

---

## L 16 KR 426/20 KL

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	16.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Zentrums-Regelungen – Gemeinsamer Bundesausschuss – Rheumatologisches Zentrum – Standort – Qualitätsforderungen – Fachabteilungen
Leitsätze	-
Normenkette	SGB V <a href="#">§ 136 c Abs. 5</a>

[KHEntgG § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4](#)

[KHEntgG § 2 Abs. 2 Satz 4](#)

[KHEntgG § 5 Abs. 3](#)

[KHG § 2 a](#)

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	L 16 KR 426/20 KL
Datum	22.11.2023

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	B 1 KR 4/24 R
Datum	-

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

**Die Klage wird abgewiesen.**

Â

**Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.**

Â

---

---

**Die Revision wird zugelassen.**

Â

**Der Streitwert wird auf 50.000,-Â festgesetzt.**

Â

Â

Â

Â

Â

### **Tatbestand**

Â

Die KlÃ¤gerin wendet sich gegen den Beschluss des beklagten Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 5.Â DezemberÂ 2019 (BAnz AT vom 12. MÃrzt 2020 B2), in Kraft getreten am 1.Â JanuarÂ 2020, zuletzt geÃ¤ndert am 18.Â MÃrztÂ 2022 (BAnz AT vom 3.Â JuniÂ 2022), in Kraft getreten am 1.Â AprilÂ 2022, zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemÃÃ Â§Â 136c Abs.Â 5 Sozialgesetzbuch âÂ Gesetzliche KrankenversicherungÂ (SGBÂ V) âÂ Zentrums-RegelungenÂ (Z-R), soweit durch Â§Â 1 Abs.Â 1b der AnlageÂ 4 zusÃtzlich zu einer Fachabteilung fÃ¼r Rheumatologie am Standort drei von acht der folgenden Fachabteilungen gefordert werden: Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, OrthopÃ¤die und Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Augenheilkunde.

Â

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin eines nach [Â§Â 108 SGBÂ V](#) zugelassenen und in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) als Spezialversorger (Feststellungsbescheid der Bezirksregierung MÃ¼nster vom 26.Â MÃrztÂ 2020) aufgenommenen Fachkrankenhauses fÃ¼r Rheumatologie und OrthopÃ¤die mit Fachabteilungen fÃ¼r Ambulante Operationen und Sporttraumatologie, AnÃsthesie und Intensivmedizin, Kinder- und Jugendrheumatologie, OrthopÃ¤die und Traumatologie, RheumaorthopÃ¤die, Rheumatologie und Klinische Immunologie, WirbelsÃulenchirurgie sowie einer Schmerzklinik fÃ¼r Gelenk- und RÃ¼ckenbeschwerden. Als fachlich spezialisiertes Krankenhaus hÃlt es darÃ¼ber hinausgehend keine Begleitdisziplinen unmittelbar am Krankenhaus vor. Die Versorgung erfolgt insoweit im Rahmen eines Kooperationsmodells mit umliegenden KrankenhÃusern, die die Leistungen in einem Konsiliardienst fÃ¼r die KlÃ¤gerin erbringen und die in den Z-R genannten Disziplinen umfassen. Die KlÃ¤gerin hat nach den maÃgebenden Landesvorschriften die Einleitung eines

---

Planungsverfahrens zur Ausweisung als Rheumatologisches Zentrum im Krankenhausplan des Landes NRW beantragt (Schreiben vom 9. Oktober 2020); eine entsprechende Bescheidung ist bislang nicht erfolgt.

Ä

Die Z-R haben folgenden Hintergrund: Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 ([BGBl 2018 I 2394](#)) fügte dem [ÄSÄ 136c SGBÄ V](#) einen Abs. 5 an, wonach der Beklagte bis zum 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach [ÄSÄ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4](#) des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) beschließt ([ÄSÄ 136c Abs. 5 Satz 1 SGBÄ V](#)). Die besonderen Aufgaben können insbesondere ergeben aus (a) einer überörtlichen und krankenhausberegreifenden Aufgabenwahrnehmung, (b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder (c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen (Satz 2). Zu gewährleisten ist, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem KHEntgG oder nach den Regelungen dieses Buches finanziert werden (Satz 3). [ÄSÄ 17b Absatz 1 Satz 10](#) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bleibt unberührt (Satz 4). Soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist, sind zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen, insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zu einzuhaltenden Mindestfallzahlen oder zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Satz 5). Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (Satz 6). Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen (Satz 7).

Ä

Laut Gesetzesbegründung (vgl. [BT-Drucks 19/5593, SÄ 118](#)) ist es das primäre Ziel dieser auf Änderungsantrag des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags in [ÄSÄ 136c SGBÄ V](#) eingefügten Regelung, die bisherigen Unklarheiten im Zusammenhang mit der Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die durch die Bundesschiedsstelle nach [ÄSÄ 18a Abs. 6](#) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) getroffen werden mussten, durch einen Beschluss des Beklagten zu beseitigen. Die Z-R bilden somit gemäß [ÄSÄ 5 Abs. 3 KHEntgG](#) die Grundlage für die Vereinbarung der Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach [ÄSÄ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG](#) durch die Vertragsparteien nach [ÄSÄ 18 Abs. 2 KHG](#). Die Vereinbarung der Zuschläge setzt nach [ÄSÄ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG](#) die Ausweisung und Festlegung einer besonderen Aufgabe im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Eine Zuschlagsberechtigung für besondere Aufgaben im Sinne des KHEntgG liegt damit nur vor, soweit ein Krankenhaus die in den Anlagen zu den Z-R festgelegten Qualitätsanforderungen zur Wahrnehmung dieser besonderen Aufgaben erfüllt und dem Krankenhaus der

---

Versorgungsauftrag über konkrete besondere Aufgaben durch die Krankenhausplanungsbehörde verbindlich übertragen worden ist. Dabei ist der besondere Versorgungsauftrag durch Festlegung im Krankenhausplan des Landes in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid oder bei einer Hochschulklinik aufgrund der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften (gleichartige Festlegung) auszuweisen.

Ä

Die Z-R regeln im Einzelnen ua Folgendes:

Ä

Zentren und Schwerpunkte nach [ÄSÄ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG](#) sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die eine besondere Aufgabe in dieser Regelung wahrnehmen, die hierfür festgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllen und für die eine Festlegung nach [ÄSÄ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG](#) erfolgt ist (ÄSÄ 2 Z-R).

Ä

Eine besondere Aufgabe kann sich nach [ÄSÄ 136c Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) insbesondere ergeben aus (1) einer überörtlichen und krankenhausbereitenden Aufgabenwahrnehmung, (2) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder (3) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen. Eine überörtliche und eine krankenhausbereitende Aufgabenwahrnehmung ist [ÄSÄ 136c Abs. 5a SGB V](#) zeichnet sich aus durch eine zentrale Funktion des Krankenhauses in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern. Das Krankenhaus gestaltet federführend Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und führt fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen durch. Die besonderen Aufgaben, die sich aus der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen im Sinne des [ÄSÄ 136c Abs. 5b SGB V](#) ergeben, setzen voraus, dass aufgrund geringer Häufigkeit einer Erkrankung oder der Besonderheit einer Erkrankung eine Erforderlichkeit der besonderen Vorhaltung vorliegt, zum Beispiel eine seltene personelle Fachexpertise vorgehalten wird und seltene spezialisierte Fortbildungsveranstaltungen organisiert werden. Eine Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen im Sinne des [ÄSÄ 136c Abs. 5c SGB V](#) betrifft insbesondere den Betrieb außergewöhnlich kostenintensiver Großgeräte und die medizinische Kompetenz für außergewöhnlich kostenintensive und komplexe Diagnostik- und Behandlungsformen. Darüber hinaus kann sich eine besondere Aufgabe ergeben, wenn ein Krankenhaus eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die der stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten mittelbar zugutekommt. Sie können auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören. Die besonderen

---

Aufgaben sind abschließend in diesen Regelungen einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert. Unberührt davon bleibt die Zuweisung von besonderen Aufgaben durch die Länder, die aber keine krankenhausergeltlichen Rechtsfolgen gemäß § 1 Abs. 1 auslösen. Sofern die Länder bereits vor dem Inkrafttreten des GBA-Beschlusses im Krankenhausplan besondere Zentrumsaufgaben dieser Regelungen ausgewiesen und festgelegt haben, haben die betroffenen Krankenhäuser die vom GBA normierten Qualitätsanforderungen innerhalb von zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten der Anlagen 1 bis 5 sowie innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten von Qualitätsanforderungen des GBA in den weiteren Anlagen zu erfüllen. Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des [§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG](#) durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus (§ 3 Abs. 1 bis 7 Z-R).

Â

Voraussetzung für die Wahrnehmung einer besonderen Aufgabe im Sinne der Z-R ist die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, sofern spezielle personelle, sachliche und organisatorische Voraussetzungen für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten in den Anlagen definiert sind. Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen, sofern in den zentrenspezifischen Anlagen keine anderen Vorgaben getroffen wurden. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach [§ 2a Abs. 1 KHG](#) zugrunde gelegt. Die temporäre Nichterfüllung von personellen Anforderungen, die aufgrund von unvorhergesehenen Ereignissen eintritt und schnellstmöglich behoben wird, führt nicht dazu, dass die Voraussetzung für die Wahrnehmung von besonderen Aufgaben entfällt. Das Nähere wird in der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie geregelt. Eine Fachabteilung liegt vor, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: (1) Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses. (2) Angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder an dem Patienten verfügbar. (3) Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach [§ 109 SGB V](#) dies vorsieht (§ 5 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und 3 Nr. 1 bis 3 Z-R).

Â

In Bezug auf die Anforderungen an Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie regelt Anlage 4 Z-R in § 1 Abs. 1 (Qualitätsanforderungen) u.a. das Vorhandensein einer (a) organisatorisch eigenständigen Fachabteilung für Rheumatologie am Standort des Zentrums, (b) zusätzlich drei von acht der folgenden Fachabteilungen am Standort: Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und

---

Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Augenheilkunde, (c) 24-stündige  
Aufnahmebereitschaft für akutrheumatologische Fälle.

Ä

Nach § 2 der Anlage 4 können Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Z-R eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen: (1) Interdisziplinäre rheumatologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen ggf unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden. (2) Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Rheumatologie dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden. (3) Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen. (4) Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Rheumatologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse in der Rheumatologie. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet: (a) Darstellung des Rheumatologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner, (b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Rheumatologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie sowie der Fachärztinnen und Fachärzte aus den Bereichen Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie (soweit die entsprechenden Fachabteilungen gemäß § 1 Abs. 1b vorhanden sind), (c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (zB Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten

---

anderer Krankenhäuser), (d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte), (e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, (f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Rheumatologischen Zentren, (g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet, (h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Rheumatologie und (i) Nennung der Klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt. (5) Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind. (6) Sofern die Anforderungen an ein Kinderrheumatologisches Zentrum gemäß § 1 Abs. 5 erfüllt sind: Implementierung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.

Ä

Die Klägerin begehrt mit ihrer Klage die gerichtliche Feststellung, dass die Z-R nichtig sind, soweit durch § 1 Abs. 1b der Anlage 4 zusätzlich zu einer Fachabteilung für Rheumatologie am Standort drei von acht der folgenden Fachabteilungen gefordert werden: Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Augenheilkunde. Zur Begründung trägt sie vor: Die Klägerin sei für die begehrte Feststellung klagebefugt gemäß [§ 55 Abs. 1 Halbs. 1 Nr. 1 iVm § 54 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Feststellungsklage sei nicht subsidiär gegenüber einer Klage gegen eine etwaige Versagungsentscheidung in Bezug auf die begehrte Zentrumsausweisung im Krankenhausplan NRW. Zwar sei eine derartige Ausweisung nach [§ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG](#) konstitutiv für die Erbringung der Zuschläge für besondere Aufgaben. Auch nach einer entsprechenden Aufnahme in den Krankenhausplan stünde indes die angegriffene Regelung in den Z-R, deren Voraussetzungen die Klägerin nicht alle, einem Vergütungsanspruch und einer Befreiung vom Fixkostendegressionsabschlag, wie sie sich aus [§ 5 Abs. 3 KHEntgG](#) bzw. [§ 4 Abs. 2a Satz 2 Nr. 1d KHEntgG](#) ergeben, entgegen. Es sei nicht ausgeschlossen, dass das Land NRW von der planerischen Anforderung der weiteren Fachabteilungen gemäß den Z-R Abstand nehme, wenn die Nichtigkeit der entsprechenden Regelung festgestellt werde, zumal die Klägerin die sonstigen Anforderungen für eine Zentrumsausweisung erfüllt. Hinzu komme, dass das Verwaltungsgericht im Rahmen einer etwaigen Klage auf Ausweisung als Rheumatologisches Zentrum nicht [§ 136c Abs. 5 SGB V](#) prüfe, sondern die erheblich weiter gefassten planerischen Zentrumsriterien in [§ 13 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW \(KHGG NRW\)](#). Ob die Anforderung zusätzlicher Fachabteilungen gemäß [§ 1 Abs. 1b](#)

---

der Anlage 4 Z-R gegen [Â§Â 136c Abs.Â 5 SatzÂ 5 SGBÂ V](#) verstoÃ¼e, werde demnach im verwaltungsgerichtlichen Verfahren gerade nicht zu prÃ¼fen sein.

Â

Die Klage sei auch begrÃ¼ndet. Die Regelung in Â§Â 1 Abs.Â 1b der Anlage 4 Z-R verstoÃ¼e gegen die in [Â§Â 136c Abs.Â 5 SatzÂ 5 SGBÂ V](#) geregelte ErmÃ¼chtigungsgrundlage des Beklagten. FÃ¼r die in Â§Â 2 Nrn.Â 1 bis 6 der Anlage 4 Z-R aufgefÃ¼hrten besonderen Aufgaben mit interdisziplinÃ¼ren Leistungskomponenten seien keine GrÃ¼nde ersichtlich, weshalb die in den Z-R genannten Fachabteilungen zwingend vorgehalten werden mÃ¼ssten. Selbst wenn dies der Fall wÃ¼re, sei nicht erforderlich, dass die Abteilungen zwingend am Standort des Zentrums vorzuhalten seien. Eine stÃ¼ndige interdisziplinÃ¼re Behandlung durch die genannten Fachabteilungen vor Ort gewÃ¼hrleiste kein hÃ¼heres MaÃ¼ an interdisziplinÃ¼rer Expertise. InterdisziplinÃ¼re konsultative Kooperationen wÃ¼rden am Standort der KlÃ¼gerin seit vielen Jahren praktiziert. Die krankenhausÃ¼bergreifende Organisation einer konsultativen Mitbehandlung sei geeignet, etabliert und zulÃ¼ssig. Sie vermittele gleichermaÃ¼en die vom Beklagten geforderte interdisziplinÃ¼re Expertise, zumal sich die Behandlung nach der Notwendigkeit im Einzelfall richte (Bezugnahme auf eine Stellungnahme des Chefarztes fÃ¼r Rheumatologie der KlÃ¼gerin Prof.Â Dr.Â Hammer vom 12.Â MaiÂ 2022 und Lakomek/Fiori, Rheumatologische Zentren entsprechend den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, Zeitschrift fÃ¼r Rheumatologie 28.Â SeptemberÂ 2022).

Â

Die KlÃ¼gerin beantragt,

Â

festzustellen, dass die Zentrums-Regelungen des Beklagten vom 5.Â DezemberÂ 2019, zuletzt geÃ¼ndert am 18.Â MÃ¼rzÂ 2022, nichtig sind, soweit durch Â§Â 1 Abs.Â 1b der Anlage 4 zusÃ¼tzlich zu einer Fachabteilung fÃ¼r Rheumatologie am Standort drei von acht der folgenden Fachabteilungen gefordert werden: Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, OrthopÃ¼die und Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Augenheilkunde.

Â

Der Beklagte beantragt,

Â

die Klage abzuweisen.

Â

---

Er trägt vor: Die Klage sei bereits unzulässig. Die Klägerin könne die angegriffene Regelung in den Z-R inzident im Rahmen eines Verfahrens vor den Verwaltungsgerichten gegen die Krankenhausplanungsbehörde gerichtlich überprüfen lassen, die über die nach [§ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG](#) erforderliche Ausweisung und Festlegung der besonderen Aufgaben zu entscheiden habe. Auch die begehrte Feststellung allein würde der Klägerin noch nicht zu der begehrten Zentrumsausweisung verhelfen, da sämtliche, nur auf der krankenhauserplanerischen Ebene bekannten und geprüften Anforderungen vorliegen müssten. Die Landesplanungsbehörden könnten die besonderen Aufgaben aus den Anlagen der Z-R weiter konkretisieren. Eine ablehnende Entscheidung der Planungsbehörde könne sich daher neben der Nichterfüllung der Z-R auch auf weitere mangelnde Voraussetzungen bei der Klägerin beziehen und die Vereinbarung von Zuschlägen aus weiteren Gründen abgelehnt werden. Durch die Z-R sei die Klägerin daher unmittelbar in eigenen Rechten nicht betroffen.

Ä

Die Klage sei aber auch unbegründet. Die angegriffene Regelung zu den erforderlichen Fachabteilungen am Standort in [§ 1 Abs. 1b der Anlage 4 Z-R](#) sei von der gesetzlichen Ermächtigung des [§ 136c Abs. 5 SGB V](#) umfasst. Der Gesetzgeber habe dem Beklagten ausdrücklich vorgegeben, auch zu erfüllende Qualitätsanforderungen zu regeln, darunter insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen in [§ 136c Abs. 5 Satz 5 SGB V](#). Rheumapatienten hätten oftmals eine komplexe Krankheitssymptomatik, wobei mehrere Organsysteme betroffen seien. Zur umfassenden Beratung und Behandlung sei daher ein multidisziplinäres Behandlungsteam erforderlich. Die aufgeführten Fachabteilungen für Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie seien ausgewählt worden, da bei einem Großteil der rheumatologischen Erkrankungen die spezielle Expertise dieser Fachdisziplinen für die Diagnostik und Behandlung im Vordergrund stehe. Zudem könnten die Augen mit all ihren Strukturen insbesondere bei Vaskulitiden mitbetroffen sein, so dass auch augenärztliche Kompetenz gefragt sei. Weiterhin sei im Stellungnahmeverfahren angemerkt worden, dass sich rheumatologische Krankheiten und ihre Komorbiditäten auch häufig am Gastrointestinaltrakt manifestierten und daher eine spezifische gastroenterologische Diagnostik und Therapie erforderlich machten. Mindestens drei dieser Fachabteilungen seien am Standort des Zentrums vorzuhalten. Die ständige interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Erfahrungsaustausch mit den verschiedenen Disziplinen an einem Ort führe zu einem besonderen Erkenntnisgewinn von krankenhausergreifendem Nutzen. Diese standortbezogenen Expertise rechtfertige es, eine Fallkonferenz, ein Kolloquium und eine Beratung als besondere Aufgabe mit der erforderlichen Qualität zu klassifizieren. Dies gelte ebenso für die besonderen Aufgaben „Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen“, „Patientenakten und Behandlungsempfehlungen“ sowie „telemedizinische Leistungen“. Erst die sich aufgrund des vorgehaltenen interdisziplinären Teams ergebende Erfahrung und Spezialisierung führe zum besonderen Wert der Weitergabe von Erfahrungen und Expertise, auch im Rahmen des PDCA-Zyklus und

---

eines Transitionskonzeptes. Die Vorhaltung verschiedener Fachabteilungen gewährleistet die Möglichkeit, in einem eingespielten und verzahnten Team Expertise schnell und ohne Hürden abzurufen. Eine Kooperation außerhalb des Standortes mit Leistungserbringern, bei denen schon mangels Weisungsbefugnis eine Organisation der interdisziplinären Tätigkeit beschränkt sei, könne diese Qualität nicht in gleicher Weise gewährleisten. Die Klägerin verkenne, dass es bei den Regelungen zur Qualitätssicherung nicht um die Regelung von Maßnahmen gehe, die die Erfüllung der Aufgaben überhaupt erst ermöglichen, sondern um solche, die in Abgrenzung von der Regelversorgung für die Qualität der Erfüllung einer besonderen Aufgabe erforderlich seien. Die von der Klägerin betriebene Kooperation mit Fachabteilungen anderer Krankenhäuser ist des Qualitätsgebots des [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) werde indes als zentraler Bestandteil der Regelversorgung bereits über das System der Fallpauschalen vollumfänglich vergütet. Die Z-R seien auch formell rechtmäßig ergangen.

Ä

Der Verwaltungsvorgang des Beklagten und die Gerichtsakte haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Ä

Ä

### **Entscheidungsgründe**

Ä

Die Klage ist nicht begründet.

Ä

Der Senat behandelt den vorliegenden Streit eines Krankenhausträgers gegen den GBA als Angelegenheit der Sozialversicherung ([§ 31 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz](#)), nämlich der Krankenversicherung (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2012 – [B 1 KR 34/12 R](#) = SozR 4-2500 § 137 Nr. 2 – Rn. 9). Der Gesetzgeber hat die hier einschlägige Gruppe der Klagen gegen Entscheidungen und Richtlinien des GBA lediglich in den Ausnahmefällen dem Vertragsarztrecht zugeordnet, in denen diese ausschließlich die vertragsärztliche Versorgung betreffen, nicht aber zumindest auch – und vorliegend sogar insgesamt – die stationäre Versorgung (vgl. [§ 10 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGG](#) idF durch das Vierte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22. Dezember 2011, [BGBl I 3057](#), und hierzu [BT-Drucks 17/6764 S. 26](#), entsprechend der bereits zuvor vertretenen Rechtsauffassung des 1. und des 3. Senats des BSG, vgl. [BSGE 104, 95](#) = SozR 4-2500 § 139 Nr. 4 – Rn. 12; BSG [SozR 4-1500 § 10 Nr. 3](#) – Rn. 9 f, abweichend von der damaligen Rechtsauffassung des 6. Senats des BSG, vgl. [BSGE](#)

---

[103, 106](#) = [SozR 4-2500 Â§ 94 Nr. 2](#) Rn 19 ff; [BSGE 105, 243](#) = SozR 4-2500 Â§ 116b Nr. 2, Rn 15 ff; zur inzwischen  $\frac{1}{4}$ bereinstimmenden Auslegung vgl zusammenfassender Standpunkt des 1., 3. und 6. Senats des BSG zu [Â§ 10 Abs. 2 SGG](#) unter B.II.1. Buchst. b Nr. 3, abgedruckt in SGb 2012, 495 ff).

Â

F $\frac{1}{4}$ r die Streitigkeit ist das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erstinstanzlich zust $\ddot{a}$ ndig. Die Klage richtet sich unmittelbar  $\hat{a}$ gegen Entscheidungen und Richtlinien $\hat{a}$  des Beklagten iSv [Â§ 29 Abs. 4 Nr. 3 SGG](#), n $\ddot{a}$ mlich gegen einen Verbindlichkeit entfaltenden Beschluss iSd [Â§ 136c Abs. 5 SGB V](#).

Â

Die Klage ist zul $\ddot{a}$ ssig.

Â

Die Klage ist als  $\hat{a}$ nicht fristgebundene $\hat{a}$  Normenfeststellungsklage statthaft ([Â§ 55 SGG](#); vgl Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl. 2020 Rn 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 k $\ddot{a}$ nnen, etwa weil ihnen nicht zuzumuten ist, Vollzugsakte zur Umsetzung der untergesetzlichen Norm abzuwarten oder die Wirkung der Norm ohne anfechtbare Vollzugsakte eintritt (vgl BSG, Urteil vom 18. Dezember 2012  $\hat{a}$ B 1 KR 34/12 R $\hat{a}$  Rn 11 mwN aus der Rspr des BSG).

Â

Die vorliegend streitgegenst $\ddot{a}$ ndliche Regelung in den Z-R ist eine untergesetzliche Norm in diesem Sinne. Der Beklagte hat hier eine Regelung getroffen zur Vorhaltung von Fachabteilungen am Standort eines Rheumatologischen Zentrums und normiert insoweit Mindestanforderungen an Art und Anzahl der zus $\ddot{a}$ tzlichen Fachabteilungen am Standort des Krankenhauses. Gegen $\frac{1}{4}$ ber der KI $\ddot{a}$ ngerin als nach [Â§ 108 SGB V](#) zugelassenem und somit im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur station $\ddot{a}$ ren Behandlung der Versicherten verpflichtetem ([Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)) Krankenhaus entfalten diese Regelungen unmittelbare Geltung und Verbindlichkeit (vgl [Â§ 91 Abs. 6 SGB V](#)). Die KI $\ddot{a}$ ngerin ist auch 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 zul $\ddot{a}$ ssigen Rechtsverfolgung  $\hat{a}$ eigene $\hat{a}$  Rechte betroffen sein m $\ddot{a}$ ssen; hierf $\frac{1}{4}$ r gen $\frac{1}{4}$ gt es, dass eine Rechtsverletzung der KI $\ddot{a}$ ngerin m $\ddot{a}$ glich ist (vgl BSG aaO Rn 16 mwN). Die KI $\ddot{a}$ ngerin ist in diesem Sinne klagebefugt, weil nicht von vornherein und nach jeder denkbaren Betrachtung ausgeschlossen ist, dass die vom Beklagten  $\hat{a}$ als eine der Voraussetzungen f $\frac{1}{4}$ r ein Rheumatologisches Zentrum iSd Z-R $\hat{a}$  getroffenen Regelungen zur Vorhaltung bestimmter Fachabteilungen am Standort eigene Rechte der KI $\ddot{a}$ ngerin

---

verletzen. Die begehrte Feststellung ist auf ein Rechtsverhältnis gerichtet ([Â§Â 55 Abs.Â 1 HalbsÂ 1 NrÂ 1 SGG](#)), in dem die KIÄxgerin als KrankenhaustrÄxgerin eigene grundrechtlich ([Art.Â 3 Abs.Â 1](#), [Art.Â 12 Abs.Â 1 GG](#)) geschÄ¼tzte Belange geltend machen kann. Die KIÄxgerin ist durch die vom Beklagten getroffenen, vorliegend streitigen Regelungen beschwert, weil die angegriffene Regelung in den Z-R dazu fÄ¼hrt, dass sie ungeachtet ggf weiterer landesrechtlich zu erfÄ¼llender Voraussetzungen von vornherein aus dem Kreis der KrankenhÄ¼user fÄ¼llt, die ein Zentrum oder Schwerpunkt nach [Â§Â 2 Abs.Â 2 SatzÂ 2 Nr.Â 4 KHEntgG](#) sein kÄ¼nnen (vgl [Â§Â 2 Z-R](#)). Denn sie erfÄ¼llt â was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist â nicht die strukturelle QualitÄ¼tsanforderung des [Â§Â 1 Abs.Â 1b](#) der AnlageÂ 4 Z-R. Sie kann daher schon aus diesem Grund keine ZuschlÄ¼ge fÄ¼r besondere Aufgaben eines Zentrums nach [Â§Â 5 Abs.Â 3 KHEntgG](#) geltend machen und auch nicht vom Fixkostendegressionszuschlag nach [Â§Â 4 Abs.Â 2a SatzÂ 2 Nr.Â 1d KHEntgG](#) befreit werden. Ohne Einhaltung der QualitÄ¼tsanforderungen ist damit eine VergÄ¼tung besonderer Zentrumsaufgaben nach der Konzeption der Z-R nicht mÄ¼glich, was auch bereits aus der Definition des Zentrums in [Â§Â 2 Z-R](#) folgt (vgl Deister in Hauck/Noftz, SGBÂ V, [Â§Â 136c RnÂ 62](#)), und auch eine landesrechtliche Anerkennung als Zentrum scheidet â worauf noch einzugehen sein wird â aus. Somit ist auch die weitere Voraussetzung der ZulÄ¼ssigkeit einer Normenkontrolle im Wege der Feststellungsklage erfÄ¼llt, dass aus konkretem Anlass Ä¼ber Rechte und Pflichten der KIÄxgerin gestritten wird, deren Bestehen oder Nichtbestehen unmittelbar von der GÄ¼ltigkeit der umstrittenen Rechtsvorschrift abhÄ¼ngt. Gegenstand der Ä¼berprÄ¼fung ist dann ein konkretes Rechtsverhältnis, nÄ¼mlich die Anwendung bzw Anwendbarkeit der Norm auf einen bestimmten, schon eingetretenen und Ä¼berschaubaren Lebenssachverhalt. Die KIÄxgerin wendet sich nÄ¼mlich nicht gegen die Z-R insgesamt, sondern allein gegen die â eine â Voraussetzung der Ausweisung als Rheumatologisches Zentrum regelnde Vorschrift des [Â§Â 1 Abs.Â 1b](#) der AnlageÂ 4 Z-R. Hieraus ergibt sich mangels Vorliegens eines umsetzenden Vollzugsaktes zugleich das nach [Â§Â 55 Abs.Â 1](#) letzter Halbs SGG erforderliche Feststellungsinteresse (âberechtigtes Interesse an der baldigen Feststellungâ). Das Feststellungsinteresse ist ein Sonderfall bzw eine AusprÄ¼gung des allgemeinen RechtsschutzbedÄ¼rfnisses.

Ä

Letzteres fehlt grundsÄ¼tzlich, wenn das begehrte Urteil die rechtliche oder wirtschaftliche Stellung eines KIÄxgers nicht verbessern wÄ¼rde oder wenn das angestrebte Ergebnis auf einfachere Weise erreicht werden kann (vgl Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13.Â Aufl RnÂ 15 zu [Â§Â 55](#)). Das Feststellungsinteresse im Besonderen verlangt ein vernÄ¼nftigerweise gerechtfertigtes, als schutzwÄ¼rdig anzuerkennendes Interesse am Ausgang der Sache, das rechtlicher, aber auch bloÄ¼ wirtschaftlicher oder ideeller Art sein kann; an â baldiger â Feststellung besteht ein Interesse, wenn eine GefÄ¼hrdung oder Unsicherheit schutzwÄ¼rdiger Interessen schon gegenwÄ¼rtig besteht (vgl BSG, Urteil vom 17.Â DezemberÂ 2006 â [BÂ 3Â KRÂ 5/06Â R](#) â juris â RnÂ 17; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 21.Â DezemberÂ 2011 â [LÂ 7Â KAÂ 77/10Â KL](#) â juris â RnÂ 144f). Hieran gemessen hat die

---

Klägerin ein schutzwürdiges Interesse am Ausgang der Sache. Sie hat ein erhebliches rechtliches und wirtschaftliches Interesse an der Feststellung der Nichtigkeit der angegriffenen Bestimmung in den Z-R, das zur Begründung des Feststellungsinteresses ausreicht.

Ä

Soweit der Beklagte darauf abhebt, die Z-R wirkten lediglich mittelbar im Rahmen der landesplanerischen Entscheidung, trifft dies zwar bezogen auf die Ausweisung und Festlegung besonderer Aufgaben im Krankenhausplan des Landes zu. Eine gesicherte Rechtsposition im Hinblick auf die letztlich erstrebte Honorierung besonderer Zentrumsaufgaben vermag die Klägerin damit nicht zu erstreiten. Hieraus lässt sich indes nicht herleiten, dass die Klägerin nicht schon gegenwärtig unmittelbar durch die Z-R betroffen wäre, die schon kraft Gesetzes (vgl. [§ 91 Abs. 6 SGB V](#)) ihr gegenüber verbindlich sind. Denn die begehrte gerichtliche Feststellung würde dazu führen, dass ihr die angegriffene Regelung (auch) im Rahmen der landesplanerischen Entscheidung nicht entgegen gehalten werden könnte und es dem Beklagten obliege, ob und ggf wie er die festgestellte Rechtsverletzung behebt.

Ä

Die Klägerin kann daher auch nicht darauf verwiesen werden, ihre Rechte vorrangig anderweitig, insbesondere durch Anfechtungs-, Verpflichtungs- oder Leistungsklage, geltend zu machen. Der auch im Rahmen von [§ 55 SGG](#) zu beachtende Grundsatz der Subsidiarität der Feststellungsklage dient vor allem der Vermeidung überflüssiger Klagen und damit der Prozessökonomie. Die Klägerin hat zwar auf der Grundlage von [§ 14 KHGG NRW](#) bereits ein regionales Planungsverfahren mit dem Ziel der Ausweisung als Rheumatologisches Zentrum beantragt (vgl Schreiben vom 9. Oktober 2020). In einem  verwaltungsgerichtlichen  Verfahren auf Ausweisung als derartiges Zentrum sind entgegen der Auffassung der Klägerin nach dem zuletzt mWv 18. März 2021 geänderten [§ 14 Abs. 1 Satz 3 KHGG NRW](#) auch die Z-R des Beklagten zwingend zu beachten. Nach der genannten Regelung entscheidet das zuständige Ministerium des Landes NRW auf der Grundlage der Z-R über die Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten. Besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten werden durch Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes NRW festgestellt (vgl [§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nummer 4 iVm Satz 4 KHEntgG](#); vgl auch den im Internet einsehbaren Krankenhausplan des Landes NRW 2022 S 289 ff). Demgemäß hat die Bezirksregierung Münster in dem von der Klägerin vorgelegten Schreiben vom 9. September 2020 zum Krankenhausplan NRW auch zutreffend dargelegt, dass die Vorgaben des Beklagten in den Krankenhausplan übernommen werden müssen, um die Möglichkeit auf Erhalt der Zentrumszuschläge zu sichern. Der Zuweisung besonderer Aufgaben durch die Länder komme keine Entgeltrelevanz mehr zu. Die Z-R sind damit Teil der Qualitätskriterien des Krankenhausplans. Bei vollständiger Erfüllung dieser und ggf weiterer landesrechtlicher Anforderungen und Durchführung eines Verfahrens nach [§ 14 KHGG NRW](#) erfolgt ggf die

---

Feststellung durch einen Bescheid nach [Â§Â 16 KHGG NRW](#) an den einzelnen KrankenhaustrÃ¤ger unter Verweis auf den Rahmenplan. Die vollstÃ¤ndige ErfÃ¼llung der besonderen Aufgaben ist somit Auswahlkriterium, soweit nicht im Rahmen des Verfahrens nach [Â§Â 14 KHGG NRW](#) fÃ¼r einzelne Zentren aufgrund regionaler Besonderheiten EinschrÃ¤nkungen notwendig sind. Die besonderen Aufgaben richten sich nach den Z-R. Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach [Â§Â 13 KHGG NRW](#) definiert das zustÃ¤ndige Ministerium das Land als regionale Planungseinheit fÃ¼r die planerische Festlegung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten. So wird eine Ã¼berÃ¶rtliche Planung und Abstimmung bedarfsgerechter Angebote ermÃ¶glicht.

Â

Da eine landesrechtliche Ausweisung von besonderen Aufgaben eines Zentrums gemÃ¤Ã [Â§Â 2 Abs.Â 2 SatzÂ 4 KHEntgG](#) konstitutiv fÃ¼r die Vereinbarung von ZuschlÃ¤gen nach [Â§Â 5 Abs.Â 3 KHEntgG](#) ist, diese aber auf âder Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschussesâ, also der Z-R, zu vereinbaren sind, folgt fÃ¼r die (verwaltungs-)gerichtliche Ã¼berprÃ¼fung der planungsrechtlichen Entscheidung der zustÃ¤ndigen LandesbehÃ¶rde, dass diese entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin âneben etwaigen weiteren landesrechtlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Ausweisung eines Zentrumsâ âinzident die RechtmÃ¤Ãigkeit der Z-R und damit im Falle der KlÃ¤gerin auch die RechtmÃ¤Ãigkeit der hier angegriffenen Regelung, dh insbesondere die Frage, ob sie von der ErmÃ¤chtigung in [Â§Â 136c Abs.Â 5 SatzÂ 5 SGBÂ V](#) gedeckt ist, zu Ã¼berprÃ¼fen hÃ¤tte. Die vorliegende Feststellungsklage ist daher zwar nicht der âeinzig mÃ¶gliche Wegâ, um eine Ã¼berprÃ¼fung des [Â§Â 1 Abs.Â 1b AnlageÂ 4 Z-R](#) nach MaÃgabe von [Â§Â 136c Abs.Â 5 SatzÂ 5 SGBÂ V](#) zu erreichen.

Â

Die Normenfeststellungsklage dient aber vorliegend der GewÃ¤hrung effektiven Rechtsschutzes. Die Zulassung einer Feststellungsklage gewÃ¤hrt effektiven Rechtsschutz nach [Art.Â 19 Abs.Â 4 GG](#), da das SGG eine [Â§Â 47 Verwaltungsgerichtsordnung \(VwGO\)](#) entsprechende Norm nicht enthÃ¤lt (vgl. [BVerfGE 115, 81](#), 95 = [SozR 4-1500 Â§Â 55 Nr 3](#) âRnÂ 50). Der Gesetzgeber des Gesetzes zur Ã¤nderung des SGG und des Arbeitsgerichtsgesetzes vom 26.Â MÃ¤rzÂ 2008 ([BGBl I 444](#)) hatte auf die Rechtsprechung des BSG zur Normenfeststellungsklage ausdrÃ¼cklich Bezug genommen und unter Hinweis auf die dem JustizgewÃ¤hrleistungsanspruch des [Art.Â 19 Abs.Â 4 SatzÂ 1 GG](#) genÃ¼genden RechtsschutzmÃ¶glichkeiten nach der Rechtsprechung des BSG auf den Erlass einer dem [Â§Â 47 VwGO](#) entsprechenden Norm verzichtet ([BT-Drucks 16/7716 S 16](#)). Infolgedessen bedarf die Herleitung einer Normenkontrollberechtigung im Wege der Feststellungsklage fÃ¼r das Recht der GKV keiner nÃ¤heren BegrÃ¼ndung mehr.

Â

FÃ¼r die generelle Statthaftigkeit der Feststellungsklage in diesen FÃ¤llen spricht,

---

dass diese eher dem Gewaltenteilungsprinzip Rechnung trägt, weil die Entscheidung, in welcher Weise die festzustellende Rechtsverletzung zu beheben ist, dem Normgeber [§ 92 SGB V](#) hier dem Beklagten [§ 11 KHEntgG](#) überlassen bleibt. Den genauen Inhalt einer Richtlinie iSd [§ 92 SGB V](#) kann nur der Beklagte als Normgeber festlegen. Der Gesichtspunkt der Subsidiarität der Feststellungsklage steht einem Verweis auf diese Verfahrensart nicht entgegen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 2014 [B 6 KA 34/13 R](#) = SozR 4-2500 [§ 34 Nr 16 Rn 25 mwN](#) aus der Rspr des BSG und des BVerfG; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14. März 2023 [L 4 KR 154/20 KL](#) [juris Rn 62](#) ). Hinzu kommt, dass der Klägerin als Krankenhausträger und Vertragspartei des Erlösbudgets (vgl. [§ 11 KHEntgG](#)) nicht zugemutet werden kann, erst im Rahmen eines Abrechnungsstreits bzw eines Streits über die Vereinbarung nach [§ 5 Abs. 3 KHEntgG](#) die Nichtigkeit der von ihr angegriffenen Regelung in den Z-R einzuwenden.

Ä

Die Klage ist auch in zulässiger Weise auf die Feststellung der Nichtigkeit des [§ 1 Abs. 1b Anlage 4 Z-R](#) gerichtet. Erweist sich die Rechtsauffassung der Klägerin, die genannte Vorschrift in den Z-R verstöße mit ihrer Anforderung an ein Rheumatologisches Zentrum zum Vorhalten einer bestimmten Art und Anzahl von Fachabteilungen am Standort gegen höherrangiges Recht (SGB V, GG), als richtig, führt dies zur Nichtigkeit dieser Regelung (vgl. für eine Rechtsverordnung der Bundesregierung: BVerfG, Beschluss vom 11. Oktober 1994 [1 BvR 337/92](#) = [BVerfGE 91, 148-176 Rn 99, 131f](#); BSG, Urteil vom 18. Dezember 2012 [B 1 KR 34/12 R](#) [Rn 20](#); Urteil vom 17. November 2015 [B 1 KR 15/15 R](#) = SozR 4-2500 [§ 137 Nr 6 Rn 10](#)). Gegen höherrangiges Recht verstößende Rechtsnormen sind rechtswidrig und, anders als zB Verwaltungsakte, die nur unter den besonderen Voraussetzungen des [§ 40 SGB X](#) nichtig sind, nichtig (vgl. BSG, Urteil vom 17. März 2021 [B 6 KA 3/20 R](#) = SozR 4-2500 [§ 103 Nr 32 Rn 36](#) ). In der Rechtsprechung des BSG wurden in der Vergangenheit im Zusammenhang mit Normenfeststellungsklagen zwar auch abweichende Klageanträge als statthaft angesehen; sie waren zB gerichtet auf Feststellung der Rechtswidrigkeit (vgl. BSG, Urteil vom 15. Juni 2016 [B 6 KA 27/15 R](#) = SozR 4-2500 [§ 75 Nr 17 Rn 8](#); Urteil vom 14. Mai 2014 [B 6 KA 28/13 R](#) = SozR 4-2500 [§ 135 Nr 22 Rn 12, 22](#); Urteil vom 31. Mai 2006 [B 6 KA 13/05 R](#) = [SozR 4-2500 § 92 Nr 5 Rn 13](#)), auf Feststellung der Unwirksamkeit (vgl. BSG, Urteil vom 31. Mai 2006 [B 6 KA 69/04 R](#) = [SozR 4-2500 § 132a Nr 3 Rn 7](#)) oder auf Feststellung der Überschreitung des dem Beklagten zustehenden Gestaltungsspielraums (vgl. BSG, Urteil vom 3. Februar 2010 [B 6 KA 31/09 R](#) = SozR 4-2500 [§ 116b Nr 2 Rn 9](#)). Hieraus folgt indes keine grundlegende dogmatische Abweichung, weil stets das Ziel verfolgt wurde, die Anwendbarkeit einer untergesetzlichen Norm zu verhindern. Die begehrte Feststellung einer Teilnichtigkeit der Z-R kann der Senat anders als bei formellen Gesetzen ([Art. 100 GG](#)) selbst treffen und den Einzelfall unmittelbar entscheiden. Dann wäre [§ 100 GG](#) wie bereits dargelegt [§ 100 GG](#) vom Beklagten zu

---

prüfen, in welcher Weise die festzustellende Rechtsverletzung zu beheben ist.

Ä

Die zulässige Klage ist jedoch nicht begründet. Unter Berücksichtigung des bei der Kontrolle untergesetzlichen Rechts eingeschränkten gerichtlichen Prüfungsmaßstabs verstößt Â§ 1 Abs. 1b Anlage 4 Z-R weder in formeller noch in materieller Hinsicht gegen höherrangiges Recht; die Regelung ist insbesondere auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden.

Ä

Ermäßigungsgrundlage für die genannte Regelung ist [Â§ 136c Abs. 5 SGB V](#) in der mWv 1. Januar 2019 durch das PpSG eingefügten Fassung. Danach beschließt der Beklagte bis zum 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach [Â§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG](#) (Satz 1). Die besonderen Aufgaben können insbesondere ergeben aus (a) einer überörtlichen und krankenhausbereifenden Aufgabenwahrnehmung, (b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder (c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen (Satz 2). Zu gewährleisten ist, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem KHEntgG oder nach den Regelungen dieses Buches finanziert werden (Satz 3). [Â§ 17b Abs. 1 Satz 10 KHG](#) bleibt unberührt (Satz 4). Soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist, sind zu erlassende Qualitätsanforderungen festzulegen, insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zu einzuhaltenden Mindestfallzahlen oder zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Satz 5). Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (Satz 6). Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen (Satz 7).

Ä

Der Beklagte beachtete die formellen Voraussetzungen für den Erlass der untergesetzlichen Normen (vgl. dazu schon [BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 Â§ 37 Nr. 2](#) Rn 23 ff). Die Z-R wurden dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt und nicht beanstandet ([Â§ 136c Abs. 6 SGB V](#) iVm [Â§ 94 Abs. 1 SGB V](#)). Der Beschluss zu den Z-R ist auch der Form und dem Inhalt nach wirksam im BAnz verkündet worden ([Â§ 94 Abs. 2 SGB V](#)). Dass der Beklagte bei der Auswahl der gemäßigten [Â§ 136c Abs. 5 Satz 6 SGB V](#) stellungnahmeberechtigten Fachgesellschaften (vgl. hierzu jeweils Anlage 3 zu den Tragenden Gründen der Z-R des Beklagten) oder im Stellungnahmeverfahren selbst die Vorgaben nach [Â§ 9 ff](#), insbesondere [Â§ 9 Abs. 5 Satz 1](#), [Â§ 10](#) seiner Verfahrensordnung (VerfO) nicht gewahrt hätte, ist weder klägerseitig behauptet worden noch anderweitig ersichtlich. Der Beklagte hat die im Interesse

---

der verfassungsrechtlichen Anforderungen der Betroffenenpartizipation umfassend durch Gesetz und seine Verfo ausgestalteten und abgesicherten Beteiligungsrechte gewahrt. Diese stellen sicher, dass alle sachnahen Betroffenen selbst oder durch ReprÃsentranten auch Ã¼ber eine unmittelbare Betroffenheit in eigenen Rechten hinaus Gelegenheit zur Stellungnahme haben, wenn ihnen nicht nur marginale Bedeutung zukommt (vgl dazu [BSGE 107, 287](#) = SozR 4-2500 Â§ 35 Nr 4 â Rn 34; Hauck, NZS 2010, 600, 604). Insbesondere gehÃ¶rt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nach [Â§ 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auch zu den TrÃgerorganisationen des Beklagten; der KlÃgerin stand es daher frei, sich Ã¼ber ihre Landeskrankenhausgesellschaft, die zu den MitgliedsverbÃnden der DKG gehÃ¶rt, bzw Ã¼ber eine stellungnahmeberechtigte Fachgesellschaft, zB den Verband Rheumatologischer Akutkliniken eV (VRA) bzw die Gesellschaft fÃ¼r Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) in den Meinungsbildungsprozess einzubringen, was tatsÃchlich im Stellungnahmeverfahren und in der mÃ¼ndlichen AnhÃ¶rung, in der die hier streitige Problematik eingehend erÃ¶rtert wurde, auch der Fall war. Mehr Partizipation bzw Legitimation kann nicht verlangt werden (vgl LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22. Juni 2022 â [LA 9Ã KRÃ 170/19Ã KL](#) â juris â Rn 66 ). Die den Beteiligten bekannten âtragenden GrÃ¼nde zum Beschlussâ belegen konkret das formal korrekte Vorgehen des Beklagten.

Ã

Die angegriffene Regelung in [Â§ 1 Abs. 1b Anlage 4 Z-R](#) steht auch in materieller Hinsicht in Einklang mit hÃ¶herrangigem Recht. Der Beklagte hat den ihm durch [Â§ 136c Abs. 5 SÃtze 1, 2](#) und [5 SGBÃ V](#) bzw hÃ¶herrangiges Recht gesetzten Rahmen weder durch die geregelte Anforderung einer â neben einer organisatorisch eigenstÃndigen Fachabteilung fÃ¼r Rheumatologie am Standort (vgl [Â§ 1 Abs. 1a Anlage 4 Z-R](#)), Ã¼ber die die KlÃgerin unstreitig verfÃ¼gtâ â vorzuhaltenden Mindestzahl von Fachabteilungen (drei) aus den aufgefÃ¼hrten acht Fachabteilungen noch durch das Erfordernis, dass diese am Standort vorzuhalten sind, Ã¼berschritten.

Die Kontrolle untergesetzlichen Rechts und damit der in Rede stehenden Regelung unterliegt dabei nur einem eingeschrÃnkten gerichtlichen PrÃ¼fungsmaÃstab. Die Vereinbarkeit von [Â§ 1 Abs. 1b Anlage 4 Z-R](#) mit hÃ¶herrangigem Recht ist unter BerÃ¼cksichtigung der Funktion des Beklagten als Normgeber (vgl zur demokratischen Legitimation des Beklagten zum Erlass von Richtlinien: BSG, Urteil vom 15. Dezember 2015 â [BÃ 1Ã KRÃ 30/15 R](#) = SozR 4-2500 Â§ 34 Nr 18 â Rn 42-45 ) an der ErmÃchtigungsgrundlage ([Â§ 136c Abs. 5 SGBÃ V](#)) zu messen. 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 etwa einer Rechtsverordnungâ selbst erlassen hÃtte, wenn und soweit hierzu aufgrund substantiierten Beteiligtenvorbringens konkreter Anlass besteht (vgl zB BSG, Urteil vom 18. Dezember 2012 â [BÃ 1Ã KRÃ 34/12Ã R](#) â Rn 21 f mwN aus der Rspr; BSG, Urteil vom 15. Dezember 2015 â [BÃ 1Ã KRÃ 30/15Ã R](#) â Rn 23; Schlegel, MedR

---

2008, 30, 32; Hauck, NZS 2010, 600, 611 f). Zusätzlich ist besonderes Augenmerk auf die Normdichte der gesetzlichen Ermächtigung in Relation zur Eingriffstiefe zu richten, um verfassungsrechtlich die hinreichende Legitimation des Beklagten zu überprüfen (vgl. BSG aaO). In rechtlicher Hinsicht ist die zutreffende Erfassung der Tatbestandsmerkmale der Ermächtigungsnorm durch den Beklagten vom Gericht uneingeschränkt zu überprüfen. Der Gesetzgeber belässt dem Beklagten bei der Auslegung dieser Regelungselemente keinen Gestaltungsspielraum. Erst bei Erfüllung dieser Voraussetzungen ist er befugt, als Normgeber zu entscheiden. Soweit diese Rechtsetzungskompetenz reicht, darf allerdings die sozialgerichtliche Kontrolle nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ihre eigenen Wertungen nicht an die Stelle der vom Beklagten getroffenen Wertungen setzen. Vielmehr beschränkt sich die gerichtliche Prüfung in diesen Bereichen darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen sowie die gesetzlichen Vorgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei Beachtung gefunden haben, um den Gestaltungsspielraum auszufüllen (BSG aaO Rn 24, 25 mwN aus der Rspr des BSG).

Ä

Nach dem dargelegten Prüfungsmaßstab hatte der Senat in dem von der Klägerin zur Prüfung gestellten Umfang, dh in Bezug auf Â§ 1 Abs. 1b Anlage 4 Z-R, zu prüfen, ob und inwieweit es für die Erfüllung der besonderen Aufgaben eines Rheumatologischen Zentrums, wie sie in Â§ 2 Anlage 4 Z-R im Einzelnen aufgeführt sind, iSv [Â§ 136c Abs. 5 Satz 5 SGB V](#) erforderlich ist, zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen. Es handelt sich hierbei um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der grundsätzlich gerichtlich voll überprüfbar ist und bei dessen Auslegung dem Beklagten grundsätzlich kein Gestaltungsspielraum zukommt, der sich allerdings im Rahmen des in [Â§ 136c Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) geregelten zwingenden Handlungsauftrags des Gesetzgebers an den Beklagten bewegt, bis 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu beschließen. Erst bei Erfüllung dieser Voraussetzungen ist der Beklagte befugt, als Normgeber zu entscheiden und dabei beispielhaft vom Gesetzgeber benannt insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen zu regeln. Die Entscheidungen über die Auswahl und den Zuschnitt der qualitätssichernden Kriterien und Mindestanforderungen sowie deren genaue Festlegung einschließlich ihrer Folgewirkungen unterliegen damit dem normativen Gestaltungsspielraum des Beklagten. Die beispielhaft formulierte Regelung (insbesondere) ermöglicht es dem Beklagten, ergänzende andere Vorgaben zu formulieren, solange sie die Qualitätssicherung in Bezug auf die besonderen Aufgaben zum Gegenstand haben und nicht andere Rechtsnormen entgegenstehen. Soweit diese letztere Kompetenz reicht, darf die sozialgerichtliche Kontrolle wie oben ausgeführt ständiger Rechtsprechung des BSG zufolge ihre eigenen Wertungen nicht an die Stelle der vom Beklagten getroffenen Wertungen setzen; die genaue Festlegung von Art und Anzahl der Fachabteilungen unterliegt in diesem Sinne dem normativen Gestaltungsspielraum des Beklagten, dh das Gericht ist insbesondere nicht befugt, eigene Wertungen zur Art und Anzahl von Fachabteilungen an die Stelle der vom

---

Beklagten getroffenen Wertungen zu setzen.

Ä

Allerdings knÃ¼pft die ErmÃ¤chtigungsnorm des [Â§ 136c Abs. 5 Satz 5 SGB V](#) an die des [Â§ 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) an, dh an die dem normativen Spielraum des Beklagten unterfallende grundsÃ¤tzliche Regelungsbefugnis (âKonkretisierungâ, der Gesetzgeber nennt in Satz 2 aaO nicht abschlieÃend mÃ¶gliche besondere Aufgaben), welche Aufgaben eines Krankenhauses besondere Aufgaben eines Zentrums iSv [Â§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG](#) darstellen, die von der Regelversorgung (Satz 3 aaO, [Â§ 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG](#), [Â§ 4 Z-R](#)) abzugrenzen sind. Bereits hierbei fokussieren die Regelungen des Beklagten zur AusfÃ¼llung des Zentrumsbegriffs auf âKrankenhÃ¤user oder Teile von KrankenhÃ¤usernâ ([Â§ 2 Z-R](#)). Die besonderen Aufgaben (vgl GrundsÃ¤tze in [Â§ 3 Z-R](#)) knÃ¼pfen an diese Begrifflichkeit an. Die QualitÃ¤tsanforderungen sind demzufolge âam Standortâ zu erfÃ¼llen ([Â§ 5 Abs. 2 Z-R](#)). Dies vorausgesetzt, war der Beklagte als Normgeber berechtigt, zur ErfÃ¼llung der im Einzelnen durch die Z-R konkretisierten besonderen Aufgaben, die durchweg einen Bezug zum Standort des Krankenhauses aufweisen, zu erfÃ¼llende QualitÃ¤tsanforderungen festzulegen, soweit dies zur ErfÃ¼llung der besonderen Aufgaben erforderlich ist.

Ä

Zur ErfÃ¼llung der im Einzelnen in Anlage 4 [Â§ 2 Z-R](#) aufgefÃ¼hrten besonderen Aufgaben eines Rheumatologischen Zentrums durfte der Beklagte beanstandungsfrei davon ausgehen, dass es âerforderlichâ ist, zu erfÃ¼llende QualitÃ¤tsanforderungen festzulegen, die âso die gesetzliche ErmÃ¤chtigung weiterâ auch Art und Anzahl von Fachabteilungen am Standort des Krankenhauses umfassen kÃ¶nnen, der Bezugspunkt fÃ¼r die normierten besonderen Aufgaben ist. Die entsprechende Befugnis entspricht dem Regelungszweck des [Â§ 136c Abs. 5 Satz 5 SGB V](#). Die Regelung zu strukturellen QualitÃ¤tsanforderungen bezogen auf die besonderen Aufgaben eines Zentrums erfolgt in Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in [Â§ 136c Abs. 5 SÃ¤tze 1 und 5 SGB V](#). Das Instrument der QualitÃ¤tssicherung, das ebenso in der Regelversorgung gilt (vgl [Â§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)), ist auch im Bereich der besonderen Aufgaben, die von den Regelaufgaben eines Krankenhauses abzugrenzen sind (vgl [BT-Drucks 19/5593 SÃ 118](#) zu Nr 10b; Felix, GesR 2020, 280, 281), notwendig. Denn es gilt fÃ¼r alle Leistungsbereiche des SGB V und wird in [Â§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auch als âallgemeiner Grundsatzâ des Leistungserbringungsrechts ausdrÃ¼cklich hervorgehoben. Zudem ist der Beklagte nach [Â§ 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) berechtigt und verpflichtet, QualitÃ¤tsindikatoren zu beschlieÃen, die als Grundlage fÃ¼r qualitÃ¤tsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind (planungsrelevante QualitÃ¤tsindikatoren). DemgemÃ¤Ã hat der Beklagte nach [Â§ 136c Abs. 5 Satz 5 SGB V](#) âbei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben auch die im Zusammenhang mit den einzelnen besonderen Aufgaben zu erfÃ¼llenden QualitÃ¤tsanforderungen festzulegenâ (vgl [BT-Drucks 19/5593](#) aaO).

---

Entscheidend ist danach für die Bejahung der Erforderlichkeit zu regelnder Qualitätsanforderungen nicht, ob die im Gesetz beispielhaft bzw in den Z-R abschließend aufgeführten besonderen Aufgaben ggf. worauf sich die Klägerin beruft, im Einzelfall gleichwertig durch ein Krankenhaus erbracht werden können, das wie die Klägerin die (strukturellen) Qualitätsanforderungen der Z-R nicht erfüllt, aber umfangreiche Kooperationen mit anderen Krankenhäusern betreibt, die die in § 1 Abs. 1b Anlage 4 Z-R aufgeführten Fachabteilungen vorhalten. Besondere Aufgaben von Zentren fokussieren auch nicht wie die Klägerin meint, vorrangig auf eine ggf notwendige interdisziplinäre Regelversorgung von Patienten im Einzelfall, wie sie der Chefarzt der Klinik für Rheumatologie der Klägerin in seiner Stellungnahme vom 12. Mai 2022 durchaus plastisch und nachvollziehbar geschildert hat. Der Gesetzgeber hat dem Beklagten vielmehr aufgegeben, abstrakt-generelle Regelungen zu treffen, die objektiv geeignet und verhältnismäßig sind, um gerade die Qualität der zu erfüllenden besonderen Aufgaben (zB Weiterbildung, Fallkonferenzen, Kolloquien, Handlungsempfehlungen) zu sichern, die von den Regelaufgaben eines Krankenhauses abzugrenzen sind (vgl [BT-Drucks 19/5593](#) aaO), dh Maßstab kann nicht (nur) die im Einzelfall erforderliche krankenhausberegreifende Mitbehandlung rheumatologischer Patienten sein. Diese ist durch Kooperationen als Teil der Regelversorgung im Sinne des Qualitätsgebots (vgl [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) in der Praxis weit verbreitet und durch entsprechende Vergütung mit Fallpauschalen vollumfänglich abgedeckt, wie auf Nachfrage in der mündlichen Verhandlung auch der kaufmännische Direktor der Klägerin bestätigt hat. Bei der Konkretisierung besonderer Zentrumsaufgaben ist indes das Verbot der Doppelfinanzierung (vgl [§ 136c Abs. 5 Satz 3 SGB V](#), [§ 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG](#)) zu beachten. Durch eine gleichwertige Erfüllung der gesetzten strukturellen Anforderungen im Wege von Kooperationsvereinbarungen anstelle von vorzuhaltenden Fachabteilungen am Standort wären letztlich bereits vergütete Versorgungsstrukturen ohne gesetzlich gebotene Trennschritte in die Konkretisierung besonderer Aufgaben eingeflossen, denen aber im Vergleich zur Regelversorgung gerade ein besonderes qualitatives Gepräge zukommt.

Ä

Der Gesetzgeber hat den Beklagten zudem ausdrücklich angeleitet, insbesondere die Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen zu machen. Damit ist in Ansehung von [§ 136c Abs. 5 Satz 2 SGB V](#), der ua in Buchst. c regelt, dass sich besondere Aufgaben insbesondere aus der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ergeben können, zudem nach dem Gesamtzusammenhang der Regelung begrifflich vorgegeben, dass worauf auch der Beklagte in § 5 Abs. 3 Z-R rekurriert, vom Standortbegriff gemäß der auf der Grundlage von [§ 2a KHG](#) (eingeführt durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vom 19. Dezember 2016, [BGBl I 2986](#), mWv 1. Januar 2017) durch den GKV-Spitzenverband und die DKG getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und

---

ihrer Ambulanzen gemäß [Â§ 2a Abs. 1 KHG](#) (Standort-Vereinbarung) vom 29. August 2017 auszugehen ist. Die Definition des Krankenhausstandorts soll insbesondere u.a. zu Zwecken der Qualitätssicherung erfolgen ([Â§ 2a Abs. 1 Satz 3 KHG](#)).

Â

Nach der auf Grundlage von [Â§ 2a KHG](#) erfolgten Standort-Vereinbarung kann ein Standort zwar nicht nur ein Krankenhaus, sondern auch Teil eines Krankenhauses sein ([Â§ 2 Abs. 1 Standort-Vereinbarung](#)). Erforderlich ist lediglich, dass der Standort über mindestens eine fachliche Organisationseinheit, z.B. eine Fachabteilung, Tagesklinik oder Ambulanz, verfügt ([Â§ 2 Abs. 4 Standort-Vereinbarung](#)). Fachabteilungen eines IS der Standort-Vereinbarung anderen Krankenhaus-Standortes, der einem anderen Krankenhausträger zugeordnet ist (wie dies bei den Kooperationspartnern der KIGerIn der Fall ist), können indes nicht Fachabteilungen am Standort der KIGerIn sein.

Â

Die Erforderlichkeit, den Krankenhausstandort zu definieren, sah der Gesetzgeber vor allem bei Krankenhäusern, deren Versorgungseinheiten sich nicht alle an einem Ort befinden, damit die gesetzlichen Regelungen der Qualitätssicherung, der Berücksichtigung von ermächtigteten Einrichtungen bei der Bedarfsplanung oder der Abrechnung von Zu- und Abschlägen einen klaren Bezugspunkt zum Standort haben (vgl. Entwurf eines PsychVVG, [BT-Drucks 18/9528 S 30](#) zu Art 1 zu Nr. 1; vgl. auch Dettling in Dettling/Gerlach, BeckOK KHR, [Â§ 2a KHG](#) Rn. 5). Einschränkungen für die landesrechtlich vorgesehene Aufnahme eines (einheitlichen) Krankenhauses einschließlich seiner räumlich entfernten Betriebsstätten als Ganzes in den Krankenhausplan ergeben sich hieraus nicht. Ohnehin sind die Länder bei ihrer Krankenhausplanung nicht an die Standort-Vereinbarung und die dortige Standort-Definition gebunden ([BT-Drucks 18/9528](#); dazu auch BSG, Urteil vom 29. Juni 2022 [BÄ 6 KA 13/21 R](#) = SozR 4-2500 [Â§ 118 Nr. 2](#) Rn. 19 mwN). Eine Anknüpfung an den Standort des Zentrums ist damit letztlich auch für den Erlass der Z-R vom Gesetzgeber vorgegeben. Es bleibt damit jedenfalls insoweit kein Spielraum für den Beklagten als Normgeber, die getroffene standortgebundene Regelung durch eine Regelung zu ersetzen, die es ausreichen ließe, dass die geforderten Fachabteilungen, die ggf. auch in anderer Trägerschaft geführt werden, innerhalb von 30 Minuten erreichbar sind (vgl. hier Stellungnahme des VRA im Stellungnahmeverfahren vom 18. September 2019 bzw. Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 25. September 2019 zu [Â§ 5 B](#): Die Erfüllung von Vorgaben am Standort ist in einer Regelung, in der es um eine fachübergreifende Regelung in einem Netzwerk geht, kontraproduktiv. Die Länder sollen im Einzelfall entscheiden dürfen, dass zwei oder mehrere Kliniken gemeinsam oder kooperativ ein Zentrum bilden und die gestellten Aufgaben gemeinsam erfüllen; vgl. auch die Einlassungen von Dr. Abrolat vom VRA in der mündlichen Anhörung vom 25. Oktober 2019 zu dem Standortthema in der Rheumatologie, insbesondere auch zur hiesigen KIGerIn, die auch als Kinder-Rheumatologie

---

eine herausragende Arbeit leistet und beispielsweise niemals Zentrum werden könnte, obwohl hier niemand im Raum sicherlich behaupten wird, dass dort schlechte Rheumatologie oder keine hochprofessionelle und medizinisch hochqualitative Rheumatologie erbracht wird) oder die Mitbehandlung durch weitere Bereiche ohne räumliche Vorgaben durch Kooperationen gewährleistet ist (so Vorschlag der DKG als Trägerorganisation des Beklagten im Rahmen der Beschlussfassung der Z-R) ungeachtet dessen, dass dies auch erhebliche Rückwirkungen auf die Mindestfallzahlenregelung hätte (vgl. § 1 Abs. 4 Anlage 4 Z-R), die ebenfalls an den Standort des Krankenhauses anknüpft.

Ä

Die Wertung des Beklagten, die seiner Regelung in § 1 Abs. 1b Anlage 4 Z-R zugrunde liegt, ist nicht zu beanstanden. Der Beklagte hat bei der Festlegung der strukturellen Anforderungen seinen Gestaltungsspielraum, der sich insbesondere auf Art und Zahl der vorzuhaltenden Fachabteilungen bezieht, nachvollziehbar und widerspruchsfrei und an den gesetzlichen Vorgaben, insbesondere der Standortgebundenheit, orientiert ausgefüllt. Wie aus den tragenden Gründen der Z-R (dort 2.10.1.1) ersichtlich, werde durch die Vorhaltung einer Fachabteilung für Rheumatologie sichergestellt, dass am Standort des Zentrums zu jeder Zeit fachärztliche rheumatologische Expertise zur Verfügung stehe. Rheumapatienten hätten oftmals eine komplexe Krankheitssymptomatik, wobei mehrere Organsysteme betroffen sind. Zur umfassenden Beratung und Behandlung sei daher ein multidisziplinäres Behandlungsteam erforderlich. Die aufgeführten Fachabteilungen für Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie seien ausgewählt worden, da bei einem Großteil der rheumatologischen Erkrankungen die spezielle Expertise dieser Fachdisziplinen für die Diagnostik und Behandlung im Vordergrund stehe. Zudem könnten die Augen mit all ihren Strukturen insbesondere bei Vaskulitiden mitbetroffen sein, so dass auch augenärztliche Kompetenz gefragt sei. Weiterhin sei im Stellungnahmeverfahren angemerkt worden, dass sich rheumatologische Krankheiten und ihre Komorbiditäten auch häufig am Gastrointestinaltrakt manifestierten und daher eine spezifische gastroenterologische Diagnostik und Therapie erforderlich machten. Mindestens drei dieser Fachabteilungen seien am Standort des Zentrums vorzuhalten.

Ä

Bezogen auf diese konkrete Ausgestaltung ist der Gestaltungsspielraum des Beklagten zu respektieren. Diesem steht eine durch seine fachkundige und interessenpluralistische Zusammensetzung begründete Entscheidungsprärogative zu. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass seine Wertung, das Vorhalten und die ständige Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams am Standort bzw. der dadurch gewährleistete unmittelbare Wissens- und Erfahrungsaustausch auch im Hinblick auf Komorbiditäten für einen besonderen Erkenntnisgewinn von krankenhausübergreifendem Nutzen, nachvollziehbar und widerspruchsfrei erscheint, auch wenn andere Gestaltungen denkbar gewesen wären. Die am

---

Standort eines Krankenhauses geforderte Verzahnung verschiedener Fachabteilungen ist jedenfalls ein geeignetes Mittel, um einen gegenüber der Regelversorgung erheblichen fachlichen Mehrwert zu begründen. Die Regelung verfolgt auch in Bezug auf die ausgewählten Fachabteilungen, die im Stellungnahmeverfahren des Beklagten noch von sechs auf acht Fachdisziplinen ohne Erhöhung der geforderten Mindestanzahl an Fachabteilungen erweitert wurden, einen legitimen Zweck und erscheint zu dessen Erreichung geeignet und erforderlich, da der Beklagte dies nachvollziehbar damit begründet, dass bei einem Großteil der rheumatologischen Erkrankungen die spezielle Expertise der in § 1 Abs. 1b Anlage 4 Z-R genannten Fachdisziplinen für die Diagnostik und Behandlung im Vordergrund steht (vgl. die Bezugnahme in den tragenden Gründen auf Zink A., Braun J. Gromica-Ihle E. et al : Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie Update 2016, Zeitschrift für Rheumatologie 76, 195-207 ). Die zugrunde liegenden Annahmen des Normgebers, dh des Beklagten, sind damit nicht sachfremd und von seinem Gestaltungsspielraum erfasst. Er ist vertretbar unter Berücksichtigung der berührten Interessen zu der getroffenen Einschätzung gelangt, dass die Qualität der Erfüllung der besonderen Zentrumsaufgaben und nur hierum geht es durch die getroffene Regelung zu Fachabteilungen in relevanter Weise gefördert werden kann. Dabei war er auch befugt, typisierend eine bestimmte (Mindest-)Anzahl zusätzlicher Fachabteilungen am Standort festzulegen, so dass auch auf Seiten der Zentren insoweit eine Flexibilität verbleibt. Typisierungen und Generalisierungen sind mit einer Normgebung vielfach verbunden und auch von Verfassungen wegen nicht zu beanstanden; Härten im Einzelfall können dabei hinzunehmen sein.

Ä

Sowohl die gesetzliche Regelung des [§ 136c Abs. 5 SGB V](#) als auch die untergesetzliche Bestimmung des § 1 Abs. 1b Anlage 4 Z-R verletzen die Klägerin nicht in ihrem Grundrecht der Berufsfreiheit aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#). Das Grundrecht der Berufsfreiheit aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) erstreckt sich nach [Art. 19 Abs. 3 GG](#) jedenfalls auf juristische inländische Personen des Privatrechts, die sich nicht letztlich in öffentlicher Hand befinden ([BSGE 112, 257](#) = SozR 4-2500 § 137 Nr. 2 Rn. 53 mwN).

Ä

Werden die Voraussetzungen der angegriffenen Regelung zu den Qualitätsanforderungen nicht erfüllt, kann die Klägerin schon aus diesem Grund nicht als Rheumatologisches Zentrum mit den aufgezeigten krankenhausesgeltlichen Rechtsfolgen bei Erfüllung besonderer Aufgaben ausgewiesen werden. Damit ist zwar kein gesetzliches Leistungserbringungsverbot im Hinblick auf die in [§ 136c Abs. 5 Satz 3 SGB V](#) beispielhaft aufgeführten besonderen Aufgaben verbunden. Eine Honorierung für besondere Zentrumsaufgaben im System der GKV erfolgt insoweit jedoch nicht, so dass jedenfalls mittelbar ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit erfolgt. Gesetzliche

---

Eingriffe in die Freiheit der Berufsausübung sind nur dann mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar, wenn sie auf einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage beruhen (vgl. zB [BVerfGE 101, 312](#), 322 f) und durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sind (vgl. nur [BVerfGE 106, 181](#), 191 f = [SozR 3-2500 Â§ 95 Nr 35 S 172](#)). Die aus Gründen des Gemeinwohls unumgänglichen Beschränkungen des Grundrechts stehen unter dem Gebot der Verhältnismäßigkeit (vgl. [BVerfGE 19, 330](#), 336 f; [54, 301](#), 313). Eingriffe in die Berufsfreiheit dürfen deshalb nicht weitergehen, als es die sie rechtfertigenden Gemeinwohlbelange erfordern (vgl. [BVerfGE 101, 331](#), 347). Diese Voraussetzungen sind erfüllt. Nicht zweifelhaft ist zunächst, dass der Gesetzgeber die entgeltliche Honorierung besonderer Zentrumsaufgaben an besondere Anforderungen zur Qualitätssicherung am Standort knüpfen darf. Solche Anforderungen verbleiben auf der Ebene der Berufsausübungsregelung und lassen den Status des Leistungserbringers unberührt, sofern sie nur die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen ausschließen und weder seinen Zugang zu einem Versorgungsbereich überhaupt begrenzen noch ihn im Kernbereich seines Fachgebiets einschränken (BVerfG [SozR 4-2500 Â§ 135 Nr 2](#) â Rn 22). Ungeachtet der vom BVerfG offengelassenen Frage, ob grundsätzlich immer der Schutzbereich des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) tangiert ist, sind hierdurch bewirkte Abgrenzungen zwischen Gruppen verschiedener Leistungserbringer mit unterschiedlicher Qualifikation jedenfalls dann zumutbar, wenn sie vom fachlich medizinischen Standpunkt aus sachgerecht sind und der betroffene Leistungserbringer in der auf sein Fachgebiet beschränkten Tätigkeit weiterhin eine ausreichende Lebensgrundlage finden kann (BVerfGE [106, 181](#), 196 = [SozR 3-2500 Â§ 95 Nr 35 S 175](#)).

Â

[Â§ 136c Abs. 5 Sätze 1 und 5 SGB V](#) sind eine hinreichende gesetzliche Grundlage, um den Beklagten zu Eingriffen in die Freiheit der Berufsausübung zu ermächtigen. Selbst gegen Berufsausübungsregelungen in Gestalt von Satzungen öffentlich-rechtlicher Berufsverbände bestehen grundsätzlich keine verfassungsrechtlichen Bedenken (vgl. zB [BVerfGE 94, 372](#), 390, stRspr). Allerdings reichen Ermächtigungsnormen, die einer mit Autonomie ausgestatteten Körperschaft Regelungsspielräume zur Bestimmung von Berufspflichten eröffnen, die sich über den Berufsstand hinaus auswirken, nur so weit, wie der Gesetzgeber erkennbar selbst zu einer solchen Gestaltung des Rechts den Weg bereitet (vgl. [BVerfGE 38, 373](#), 381 ff). Es ist verfassungsrechtlich unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungstiefe ebenfalls hinzunehmen, dass der Gesetzgeber den Beklagten nach [Â§ 136c Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich zur Konkretisierung besonderer Aufgaben und in [Â§ 136c Abs. 5 Satz 5 SGB V](#) konkret ermächtigt hat, in Richtlinien qualitätssichernde Mindestanforderungen festzulegen, soweit dies für die Erfüllung der besonderen Anforderungen erforderlich ist. Der Beklagte verfügt über eine hinreichende demokratische Legitimation zum Erlass der Z-R. Im hier einschlägigen Bereich der funktionalen Selbstverwaltung fordert das demokratische Prinzip nicht, dass eine lückenlose personelle Legitimationskette vom Volk zum Entscheidungsträger vorliegen muss. Es ist vielmehr bei hinreichend normdichter gesetzlicher Ausgestaltung ausreichend, dass Aufgaben und Handlungsbefugnisse der Organe

---

gesetzlich ausreichend vorherbestimmt sind, ihre Wahrnehmung der Aufsicht personell legitimer Amtswalter unterliegt und die Wahrung der Interessen der Betroffenen rechtssicher gewährleistet ist. Der Beklagte droht die Grenzen hinreichender demokratischer Legitimation für eine Richtlinie erst dann zu überschreiten, wenn diese mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht haben mitwirken können. Maßgeblich ist hierfür insbesondere, inwieweit der Beklagte für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist (vgl. BVerfG, Beschluss vom 10. November 2015 – 1 BvR 2056/12 – juris – Rn 22; BSG, Urteil vom 19. April 2016 – B 1 KR 28/15 R = SozR 4-2500 – 137 Nr. 7 – Rn 28). Diesen Anforderungen wird die Ermächtigung des Beklagten zur Konkretisierung besonderer Zentrumsaufgaben und zur Festlegung von Qualitätsanforderungen für die besonderen Aufgaben von Zentren, insbesondere zu Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, gerecht.

Ä

Der Beklagte ist damit inhaltlich hinreichend normdicht für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet, Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben von Zentren festzulegen. Die Bedeutung und Reichweite dieser Entscheidung ist von vornherein durch das gesetzliche Normprogramm begrenzt. [§ 136c Abs. 5 SGB V](#) gibt dem Beklagten vor, besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach [§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG](#) zu konkretisieren und die für die Erfüllung dieser besonderen Aufgaben erforderlichen Regelungen zu Qualitätsanforderungen zu treffen, indem er so explizit die gesetzliche Regelung – u.a. auch strukturelle Anforderungen zu Art und Anzahl von Fachabteilungen regelt. Die zutreffende Erfassung des Tatbestandsmerkmals der Erforderlichkeit der Qualitätsanforderungen zur Erfüllung der besonderen Aufgaben ist in rechtlicher Hinsicht wie bereits dargelegt – vom Gericht uneingeschränkt zu beruhen. Der Gesetzgeber belässt dem Beklagten bei der Auslegung dieser Regelungselemente des [§ 136c Abs. 5 Satz 5 SGB V](#) keinen Gestaltungsspielraum. Der Gesetzgeber wählte diese Ausgestaltung der Regelungskonkretisierung durch den Beklagten, um die einheitliche Qualität der Erfüllung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu sichern und hierbei eine Gleichbehandlung der Krankenhäuser zu erreichen. Dies gilt umso mehr, als die in [§ 1 Anlage 4 Z-R](#) aufgestellten strukturellen Qualitätsanforderungen solche sind, die die Krankenhäuser grundsätzlich aufgrund eigener Bemühungen erfüllen können. Soweit ein entsprechender Versorgungsauftrag besteht, kann jedes Krankenhaus, wenn es dazu unter wirtschaftlichen Vorzeichen willens und in der Lage ist, diesen Anforderungen entsprechen und am Standort die geforderten Fachabteilungen einrichten (vgl. zB die insoweit zu fordernden strukturellen und personellen Anforderungen für Fachabteilungen in [§ 5 Abs. 3 Z-R](#)). Soweit darin gefordert wird, dass eine angestellte Fachärztin bzw ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen jederzeit innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar ist, erscheint dies nicht unverhältnismäßig oder gar unzumutbar. Dies zeigt sich auch daran, dass (Stand April 2022) nach den GBA-Vorgaben bereits 14

---

Rheumatologische Zentren in 11 Bundesländern existieren, so etwa auch in NRW (Rheumatologisches Zentrum Klinikum Bielefeld Rosenhöhe).

Ä

Ein Grundrechtseingriff ist erforderlich, wenn ein weniger einschneidendes, aber zur Erreichung des angestrebten Zwecks ebenso taugliches Mittel nicht zur Verfügung steht. Dies abzuschätzen bereitet bei Eingriffen in das Gesundheitssystem wegen der Vielzahl der auftretenden Wertungsprobleme und Prognoseunsicherheiten besondere Schwierigkeiten. Die vorgesehenen Regelungen und die in Frage kommenden Alternativen müssen hinsichtlich ihrer Durchsetzbarkeit und Wirksamkeit, aber auch hinsichtlich nachteiliger Nebenwirkungen beurteilt werden, die den angestrebten Nutzen aufheben oder sogar überwiegen können. Die diesbezüglichen Einschätzungen des Normgebers, der hier aufgrund seiner auf Interessenpluralität gründenden Fachkompetenz zur Normgebung berufen ist, beruhen auf Annahmen und Wahrscheinlichkeitsurteilen, deren Richtigkeit sich einer zuverlässigen Nachprüfung entzieht. Bei dieser Sachlage muss es genügen, wenn die vorgenommenen Wertungen hinreichend plausibel und hinsichtlich ihrer prognostischen Aussagen vertretbar sind. Zudem ist gewährleistet, dass die betroffenen Qualitätsanforderungen der Z-R nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachverständig geprüft und ggf. evaluiert werden (vgl. § 6 Z-R zur Evaluierung fünf Jahre nach dem Inkrafttreten).

Ä

Die Kostenentscheidung folgt aus den [§ 197a SGG](#), [154 Abs. 1 VwGO](#).

Ä

Der nach [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs. 2](#), [52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz festzusetzende Streitwert des Klageverfahrens beläuft sich auf 50.000,- €. Dem Begehren der Klägerin ist eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung beizumessen, ohne dass sich diese in der Lage sah, diese derzeit annähernd zu beziffern. Der Senat orientiert sich daher nach billigem Ermessen an der Streitwerttabelle der Verwaltungsgerichtsbarkeit NRW, wonach sich bei einem Streit um Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan ein Streitwert von 50.000,- € ergibt. Die Entscheidung über den Streitwert ist nicht mit der Beschwerde anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Ä

Wegen grundsätzlicher Bedeutung der Sache hat der Senat die Revision zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

---

Erstellt am: 22.01.2024

Zuletzt verändert am: 22.12.2024