



Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

vorab per Fax: 030/ 275838-105

Dr. Ulrich Orłowski

Ministerialdirektor

Leiter der Abteilung 2
Gesundheitsversorgung
Krankenversicherung

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

POSTANSCHRIFT 53107 Bonn
11055 Berlin

TEL +49 (0)228 99 441-2000 / 1330

FAX +49 (0)228 99 441-4920 / 4847

E-MAIL ulrich.orlowski@bmg.bund.de

213-21431-01

Berlin, 23. März 2016

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 21. Januar 2016 über eine Änderung der Geschäftsordnung: Änderung der Anlage I zur Bestimmung der Stimmrechte nach § 91 Absatz 2a Satz 3 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu o. g. Beschluss ergeht folgende Entscheidung nach § 91 Absatz 4 Satz 2 SGB V:

1. Ziffer I Nummer 1 des Beschlusses wird nicht genehmigt. Im Übrigen wird der Beschluss genehmigt und kann insoweit in Kraft treten.
2. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird aufgegeben, die Stimmrechtszuordnung für die Regelungsbereiche „Bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherzustellenzuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 KHG in Verbindung mit § 5 Absatz 2 KHEntgG“ gemäß § 136c Absatz 3 SGB V und „Festlegungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ gemäß § 136c Absatz 4 SGB V neu zu regeln.
3. Der G-BA wird aufgefordert, unverzüglich mit den Beratungen über die Regelungsbereiche zu beginnen, damit die gesetzliche Frist zum 31. Dezember 2016 eingehalten wird.

Begründung

Der G-BA hat gemäß § 91 Absatz 2a Satz 3 SGB V in seiner Geschäftsordnung festzulegen, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich

betreffen. Nach dieser Zuordnung richtet sich die Stimmverteilung der Leistungserbringerorganisationen im Beschlussgremium. Die in dem vorgelegten Beschluss getroffene Zuordnung der Regelungsbereiche nach § 136c Absatz 3 und 4 SGB V, wonach neben dem stationären Leistungssektor auch der vertragsärztliche Leistungssektor als wesentlich betroffen angesehen wird, begegnet durchgreifenden rechtlichen Einwänden und steht unter Zweckmäßigkeitserwägungen einer sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung durch den G-BA entgegen.

Sowohl die Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 KHG in Verbindung mit § 5 Absatz 2 KHEntgG als auch die Festlegungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern dienen allein als Grundlage für vergütungsrechtliche Instrumente im Bereich der stationären Leistungserbringung durch Krankenhäuser. Eine wesentliche rechtliche Betroffenheit des vertragsärztlichen Leistungssektors liegt daher nicht vor.

Sicherstellungszuschläge sind als ergänzendes Element der stationären Vergütung zu bezahlen (§ 17b Absatz 1a Nummer 6 KHG). Sicherstellungszuschläge stellen darauf ab, ob zur Sicherstellung einer für die stationäre Versorgung der Bevölkerung notwendigen stationären Vorhaltung von Leistungen Zuschläge gezahlt werden müssen, weil ansonsten wegen des geringen stationären Versorgungsbedarfs in einem Krankenhaus eine kostendeckende Finanzierung mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht möglich ist (§ 5 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG). Die zuständige Landesbehörde hat für die Gewährung der Sicherstellungszuschläge u.a. zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus ohne Zuschlag erbracht werden kann (§ 5 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG). Die Versorgungssituation im vertragsärztlichen Bereich spielt dagegen keine Rolle. Die Beschlüsse des G-BA dienen ausschließlich als Grundlage für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen durch das einzelne Krankenhaus und die Kostenträger vor Ort; an der Vereinbarung ist der vertragsärztliche Bereich nicht beteiligt. Die Sicherstellungszuschläge haben somit lediglich eine vergütungsrechtliche Funktion für den stationären Bereich.

Zu- oder Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der stationären Notfallversorgung sind als ergänzendes Element der stationären Vergütung zu bezahlen (§ 17b Absatz 1a Nummer 1 KHG). Durch die Zu- oder Abschläge soll in Zusammenhang mit dem pauschalierenden DRG-System verhindert werden, dass Krankenhäuser sich als Einsparmaßnahme aus der stationären Notfallversorgung herausziehen bzw. ihre Vorhaltung vermindern. Mit dem vom G-BA zu entwickelnden differenzierten Stufensystem sollen – beschränkt auf die stationäre Versorgung – strukturelle und personelle Unterschiede sowie der zeitliche Umfang der Beteiligung von Krankenhäusern an der Versorgung stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten besser abgebildet werden. Der G-BA hat vor

diesem Hintergrund ein gestuftes System von stationären Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu erarbeiten (§ 136c Absatz 4 Satz 1 SGB V). Es handelt sich um Vorgaben für Notfallzu- und -abschläge für die Vorhaltung stationärer Leistungen, die nur von Krankenhäusern abgerechnet werden können und zwar in Abhängigkeit von den mit der stationären Notfallversorgung verbundenen unterschiedlichen Vorhaltekosten. Die Notfallzu- und -abschläge haben lediglich eine vergütungsrechtliche Funktion für den stationären Bereich. Die Vorgaben des G-BA für stationäre Notfallstrukturen sind rechtlich zu trennen von der sektorenübergreifenden Kooperation bei der Sicherstellung des ambulanten Notdienstes und dessen Finanzierung. Diese Trennung gilt zudem für die darüber hinaus in Notfällen auch während der üblichen Sprechstundenzeiten mögliche Inanspruchnahme der Krankenhäuser gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Die vertragsärztliche Versorgung ist daher nicht Gegenstand des gestuften Systems von Notfallstrukturen im Sinne von § 136c Absatz 4 SGB V.

Das gesetzliche Erfordernis einer wesentlichen Betroffenheit im Sinne von § 91 Absatz 2a SGB V dient im Sinne einer sachgerechten Entscheidungsfindung dazu, dass die Einbringung von Interessen und spezifischer Sachkunde in die Abstimmung über einen Beschlussgegenstand grundsätzlich auf diejenigen Leistungserbringerorganisationen konzentriert wird, die es angeht. Würde eine wesentliche Betroffenheit des vertragsärztlichen Leistungssektors bereits dann angenommen, wenn sich das lokale Leistungserbringerumfeld im stationären Bereich potentiell verändert, würde dies zu einer konturenlosen Ausuferung führen und der Erreichung des Zwecks der gesetzlichen Regelung zuwiderlaufen. Auch unter dem Gesichtspunkt einer hinreichenden verfassungsrechtlichen Legitimation würde sich die Frage stellen, ob damit nicht die gesetzlich vorgesehenen institutionellen Vorkehrungen unterlaufen würden, mit denen eine angemessene Berücksichtigung der betroffenen Interessen gerade auch im Hinblick auf ihre Stimmgewichtung gewährleistet werden sollen.

Weder aus der gesetzlichen Regelung noch aus der Gesetzesbegründung lässt sich ableiten, dass der Gesetzgeber dem G-BA die Aufgabe der Normsetzung in diesen für ihn neuen Bereichen übertragen hat, um die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieder des G-BA daran mit einem Stimmrecht zu beteiligen. Für eine Aufgabenzuweisung an den G-BA haben stattdessen vielmehr Gründe einer zweckmäßigen und effektiven Entscheidungsstruktur gesprochen. Eine effektive Entscheidungsfindung wäre jedoch gefährdet, wenn auch nicht wesentlich betroffene Leistungserbringerorganisationen mit maßgeblichem Einfluss auf die Entscheidungsfindung einwirken könnten. Diese Zweckmäßigkeitserwägungen werden vom BMG geteilt und im Rahmen seiner Genehmigungsprüfung zu Grunde gelegt.

Soweit der G-BA in seinen tragenden Gründen argumentiert, er habe in der bisherigen, vom BMG genehmigten Beschlusspraxis den Begriff der wesentlichen Betroffenheit eher offen für eine sektorenübergreifende Stimmrechtsverteilung ausgelegt, ist im Hinblick auf die

Stimmberechtigung der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder bei der Arzneimittel-Richtlinie auf die gesetzlichen Regelungen in § 91 Absatz 7 Satz 2 SGB V sowie in § 39 Absatz 1a Satz 6 SGB V und § 115c Absatz 2 SGB V hinzuweisen, die eine wesentliche rechtliche Betroffenheit auch der Krankenhäuser hinreichend begründen. Gleiches kann für die Bedarfsplanungs-Richtlinie daraus abgeleitet werden, dass sie rechtliche Rahmenbedingungen für die Teilnahmemöglichkeit von Krankenhäusern an der vertragsärztlichen Versorgung festlegt, etwa im Hinblick auf Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 SGB V und darauf beruhende Ermächtigungen gemäß § 116a SGB V.

Im Übrigen stehen die Regelungen des Beschlusses in Ziffer I Nummer 1 auch insoweit nicht mit dem Gesetz in Einklang, als sie für die neuen Regelungsbereiche jeweils die fehlerhafte Bezeichnung „Richtlinie“ verwenden. Denn bei dem Ermächtigungstatbestand in § 136c SGB V handelt es sich nicht um eine Ermächtigung zum Erlass von Richtlinien im Sinne von §§ 92, 94 SGB V, sondern explizit um eine Ermächtigung zu (normsetzenden) Beschlüssen.

Um sicherzustellen, dass die nach § 136c Absatz 3 und Absatz 4 SGB V zu beschließenden Regelungen fristgerecht zum 31. Dezember 2016 zu Stande kommen, wird dem G-BA aufgegeben, die Stimmrechtszuordnung neu zu regeln sowie unverzüglich mit den inhaltlichen Beratungen zu den neuen Regelungsbereichen zu beginnen.

Im Hinblick auf die in Ziffer I Nummer 2 des Beschlusses getroffenen redaktionellen Anpassungen an geänderte Richtlinienbezeichnungen wird dieser abtrennbare Beschlussteil genehmigt und kann entsprechend der Vorgaben in Ziffer II des Beschlusses in Kraft treten.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Ulrich Orłowski

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann binnen eines Monats nach Zugang schriftlich oder elektronisch gemäß § 65a SGG in Verbindung mit der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2 - 6, 14482 Potsdam Klage erhoben werden.