte direkte Vorgaben für die Tätigkeit der Leistungserbringer und treffe damit eine Berufsausübungsregelung. Dem Eingriff fehle es an der notwendigen verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Dies beruhe darauf, dass der Beklagte nicht hinreichend legitimiert sei. Darüber hinaus mangle es an der materiellen Rechtfertigung, denn es liege ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Berufsfreiheit vor. [§ 136c SGB V](#) leite den Beklagten nicht gesetzlich an. Die gesetzliche Ermächtigung sei teilweise inhaltlich nicht hinreichend bestimmt. Für die nach Abs. 4 Satz 4 gebotene Beteiligung der betroffenen medizinischen Fachgesellschaften sei nicht definiert, welche Fachgesellschaften damit gemeint seien. Die darin vorgesehene Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft sei nicht in der Lage, für eine hinreichende Legitimation zu sorgen, denn in dieser seien nicht zwingend alle Krankenhäuser als Mitglieder organisiert. Hinsichtlich des gebotenen legitimen Zwecks einer Berufsausübungsregelung enthalte die Norm gerade keine Definition des Begriffs der Notfallversorgung. An der Geeignetheit der Regelungen des Beschlusses bestehe schließlich deshalb Zweifel, weil in der Folge seiner strukturellen Anforderungen voraussichtlich 40 % der Kliniken in Zukunft ihren Notfallstatus verlieren würden. Fahrzeiten zu einem

Krankenhaus würden damit für die notfallmäßig zu Behandelnden gefährlich.
Die Anforderung, wonach ein Arzt innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar sein müsse, 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 gewährleisten, abgesehen von den enormen Kosten einer solchen Umstrukturierung. Auch sei in der Fachöffentlichkeit die Eignung der Regelungen deshalb bezweifelt worden, weil etwa die Hälfte aller Krankenhäuser keine zentrale Notaufnahme habe und diese erst aufbauen müsse. Das sei auch in der Übergangsphase, die der Beklagte einräume, voraussichtlich nicht leistbar.

Ä

Die nach [§ 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) gebotene Folgenabschätzung habe hier nicht stattgefunden. Es gehe um Grundrechtsschutz durch Verfahren. Zudem habe die Deutsche Krankenhausgesellschaft ausweislich verschiedener Stellungnahmen die zur Folgenabschätzung durchgeführten Auswirkungenanalysen nicht für ausreichend valide gehalten, um verlässliche Aussagen zur Anzahl der am System beteiligten Krankenhäuser zu tätigen. Sie habe es vielmehr nicht für ausgeschlossen gehalten, dass eine deutlich höhere Zahl an Krankenhäusern von Abschlüssen betroffen sein könne.

Ä

Die Klägerin beantragt,

Ä

festzustellen, dass die Abschnitte I. bis III. des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß [§ 136c Absatz 4 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.

Ä

Der Beklagte beantragt,

Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä die Klage abzuweisen.

Ä

Er erachte die Klage bereits als unzulässig, weil sie kein konkretes Rechtsverhältnis feststellen lassen wolle und anderweitiger Rechtsschutz im Rahmen der Abrechnung erbrachter Leistungen zumutbar sei. Der Klägerin stehe anderweitiger Rechtsschutz zur Verfügung, denn die Notfallstufen-Regelungen

seien durch Verwaltungsakt umsetzungsbedürftig.

Ä

Ä

Insbesondere die Erhebung von Zu- oder Abschlägen beruhe auf einer Regelungskaskade, wonach der Beklagte Mindestvorgaben für die verschiedenen Stufen festzulegen habe, dazu gehöre auch eine Stufe für die Nichtteilnahme. Auf der Grundlage dieser Vorgaben hätten die Vertragsparteien auf Bundesebene die Höhe der Zu- und Abschläge sowie Teilnahme und Nichtteilnahme vereinbart. Erst auf Grundlage dieser Vereinbarung erfolge die Erhebung von Zu- und Abschlägen. Die Vertragsparteien prüften die Erfüllung der Mindestvorgaben nach den Notfallstufen-Regelungen und stellten die Einordnung (eines Krankenhauses) in eine Notfallstufe bzw. ein Modul verbindlich fest. Das gelte auch für die Nichtteilnahme eines Krankenhauses. Dies unterscheide das zur Prüfung 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 schließe er deren Vergütung aus. Es drohe ausschließlich eine Abschlagszahlung. Außerdem enthielten die Notfallstufenregelungen des Beklagten selbst keine Norm, die zur Erhebung von Zu- oder Abschlägen ermächtige. Die Klägerin müsse sich darauf verweisen lassen, sich gegen die Vereinbarung auf Bundesebene und dortige Vergütungsregelungen zur Wehr zu setzen. Dass die Klägerin dabei zunächst Abschläge hinnehmen müsse oder keine Zuschläge erhalte, sei unerheblich, denn dies sei ihr zuzumuten.

Ä

Die Klage sei jedenfalls unbegründet, denn der Beschluss des Beklagten sei verfahrensfehlerfrei zustande gekommen, beruhe auf einer hinreichenden Ermächtigungsgrundlage und stehe im Einklang mit den Grundrechten der Klägerin. Er basiere darüber hinaus auf der gebotenen Folgenabschätzung gemäß [§ 136c Abs. 4 Satz 6](#) SGB V. Mit den angegriffenen Regelungen werde gewährleistet, dass solche Krankenhäuser Zuschläge erhielten, die Strukturen von Notfallversorgung in erforderlicher Qualität vorhielten. Für Krankenhäuser, die nicht an der stationären Versorgung teilnahmen, sehe dagegen der Gesetzgeber selbst einen Abschlag vor.

Ä

Mit Blick darauf könne 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 Abschläge selbst.

Ä

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

Â

Der Beklagte habe die verfahrensbezogenen Anforderungen eingehalten, insbesondere die vorgeschriebene Folgenabschätzung durchgeführt. Diese hätte nicht in Bezug auf die konkret betroffenen einzelnen Krankenhäuser stattfinden müssen, sondern es sei um eine Abschätzung für die Gesamtheit der Krankenhäuser gegangen. Dem sei der Beklagte mit der Beauftragung des Instituts für Gesundheit- und Sozialforschung (IGES Institut GmbH) und der Einbeziehung der von diesem erstellten Auswirkungsanalysen bezogen auf einen repräsentativen Durchschnitt der betroffenen Krankenhäuser in die Tragenden Gründe nachgekommen (Hinweis auf [BT-Drucks. 18/10289, S. 55](#)).

Â

Der Beklagte sei für die Regelungen konkret durch [Â§ 136c Abs. 4 SGB V](#) hinreichend legitimiert. Die Notfallstufen-Regelungen stünden im Einklang mit [Art. 12 GG](#) und [Art. 3 GG](#). Dabei sei bereits fraglich, ob reine Finanzierungsfragen im Hinblick auf die erforderliche Qualitätssicherung überhaupt in die Berufsausübungsfreiheit der Krankenhäuser eingreifen. Jedenfalls seien die Anforderungen aber verhältnismäßig. Zentrales Ziel der Regelungen des Beklagten sei die Sicherung der Versorgungsqualität in Notfallsituationen. Speziell dafür formulierten sie Anforderungen an die Verfügbarkeit des qualifizierten Fachpersonals und die infrastrukturelle Ausstattung eines Krankenhauses. Im Gegenzug zur Vorhaltung des Personals und der entsprechenden Infrastruktur (Ausstattung) erhielten die Krankenhäuser Zuschläge. Es bleibe aber dabei, dass alle Krankenhäuser, unabhängig von ihrer Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung, verpflichtet seien, eine Erstversorgung akuter Notfälle zu gewährleisten.

Â

Der Beklagte habe unter anderem mit der Anforderung der jederzeitigen Verfügbarkeit eines Facharztes/einer Fachärztin innerhalb von 30 Minuten am medizinisch notfallmäßig zu Behandelnden tarifvertrags- und arbeitsrechtliche Vorgaben berücksichtigt.

Â

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

angemessen, da sämtliche Notfalldiagnosen zeitkritisch seien. Schließlich bittet die im Beschluss enthaltenen Übergangsregelungen ausreichend Zeit für die betroffenen Krankenhäuser, sich auf die neuen Anforderungen einzustellen. Dies werde durch die Ergebnisse der Folgenabschätzung der IGES Institut GmbH bestätigt, wonach 2019 bereits 80 % der Krankenhäuser über eine Zentrale Notaufnahme verfügten, das gelte auch hinsichtlich vieler anderer Anforderungen des Beschlusses des Beklagten.

Â

Ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz liege nicht vor, insbesondere würden Belegkrankenhäuser nicht ohne sachlichen Grund gegenüber anderen Krankenhäusern benachteiligt. Zutreffend sei, dass die Notfallstufen-Regelungen Belegkrankenhäuser im Vergleich zu anderen Krankenhäusern unterschiedlich behandelten. Diese unterschiedliche Behandlung sei jedoch durch sachliche Gründe gerechtfertigt, denn die durch Belegärzte erbringbaren Leistungen als Teil der ambulanten Versorgung seien nicht in allen Bereichen deckungsgleich und so weitgehend wie der Leistungsumfang der stationären Versorgung (Hinweis auf den Erlaubnisvorbehalt nach [Â§ 135 SGB V](#)). Mit Blick auf die Unterschiedlichkeit der insoweit belegärztlich erbringbaren Leistungen liege auch keine sachwidrige Gleichbehandlung aller Belegkrankenhäuser vor.

Â

Die Klägerin könne auch nicht im Sinne einer Ausnahmeregelung in die Notfallstrukturen eingeordnet werden, weil sie bereits die Anforderung der niedrigsten Notfallstufe (Basisnotfallversorgung) nicht erfülle.

Â

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

Â

Entscheidungsgründe

Â

Die Klage ist zulässig, bleibt aber ohne Erfolg.

Â

Â Â Â Â Â Â Â Der Senat behandelt den vorliegenden Streit eines Krankenhausträgers gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss als Angelegenheit der Sozialversicherung ([Â§ 31 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)), nämlich 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 Â FÃ¼r die Streitigkeit ist das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erstinstanzlich zustÃ¤ndig. Die Klage richtet sich unmittelbar gegen Entscheidungen und Richtlinien des Beklagten im Sinne von [Â§ 29 Abs. 4 Nr. 3 SGG](#), nÃ¤mlich gegen einen Verbindlichkeit entfaltenden Beschluss im Sinne der [Â§ 91 Abs. 6, 136c Abs. 4 SGB V](#).

Â

C.Â 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 des [Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz](#) (GG) 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 (Bundessozialgericht 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 Ã¼brigen zulÃ¤ssig.

Â

a) Â Â Â Â Â Â Â Â Insbesondere ist die KlÃ¤gerin klagebefugt. Zur Vermeidung einer Popularklage ist auch bei der Feststellungsklage der Rechtsgedanke des [Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) heranzuziehen, nach dem bei einer zulÃ¤ssigen Rechtsverfolgung eigene Rechte betroffen sein mÃ¼ssen; hierfÃ¼r genÃ¼gt es, dass eine Rechtsverletzung der KlÃ¤gerin mÃ¶glich ist (Bundessozialgericht 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 Krankenhäusern eigene Rechte der Klägerin verletzen. Die begehrte Feststellung ist auf ein Rechtsverhältnis gerichtet ([§ 55 Abs. 1 Halbs. 1 Nr. 1 SGG](#)), in dem die Klägerin als Krankenhausrätin eigene grundrechtlich ([Art. 3 Abs. 1](#), [Art. 12 Abs. 1 GG](#)) geschützte Belange geltend machen kann. Die Klägerin 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 Krankenhäuser fällt, die gesetzgeberisch gewollt, vgl. [§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG](#) i.d.F. des KHSG als nicht an der Notfallversorgung Beteiligte abschlagspflichtig werden.

Ä

b) Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hieraus ergibt sich zugleich das nach [§ 55 Abs. 1](#), letzter Halbs. SGG erforderliche Feststellungsinteresse (âbberechtigtes Interesse an der baldigen Feststellungâb). Ä Ä Ä Das Feststellungsinteresse ist ein Sonderfall bzw. eine Ausprägung des allgemeinen Rechtsschutzbedürfnisses.

Ä

Letzteres fehlt grundsätzlich, wenn das begehrte Urteil die rechtliche oder wirtschaftliche Stellung eines Klägers nicht verbessern würde 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 § 55). Das Feststellungsinteresse im Besonderen verlangt ein vernünftigerweise gerechtfertigtes, als schutzwürdig anzuerkennendes Interesse am Ausgang der Sache, das rechtlicher, aber auch bloß wirtschaftlicher oder ideeller Art sein kann; an âbbaldigerâb Feststellung besteht ein Interesse, wenn eine Gefährdung oder Unsicherheit schutzwürdiger Interessen schon gegenwärtig besteht (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17. Dezember 2006, [B 3 KR 5/06 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 17; Urteil vom Ä Ä 2. August 2001, [B 7 AL 18/00 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 11; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 21. Dezember Ä 2011, [L 7 KA 77/10 KL](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 144f.). Ä Ä

Ä

Hieran gemessen hat Klägerin zweifellos ein schutzwürdiges Interesse am Ausgang der Sache, denn eine stattgebende Entscheidung würde ihre rechtliche und wirtschaftliche Stellung unmittelbar verbessern. Würde der Senat die vom Beklagten beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach [§ 136c Abs. 4 SGB V](#) für rechtswidrig und unwirksam erklären, entfielen zugleich die Zuordnung der Klägerin zum Kreis der nicht an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser und damit die sie treffende Abschlagspflicht nach [§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG](#) i.V.m. § 2 Abs. 1 Satz 1 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung.

Ä

c) Im Gegensatz zur Auffassung des Beklagten ist die Normfeststellungsklage auch nicht subsidiär, denn die Klägerin 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 Subsidiarität der Feststellungsklage dient vor allem der Vermeidung überflüssiger Klagen und damit der Prozessökonomie (vgl. Keller, a.a.O., Rdnr. 19). Es liegt auf der Hand, dass ein Obsiegen der Klägerin mit der vorliegenden Klage in besonderem Maße effektiv wäre, weil die Klage gewissermaßen an der Weichenstellung ansetzt, die die Klägerin der Abschlagspflicht unterwirft, so dass sie nicht darauf verwiesen werden kann, sich alternativ etwa vorrangig in Vergütungsstreitigkeiten mit gesetzlichen Krankenkassen zu begeben.

Â

Ebenso wenig wäre es prozessökonomischer, die Klägerin auf eine Klage unmittelbar gegen die Notfallstufenvergütungsvereinbarung oder gar auf eine Verfassungsbeschwerde gegen einzelne Regelungen des KHSG zu verweisen. Letzteres wäre zwar alternativ denkbar, führt aber keinesfalls zur Subsidiarität der vorliegenden Normfeststellungsklage.

Â

d) Weitere Zulässigkeitsvoraussetzungen bestehen nicht; insbesondere ist die Normfeststellungsklage nach [Â§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) nicht fristgebunden.

Â

D. Die Klage ist indessen unbegründet. Der Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018 über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß [Â§ 136c Abs. 4 SGB V](#) ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Prüfungsstab des Gerichts hat der Funktion des Beklagten als untergesetzlicher Normgeber Rechnung zu tragen (unten 1.). Der Senat hat keine Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der in [Â§ 136c Abs. 4 SGB V](#) liegenden gesetzgeberischen Ermächtigung (unten 2.). Sämtliche gesetzlichen Verfahrenserfordernisse hat der Beklagte gewahrt (unten 3.). Die in dem angefochtenen Beschluss getroffenen Regelungen verstoßen inhaltlich weder gegen die gesetzliche Grundlage in [Â§ 136c Abs. 4 SGB V](#) noch sonst gegen Regelungen des KHSG oder sonstige höherrangige Rechtsnormen (unten 4.)

Â

1. Die Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Beklagten über das gestufte System von Notfallstrukturen ist unter Berücksichtigung der Funktion des Beklagten als Normgeber an der gesetzlichen Ermächtigung in [Â§ 136c Abs. 4 SGB V](#) zu messen, zudem am System der dazu weiter im KHSG getroffenen Regelungen, etwa in [Â§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG](#). Die im Rang unterhalb des einfachen

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

Ä

Tatbestandlich gibt [Ä§ 136c Abs. 4 SGB V](#) dem Beklagten ein – wie stets – im ersten Schritt rechtlich voll überprüfbares Programm vor (vgl. dazu Bundessozialgericht, a.a.O.): Der gesetzgeberische Auftrag zielt ausdrücklich auf die Schaffung eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, das zwingend auch eine – Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung – umfassen soll (Satz 1). Der Beklagte ist verbindlich gehalten, – für 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 Notfalleleistungen differenziert festzulegen – (Satz 2). Dabei sind planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach [Ä§ 136c Abs. 1 Satz 1](#), soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind, zu berücksichtigen (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 berücksichtigen (Sätze 4 und 5); außerdem ist eine Folgenabschätzung durchzuführen, deren Ergebnisse zu berücksichtigen sind (Satz 6). Ä Ä

Ä

Der Beklagte ist danach befugt (und verpflichtet), als Normgeber über das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu entscheiden. Im zweiten Schritt der rechtlichen Überprüfung, bezogen auf die konkrete Ausgestaltung der gesetzgeberisch in aller Klarheit geforderten Regelung eines – gestuften Systems –, darf die sozialgerichtliche Kontrolle ständiger 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 begründete Entscheidungsprärogative zu. Die gerichtliche Prüfung beschränkt sich darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen Beachtung gefunden haben und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums in Gestalt höherer Rangigen Rechts (sei es hier [Ä§ 136c Abs. 4 SGB V](#), das KHSG insgesamt oder sonstiges materielles Recht) eingehalten sind (vgl. Bundessozialgericht a.a.O. [sowie Urteil vom 1. März 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 [Überprüfung einer EBM-Regelung]).

Â

Im Gegensatz zur Auffassung der KlÃ¤gerin vertritt der Senat dabei die Ã¼berzeugung, dass der Beklagte zur Konkretisierung u.a. des sich aus [Â§ 136c Abs. 4 SGB V](#) ergebenden Regelungsprogramms ermÃ¤chtigt ist, auÃ¼enwirksame Normen im Range untergesetzlichen Rechts zu erlassen. Die VerfassungsmÃ¤Ã¼igkeit dieser Art der Rechtsetzung und die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses sind nicht in Zweifel zu ziehen (gesicherte hÃ¼chstrichterliche 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¤Ã¼igkeit 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 Sachgerechtigkeit bzw. der legitime Zweck dieser gesetzgeberischen Intention kÃ¼nnen 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§ 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 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 Ã¤rzte und Einrichtungen (KrankenhÃ¤user u.a.) nur in Anspruch

genommen werden dürfen, sofern ein Notfall vorliegt und soweit die Inanspruchnahme sich als Notfallbehandlung darstellt. Ein Notfall in diesem Sinne liegt nach geläufiger Begriffsbestimmung vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein teilnahmeberechtigter Behandler mangels Erreichbarkeit, Umfang des Teilnahmerechts, Qualifikation oder eigener Bereitschaft zur Behandlungsübernahme nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dringende Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn aus einer ex-ante-Betrachtung heraus ohne sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange dauern würden (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 B](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 5; 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§ 76 SGB V](#), Stand: 15. Juni 2020, Rdnr. 27; Bäune 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) ausgeführt: „Bei den Leistungen, die auf der Grundlage des [Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) als Notfallleistungen erbracht und abgerechnet werden, kann es sich nur um solche handeln, die auf die Erstversorgung ausgerichtet sind. In einer Krankenhausambulanz dürfen weder reguläre vertragsärztliche Behandlungen durchgeführt werden, die dem Umfang und der Ausrichtung nach über die Notfallversorgung hinausgehen, noch darf das Krankenhaus reguläre Sprechstunden anbieten. Allein der Wunsch eines Versicherten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus verbunden mit der Geltendmachung akuten Behandlungsbedarfs stellt zu Zeiten regulärer vertragsärztlicher Sprechstunden keinen `Notfall` im Sinne des [Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) dar.“ Ein Vergütungsanspruch besteht nur für solche diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die entweder erforderlich sind, um zu erkennen, ob ein Notfall vorliegt, oder die ggf. für eine Erstversorgung des Patienten notwendig sind. Die Erstversorgung hat sich darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären. Dem ist nichts hinzuzufügen; auf weitere Einzelheiten etwa der Vergütung von Notfallleistungen im Krankenhaus muss der Senat an dieser Stelle nicht eingehen.

Â

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

Â

Â

Die Beteiligung medizinischer Fachgesellschaften ist gerade im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung von im Krankenhaus erbrachten Leistungen selbstverständlich und auch an anderer Stelle vorgesehen, so etwa [§ 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) oder in [§ 136c Abs. 3 Satz 5 SGB V](#).

Ä

Die Klägerin rügt insoweit unter Rückgriff auf den Gedanken der fehlenden demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass eine Beteiligung Betroffener, etwa der Klinikbetreiber, nicht vorgesehen sei. Das beruht schon deshalb nicht, weil keine Zweifel an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehen (dazu bereits weiter oben) und weil die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach [§ 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zu den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses gehört; der Klägerin steht es frei, sich über ihre Landeskrankhausgesellschaft, die zu den Mitgliedsverbänden der Deutschen Krankenhausgesellschaft gehört, in den Meinungsbildungsprozess einzubringen. Mehr Partizipation bzw. Legitimation kann nicht verlangt werden.

Ä

3. Die formellen Voraussetzungen für den Erlass des angefochtenen Beschlusses hat der Beklagte beachtet. Zuständigkeitsfragen stellen sich nicht. Das gesetzlich vorgesehene Verfahren hat der Beklagte beanstandungsfrei gewahrt.

Ä

a) Die nach [§ 136c Abs. 4 Satz 4](#) erforderliche Beteiligung der betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist auf der Grundlage des dritten Abschnitts der Verfahrensordnung des Beklagten erfolgt und im Normsetzungsvorgang des Beklagten vollständig dokumentiert.

Ä

Der Beklagte hat Stellungnahmen von über 20 Fachgesellschaften angefragt, die erhaltenen Stellungnahmen ausgewertet und in seine Entscheidungsfindung einbezogen. Das ist insbesondere anhand von Anlage 4 zu den Tragenden Gründen 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.

Ä

b) Auch die nach [§ 136c Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) erforderliche Folgenabschätzung hat der Beklagte verfahrensfreier durchgeführt. Er hat insoweit eine wissenschaftliche Institution mit der Erstellung einer Folgenabschätzung beauftragt und das Ergebnis in seine Entscheidungsfindung einbezogen. Im Rahmen eines Vergabeverfahrens hat er der IGES Institut GmbH

den Zuschlag erteilt. Die Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung, basierend auf Abfragen an Krankenhausstandorten, ist als Anlage 6 zu den Tragenden Gründen dokumentiert ([2018-04-19_Not-Kra-R_TrG_Anlage.pdf \(g-ba.de\)](#)).

Ä

Die insoweit erhobene Rüge der Klägerin vermag der Senat nicht nachzuvollziehen. So heißt es auf Bl. 41 unten der Klagebegründung vom 14. November 2019: „Ungeachtet des gesetzgeberischen Willens war der Beklagte gehalten, die von ihm verlangte Folgenabschätzung verfassungskonform und zwar so zu handhaben, wie dies mit Blick auf die betroffenen Grundrechte der Klinikbetreiber erforderlich war gerade dann, wenn er sich mit § 1 Abs. 1 Satz 3 des Beschlusses das Recht herausnahm, zwingend Abschlüsse für solche Kliniken vorzusehen, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen.“ Diese Herangehensweise verkennt zweierlei: Erstens hat der Beklagte sich nicht das Recht herausgenommen (also erstmalig für sich in Anspruch genommen), zwingend Abschlüsse für solche Kliniken vorzusehen, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen; diese Grundentscheidung hat nämlich der Gesetzgeber getroffen, indem er im Gefüge des KHSG [§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG](#) eingeführt hat (Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten [§ 1] bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die Ausgestaltung der Zu- und Abschlüsse für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschlüsse eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist; die Zu- und Abschlüsse müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß [§ 136c Absatz 4](#) des fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist). Zweitens greift die Rüge der Klägerin letztlich das Ergebnis der vom Beklagten getroffenen Regelungen an und nicht die Ordnungsgemäßheit des durchgeführten Verfahrens; dem Beklagten wird angesonnen, er hätte die Folgenabwägung von vornherein auf die Interessen kleinerer Kliniken wie der Klägerin zuschneiden müssen. Es liegt auf der Hand, dass ein Verfahrens- oder Abwägungsfehler so nicht schlüssig begründet werden kann.

Ä

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch materiellrechtlich ist der angefochtene Beschluss des Beklagten beanstandungsfrei. Die getroffenen Regelungen verstoßen inhaltlich weder gegen die gesetzliche Grundlage in [§ 136c Abs. 4 SGB V](#) noch sonst gegen Regelungen des KHSG oder sonstige höherrangige Rechtsnormen.

Ä

a) Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das gilt ganz unproblematisch zum Einen für das Ob der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, also den Bereich der in [§ 136c Abs. 4 SGB V](#) als Ermächtigungsnorm vorhandenen, grundsätzlich voll überprüfbaren 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§ 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 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 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 Abschläge zu erheben sind; vielmehr entspricht diese Formulierung wortgleich einer Passage, die in der Gesetzesbegründung 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 Abschläge nach [Â§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG](#) zu erheben.â). Konsequenterweise regelt [Â§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG](#) nicht nur die Erhebung von Zuschlägen bei einer Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, sondern gerade auch die verbindliche Erhebung von Abschlägen im Falle der Nichtteilnahme. Auch hier heißt es in der Gesetzesbegründung, es solle für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung âein Abschlag vereinbart werdenâ ([BT-Drs. 18/5372, S. 69](#), letzte Zeile unten).

Â

Der Angriff der Klägerin 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 vollständig im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung bewegt.

Â

Die Klägerin lässt insoweit auch unberücksichtigt, dass bereits seit dem 25. März 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 Krankenhäusern an der Notfallversorgung ein Betrag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem 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 Beschlusses âerfundenâ.

Â

Soweit die Klägerin die Höhe des in Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung vorgesehenen Rechnungsabschlags von pauschal und unabgestuft 60 Euro je stationärem Behandlungsfall und die damit einhergehenden wirtschaftlichen Auswirkungen beanstandet, kann sie damit im vorliegenden Verfahren nicht gehört werden. Denn die Klage richtet sich gegen den Beschluss des Beklagten vom 19. April 2018 und nicht gegen die Notfallstufenvergütungsvereinbarung, 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 Klägerin in diesem Zusammenhang aufgeworfene Erlösproblem ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und kann daher auch nicht in seinem Rahmen gelöst werden.

Â

bb) Â Â Â Â Ohne Erfolg rÃ¼gt die KlÃ¤gerin schlieÃlich 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 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 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 ¼berragende Gemeinwohlbelange gerechtfertigt. Ebenso wenig sieht der Senat eine willk¼rliche Ungleichbehandlung ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) von Belegkrankenh¼usern, die in dem angefochtenen Beschluss keine Sonderbehandlung erfahren. Belegkliniken sind â□□ wie der Fall der KI¼gerin 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 station¼r versorgtem Fall dem Grunde nach nicht willk¼rlich erscheinen lassen. Damit hat der Beklagte sich in den Tragenden Gr¼nden zu seinem Beschluss vom 19. April 2018 (dort 2.5 zu Â§ 5, Seite 5) auch ausdr¼cklich und intensiv auseinandergesetzt. Zu Recht hat der Beklagte insoweit auch darauf hingewiesen, dass die KI¼gerin nicht etwa wegen ihrer Eigenschaft als Belegkrankenhaus abschlagspflichtig wird, sondern z.B. weil sie ¼ber keine Fachabteilungen f¼r Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin verf¼gt (Â§ 8 des Beschlusses).Â Â Â Â Â Â Â Â Â

Â

Die Verh¼ltnism¼Ùigkeit der vom Beklagten getroffenen Regelungen zeigt sich schlieÙlich auch in der in Â§ 30 des Beschlusses getroffenen ¼bergangsbestimmung; die Anforderungen an das Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme â□□ erforderlich f¼r alle drei Stufen nach Â§ 6 Abs. 2 des Beschlusses â□□ waren erst drei Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses zu erf¼llen.

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](#). Gr¼nde f¼r die Zulassung der Revision bestehen nicht, [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#).Â

Erstellt am: 08.11.2022

Zuletzt ver¼ndert am: 22.12.2024