

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ folgende Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V beschlossen:

I. Die Regelungen werden wie folgt gefasst:

”

GKV-SV	DKG
<p>Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V</p>	<p>Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 3 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zu Sicherstellungszuschlägen, SI-R)</p>
<p>I. Allgemeines</p>	<p>I. Präambel</p>

GKV-SV	DKG
<p>§ 1 Zweck der Regelungen</p> <p>¹Zweck dieser Regelungen ist es, bundeseinheitliche Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für bedarfsnotwendige und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommene Krankenhäuser festzulegen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Leistungen nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren können. ²Ein Krankenhaus ist bedarfsnotwendig, wenn es für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar ist, weil bei Schließung des Krankenhauses kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann.</p>	<p>§ 1 Zweck der Regelungen</p> <p>Zweck dieser Regelungen ist es, die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, zu konkretisieren.</p>
<p>§ 2 Gegenstand der Regelungen</p> <p>¹Gegenstand der Regelungen ist</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Definition eines geringen Versorgungsbedarfs, der dazu führen kann, dass ein Krankenhaus trotz wirtschaftlicher Betriebsführung die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Leistungen nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren kann, 2. die Festlegung von bedarfsnotwendigen Leistungen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung 3. die Festlegung einer Erreichbarkeit in Fahrtzeitminuten zur Überprüfung, ob ein anderes geeignetes Krankenhaus die Leistungen erbringen kann sowie einer Methodik zur Ermittlung der Fahrtzeitminuten 4. die Festlegung von Bestimmungen zur Berücksichtigung von 	<p>§ 2 Gegenstand der Regelungen</p> <p>¹Gegenstand der Regelungen sind bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Zuschlägen zur Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen. ²Damit die zuständige Landesbehörde prüfen kann, ob bei einer Schließung eines Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre, werden Vorgaben zur Erreichbarkeit der Krankenhäuser, gemessen in Minuten Fahrtzeit, festgelegt sowie regionale Besonderheiten berücksichtigt. ³Um von Unwirtschaftlichkeiten als mögliche Ursache von Defiziten in einem Krankenhaus zu unterscheiden, wird der geringe Versorgungsbedarf definiert. ⁴Außerdem werden die Leistungen ausgewiesen, für die Sicherstellungszuschläge vereinbart werden können. ⁵Neben Leistungen der Notfallversorgung werden Leistungen einbezogen, bei denen eine unmittelbare diagnostische und therapeutische Versorgung erforderlich ist.</p> <p>⁶Des Weiteren wird das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der</p>

GKV-SV	DKG
<p>planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie</p> <p>5. die Festlegung von Kriterien zur Prüfung der Einhaltung der Vorgaben dieser Regelungen durch die zuständige Landesbehörde.</p>	<p>Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde geregelt und das Verhältnis zwischen den Sicherstellungszuschlägen und den bis zum 31.12.2016 vom G-BA zu beschließenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bestimmt.</p>
<p>II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen</p>	<p>II. Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen</p>
	<p>§ 1 Nach Leistungsarten differenzierte Vorgaben</p> <p>¹Es wird eine Differenzierung der Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach Leistungsarten vorgenommen. ²Die Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen werden ausgewiesen nach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leistungen der Grund- und Notfallversorgung in der Erwachsenen-Versorgung und Leistungen, bei denen unmittelbare diagnostische und therapeutische Versorgung erforderlich ist. Dazu gehören Leistungen der Inneren Medizin, Chirurgie sowie der Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. Leistungen der Grund- und Notfallversorgung der Kinder- und Jugendmedizin (Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern).
<p>§ 3 Flächendeckende Versorgung</p> <p>¹Ein Krankenhaus, für das ein Zuschlag nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG vereinbart wird, muss für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen sein.</p>	<p>§ 2 Erreichbarkeit</p>
<p>²Zum Nachweis der Voraussetzung nach Satz 1 wird überprüft, ob flächendeckend eine Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrzeitminuten</p>	<p>(1) ¹Für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag</p>

GKV-SV	DKG
<p>eines anderen geeigneten Krankenhauses vorliegt, und somit bei einer Schließung des Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wäre.³Geeignete Krankenhäuser sind die Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 (notwendige Vorhaltung) erfüllen.⁴Bei der Ermittlung der Erreichbarkeit werden zunächst die geographischen Einheiten und Einwohner ermittelt, für die das Krankenhaus, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, das nächste (gemessen in PKW-Fahrzeitminuten) geeignete Krankenhaus ist.⁵Anschließend werden die PKW-Fahrzeiten der Einwohner dieser geographischen Einheiten zum zweitnächsten geeigneten Krankenhaus ermittelt und mit den PKW-Fahrzeiten nach Satz 4 verglichen.</p>	<p>erbracht werden können, wird die Erreichbarkeit in Minutenwerten nach Leistungsarten differenziert festgelegt.²Zusätzlich wird im Falle des Absatzes 2 bestimmt, wie viele Personen mindestens von einer Schließung der Fachabteilung betroffen sein müssen, damit ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden kann.</p>
<p>⁶Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner PKW-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen.</p>	<p>(2) Für Leistungen gemäß § 1 Nr. 1 können Sicherstellungszuschläge vereinbart werden, wenn bei einer Schließung dieser Fachabteilung für mindestens 1000 Betroffene bzw. bei Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe für 500 Betroffene kein alternatives Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, innerhalb von 20 Minuten erreichbar ist.</p>
	<p>(3) Für Leistungen gemäß § 1 Nr.2 können Sicherstellungszuschläge vereinbart werden, wenn bei einer Schließung der Fachabteilung oder des Krankenhauses kein alternatives Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, innerhalb von 40 Minuten erreichbar ist.</p>
	<p>(4) Die Länder können im Einzelfall zur Berücksichtigung von Besonderheiten vor Ort zu den Absätzen 2 und 3 abweichende Festlegungen treffen. Dies betrifft insbesondere verkehrstechnische Gegebenheiten, die über die in § 6 festgelegte Methodik zur Prüfung der Erreichbarkeit nicht hinreichend abgebildet werden.</p>
<p>⁷Zur Berechnung der Parameter nach den Sätzen 2 bis 6 sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen, um das notwendige Maß an</p>	

GKV-SV	DKG
Genauigkeit zu gewährleisten.	
<p>§ 4 Geringer Versorgungsbedarf</p> <p>1Mit dem Sicherstellungszuschlag können nur Defizite aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs, nicht jedoch Defizite aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden. 2Ein geringer Versorgungsbedarf liegt vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km²) liegt. 3Das Versorgungsgebiet ergibt sich aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 30-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen. 4Bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen.</p>	<p>§ 3 Geringer Versorgungsbedarf</p> <p>(1) Zur Unterscheidung von Unwirtschaftlichkeiten als mögliche Ursache von Defiziten in einem Krankenhaus wird der geringe Versorgungsbedarf definiert. Der geringe Versorgungsbedarf im Sinne dieser Regelungen wird durch die Bevölkerungsdichte determiniert.</p>
	<p>(2) Für Leistungen gemäß § 1 Nr.1 können Sicherstellungszuschläge vereinbart werden, wenn die Bevölkerungsdichte kleiner als 162 Einwohner je km² ist.</p>
	<p>(3) Für Leistungen gemäß § 1 Nr.2 können Sicherstellungszuschläge vereinbart werden, wenn die Bevölkerungsdichte kleiner als 26 Einwohner unter 18 Jahre je km² ist.</p>
	<p>(4) Für Krankenhäuser in Insellage gilt abweichend von den Absätzen 2 und 3 grundsätzlich ein geringer Versorgungsbedarf als gegeben, auch wenn die Bevölkerungsdichte größer als die in den Absätzen 2 oder 3 genannte Bevölkerungsdichte je km² ist.</p>

GKV-SV	DKG
<p>§ 5 Notwendige Vorhaltungen</p> <p>(1) ¹Notwendige Vorhaltungen sind die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind. ²Ferner sind die Anforderungen der untersten Stufe des Notfallstufensystems nach den Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufenkonzept) zu erfüllen. ³Vorhaltungen, die nicht von den Regelungen nach Satz 1 und 2 umfasst sind, können bei der Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags nicht berücksichtigt werden.</p> <p>(2) Eine Fachabteilung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses, 2. angestellte Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer; ein angestellter Facharzt des Krankenhaus mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von 30 Minuten am 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 und 4. die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben in 	<p>§ 4 Vorhaltung von Leistungen</p> <p>(1) Sicherstellungszuschläge gemäß § 1 Nr. 1 können für die Vorhaltung von Leistungen einer oder mehrerer der folgenden Fachabteilungen vereinbart werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Innere Medizin. 2. Chirurgie. 3. Gynäkologie und Geburtshilfe.

GKV-SV	DKG
<p>der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart.</p>	
	<p>(2) Sicherstellungszuschläge gemäß § 1 Nr.2 können für die Vorhaltung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin (Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern) vereinbart werden.</p>
<p>§ 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren</p> <p>(1) ₁Mit einem Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 SGB V in Bezug auf die bedarfsnotwendigen Vorhaltungen nach § 5 unzureichende Qualität aufweist, kann ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde nach § 5 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung erlässt, die vom Krankenhaus zu erfüllen sind. ₂Liegt die geringe Auslastung des Krankenhauses noch unterhalb des Erwartungswertes aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs und gibt es deutliche Hinweise darauf, dass eine erhebliche Anzahl von Patienten aufgrund von Qualitätsmängeln des Krankenhauses Fahrzeiten zu einem weiter entfernten Krankenhaus in Kauf nimmt, sollte die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags entfallen.</p>	<p>§ 5 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren</p> <p>(1) Bei Vorliegen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 SGB V wird geprüft, ob und inwieweit diese Regelungen anzupassen sind.</p>
	<p>(2) Mit einem Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 SGB V unzureichende Qualität aufweist, kann grundsätzlich ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden. Die zuständige Landesbehörde nach § 5 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG kann die</p>

GKV-SV	DKG
	Vereinbarung eines Sicherstellungsauftrages mit einer Auflage zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung versehen.
<p>(2) Geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweisen, sind bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung zu berücksichtigen, soweit die zuständige Landesbehörde den Versorgungsauftrag für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 nicht einschränkt oder entzieht.</p>	<p>(3) Geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweisen, können bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung berücksichtigt werden, soweit die zuständige Landesbehörde den Versorgungsauftrag für die notwendigen Vorhaltungen nach § 4 nicht einschränkt oder entzieht.</p>
<p>III. Verfahrensbestimmungen</p>	

GKV-SV	DKG
<p>§ 7 Verfahrensregeln</p> <p>(1) Diese Vorschrift regelt die Vorgaben für die Prüfung der Einhaltung der Voraussetzungen durch die zuständigen Landesbehörden nach § 5 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG.</p> <p>(2) Die Einhaltung der Vorgaben ist jährlich durch die zuständige Landesbehörde zu überprüfen.</p> <p>(3) Die Ermittlung der flächendeckenden Versorgung nach § 3 und des Versorgungsbedarfs nach § 4 erfolgt unabhängig von Bundeslandgrenzen.</p> <p>(4) Um das notwendige Maß der Genauigkeit, insbesondere hinsichtlich der Überprüfung der Erreichbarkeits- und Versorgungsbedarfsvorgaben, zu erreichen, hat die zuständige Landesbehörde bei der Überprüfung der Vorgaben nach § 3 und § 4 eine Raumgliederungssystematik zu nutzen, die der niedrigsten geographischen Einheit (Marktzelle) durchschnittlich nicht mehr als 1.000 Einwohner zuweist.</p> <p>(5) ¹PKW-Fahrzeiten werden ausgehend vom geographischen Mittelpunkt der Marktzellen nach Abs. 4 und einer standortbezogenen Geolokalisierung der geeigneten Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 erfüllen, ermittelt. ²Dabei wird den Einwohnern einer Marktzelle ausgehend von dem geographischen Mittelpunkt der Marktzelle die gleiche Fahrzeit zugeordnet. ³Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 nicht erfüllen, werden bei der Berechnung der PKW-Fahrzeiten und der Bewertung der flächendeckenden Versorgung im Sinne dieser Vereinbarung nicht berücksichtigt. ⁴Nach Umsetzung des § 2a KHG werden die Auswirkungen der Verwendung des Kennzeichens nach § 293 Abs. 6 SGB V auf die standortbezogene</p>	<p>§ 6 Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde</p> <p>(1) Zur Prüfung der Erreichbarkeit gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 werden PKW-Fahrtzeitminuten und das durchschnittliche Verkehrsaufkommen herangezogen. Besonderheiten vor Ort, z.B. Insellage, sind zu berücksichtigen. PKW-Fahrtzeiten werden ausgehend vom geographischen Mittelpunkt der Marktzellen und einer standortbezogenen Geolokalisierung der geeigneten Krankenhäuser ermittelt. Dabei wird den Einwohnern einer Marktzelle ausgehend von dem geographischen Mittelpunkt der Marktzelle die gleiche Fahrzeit zugeordnet. Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 4 für die jeweils zu betrachtende Fachabteilung nicht erfüllen, werden bei der Berechnung der PKW-Fahrtzeiten und der Bewertung der flächendeckenden Versorgung im Sinne dieser Vereinbarung nicht berücksichtigt.</p>

GKV-SV	DKG
<p>Geolokalisierung der Krankenhäuser geprüft.</p> <p>(6) Bei der Berechnung der PKW-Fahrzeiten sind von der zuständigen Landesbehörde Algorithmen zu nutzen, die die Topographie, die Verkehrsinfrastruktur und die durchschnittliche Verkehrslage berücksichtigen.</p> <p>(7) Für bestehende Krankenhäuser auf Inseln kann unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 und § 4 ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern die übrigen Voraussetzungen dieser Vereinbarung erfüllt werden.</p> <p>(8) ¹Weist ein Krankenhaus sowohl wegen eines geringen Versorgungsbedarfs nach § 4 als auch wegen unwirtschaftlicher Betriebsführung ein Defizit auf, kann ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern das Krankenhaus detailliert darlegt, welcher Anteil des Defizits auf den geringen Versorgungsbedarf zurückzuführen ist und welche Maßnahmen zur Beseitigung der Unwirtschaftlichkeit innerhalb der nächsten 12 Monate ergriffen werden. ²Maßgeblich für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags sind ausschließlich der geringe Versorgungsbedarf und das daraus resultierende Defizit. ³ Der Nachweis nach Satz 1 ist jährlich gegenüber den Pflegesatzparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG zu erbringen.</p>	
	<p>(2) Betroffene im Sinne des § 2 Abs. 1 können sowohl Einwohner, als auch Pendler oder Urlauber sein, die zu einer regelhaft erhöhten Inanspruchnahme des Krankenhauses führen.</p>
	<p>(3) Zur Bestimmung der Bevölkerungsdichte vor Ort gemäß § 3 Abs. 1 bis 3 ist die Fläche, für die das Krankenhaus der nächste relevante Versorger ist, heranzuziehen.</p>
	<p>(4) Für Krankenhäuser in Insellage sind die abweichenden Vorgaben gemäß § 3 Abs. 4 zu beachten.</p>

GKV-SV	DKG
<p>(9) Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. Der Nachweis ist durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers zu erbringen.</p>	<p>(5) Gemäß § 5 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG ist die Voraussetzung der Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlages ein Defizit des gesamten Krankenhauses. Hierzu bedarf es eines Nachweises durch einen Wirtschaftsprüfer. Dies gilt nicht bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 Satz 6 KHEntgG bei Krankenhausfusionen.</p>

”

II. Die Erstfassung der Regelungen tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1 § 1 Zweck der Regelung.....	3
2.2 § 2 Gegenstand der Regelung(en).....	3
2.3 DKG „§ 1 Nach Leistungsarten differenzierte Vorgaben“	3
2.4 GKV-SV „§ 3 Flächendeckende Versorgung“/DKG „§ 2 Erreichbarkeit“	4
2.5 GKV-SV „§ 4“/DKG „§ 3“ Geringer Versorgungsbedarf	7
2.6 GKV-SV „§ 5 Notwendige Vorhaltung“/DKG „§ 4 Vorhaltung von Leistungen“	11
2.7 GKV-SV „§ 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“/DKG „§ 5 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“	13
2.8 GKV-SV „§ 7 Verfahrensbestimmungen“/DKG „§ 6 Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde“	14
3. Würdigung der Stellungnahmen	18
4. Bürokratiekostenermittlung	18
5. Verfahrensablauf	18
6. Dokumentation des Stellungsverfahren	19

1. Rechtsgrundlage

GKV-SV	DKG
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136c Absatz 3 SGB V als Grundlage für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nr. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) i. V. m. § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bundeseinheitliche Vorgaben zu beschließen. Der G-BA hat insbesondere Vorgaben zu beschließen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können, 2. Zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und 3. Zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist. <p>Bei dem Beschluss sind planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 Satz 1 SGB V zu berücksichtigen. Der G-BA legt auch das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde fest.</p>	<p>Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) hat der G-BA nach § 136c Absatz 3 SGB V den Auftrag erhalten, erstmals bis zum 31.12.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen zu beschließen.</p> <p>Diese Vorgaben zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen umfassen insbesondere die Aspekte Erreichbarkeit, geringer Versorgungsbedarf sowie die für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen relevanten Leistungen.</p> <p>Damit die zuständige Landesbehörde prüfen kann, ob bei einer Schließung eines Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre, sollen Vorgaben zur Erreichbarkeit der Krankenhäuser gemessen in Minuten Fahrzeit festgelegt sowie regionale Besonderheiten berücksichtigt werden (§ 136c Absatz 3 S. 2 Nr. 1 SGB V). Um von Unwirtschaftlichkeiten als mögliche Ursache von Defiziten in einem Krankenhaus unterscheiden zu können, soll der geringe Versorgungsbedarf definiert werden (§ 136c Absatz 3 S. 2 Nr. 2 SGB V). Außerdem sollen die Leistungen ausgewiesen werden, für die Sicherstellungszuschläge vereinbart werden können. Neben Leistungen der Notfallversorgung können Leistungen einbezogen werden, bei denen unmittelbare diagnostische und therapeutische Versorgung erforderlich ist (§ 136c Absatz 3 S. 2 Nr. 3 SGB V).</p> <p>Des Weiteren soll das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde festgelegt und das Verhältnis zwischen den Sicherstellungszuschlägen und den bis zum 31.12.2016 vom G-BA zu beschließenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bestimmt werden (§ 136c Absatz 3 S. 3 und 4 SGB V).</p>

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Regelungen im Einzelnen begründen sich wie folgt:

I. GKV-SV „Allgemeines“/DKG „Präambel“

2.1 § 1 Zweck der Regelung

GKV-SV	DKG
<p>Es wird das in § 5 Absatz 2 KHEntgG formulierte Ziel wiederholt, dass Sicherstellungszuschläge der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen dienen sollen, wenn ein Krankenhaus diese aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren kann.</p>	<p>Laut Begründung zum KHSG ist Zweck dieser Regelungen die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen, wodurch die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung in strukturschwachen ländlichen und urbanen Regionen gewährleistet werden soll (BT-Drucksache 18/5372 vom 30.06.2015, S. 72).</p>

2.2 § 2 Gegenstand der Regelung(en)

Als Gegenstand der Regelung werden die vom Gesetzgeber in § 136c Absatz 3 SGB V genannten Kriterien angeführt, zu denen der G-BA Vorgaben zu beschließen hat.

II. GKV-SV „Voraussetzungen“/DKG „Vorgaben“ für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

2.3 DKG „§ 1 Nach Leistungsarten differenzierte Vorgaben“

GKV-SV	DKG
<p><i>[Keine Ergänzung]</i></p>	<p>Aufgrund der Unterschiede in den Versorgungsstrukturen zwischen den (Grund-) Leistungsbereichen ist es notwendig, gestaffelte Erreichbarkeitskriterien sowie Vorgaben für den geringen Versorgungsbedarf auszuweisen.</p> <p>Daher findet eine differenzierte Betrachtung für Leistungen im Erwachsenenbereich einerseits und für pädiatrische Leistungen andererseits statt. Die Leistungen für die Kinder- und Jugendmedizin</p>

	<p>beziehen sich auf die Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und nicht auf Schwerpunkte in Subdisziplinen anderer Erwachsenenabteilungen (z. B. Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie). Im Vordergrund stehen hierbei auch die Leistungen der Notfallversorgung und Leistungen, bei denen unmittelbare diagnostische und therapeutische Versorgung erforderlich ist. Kindernotfälle stellen ein besonderes Problem dar, weil sie einerseits ein relativ kleines Segment der schweren Notfälle darstellen und andererseits oft durch Krankheiten bedingt sind, die in der Erwachsenen-Medizin so gut wie nicht vorkommen.</p>
--	---

2.4 GKV-SV „§ 3 Flächendeckende Versorgung“/DKG „§ 2 Erreichbarkeit“

GKV-SV	DKG
<p>Für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung wird eine Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten zugrunde gelegt. Der Wert ist abgeleitet aus den Erreichbarkeitsstandards in den Raumordnungsgesetzen der Länder. Diese regeln die räumliche Organisation der Daseinsvorsorge, also der staatlichen Sicherstellung der Versorgung von Bevölkerung und Wirtschaft mit Gütern und Dienstleistungen, Arbeitsplätzen und Infrastruktur.</p> <p>Die Erreichbarkeitsstandards gelten bundesweit als oberste Grenze für den zumutbaren Reiseaufwand von Wohnstandorten zum nächsten Zentrum: Ein Mittelzentrum muss im motorisierten Individualverkehr (MIV) in 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden können; Oberzentren sollten im MIV in 60 Minuten erreichbar sein. Wendet man diese Vorgaben auf den stationären Versorgungsbereich an, ergibt sich eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und innerhalb von 60 Pkw-Fahrzeitminuten für Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Derzeit erreichen 99 % der Bevölkerung in</p>	<p>Zu Absatz 1</p> <p>Das Hinwirken auf gleichwertige Lebensverhältnisse in den Teilräumen Deutschlands ist eine Vorgabe des Grundgesetzes und wurde im Raumordnungsgesetz (ROG) übernommen.</p> <p>Gleichwertigkeit erfordert eine flächendeckend vergleichbare Sicherung der Daseinsvorsorge. Die öffentliche Daseinsvorsorge umschreibt die staatliche Aufgabe soziale, kulturelle und wirtschaftliche Güter und Leistungen bereitzustellen, um die Grundversorgung der Bevölkerung sicher zu stellen. Darunter fallen öffentliche Infrastruktureinrichtungen für die Allgemeinheit, also das Verkehrs- und Beförderungswesen, die Gas-, Wasser-, und Elektrizitätsversorgung, Müllabfuhr, Abwasserbeseitigung, Bildungs- und Kultureinrichtungen und auch Krankenhäuser. Die Daseinsvorsorge zählt zu den wichtigsten kommunalen Selbstverwaltungsaufgaben. Grundsätze der Raumordnung sind insbesondere die Versorgung der Bevölkerung mit Dienstleistungen und der Vorhaltung der Infrastruktur der Daseinsvorsorge, hierzu zählt insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen. Diese ist zur</p>

<p>Deutschland ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten.</p> <p>Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung wird als gefährdet eingestuft, wenn bei Schließung des Krankenhauses mindestens 5.000 Einwohner eine Pkw-Fahrzeit von mehr als 30 Minuten erreichen. 5.000 Einwohner entsprechen einer Landstadt, die im Aktionsprogramm regionale Daseinsfürsorge des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur als „Grundzentren, mit einem Minimum an Versorgungsangeboten“ definiert wird.¹</p>	<p>Sicherung von Chancengerechtigkeit in den Teilräumen in angemessener Weise zu gewährleisten; dies gilt auch in dünn besiedelten Regionen.</p> <p>Die soziale Infrastruktur ist vorrangig in Zentralen Orten zu bündeln. Das raumordnerische Instrument, mit dem die überörtliche Leistungserbringung der Daseinsvorsorge in Infrastruktureinrichtungen räumlich organisiert wird, ist das im ROG verankerte Zentrale-Orte-Konzept. Die Landesplanungen weisen Zentrale Orte wie Ober-, Mittel- oder Grundzentren bestimmte überörtliche Versorgungs- und Entwicklungsfunktionen zu (entnommen BBSR Fachbeitrag 2012).</p> <p>Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung wird als gefährdet eingestuft, wenn bei Schließung des Krankenhauses oder der Fachabteilung eine Mindestanzahl von Betroffenen länger als die vorgegebene maximale PKW-Fahrtzeit fahren müssen. Betroffene im Sinne dieser Regelung sind Personen, die die gegebene Leistung des Krankenhauses in Anspruch nehmen können. Hierbei wird ein normativer Wert als Grundlage genommen, da die Frage der Betroffenheitsnorm nicht empirisch beantwortet werden kann. Es handelt sich in diesem Punkt weniger um eine Frage der Berechnung, sondern um eine Frage der praktischen Umsetzung.</p> <p>Zu Absatz 2</p> <p>In allen Ländern werden Krankenhauspläne zur Sicherung und Entwicklung der stationären Versorgung aufgestellt. In den Krankenhausplänen von zehn Ländern werden Vorgaben für die Erreichbarkeit der stationären Versorgung getroffen, wovon drei normative Standards vorgeben. In Hessen sollen Notfallkrankenhäuser in 20 Minuten erreicht werden, maximal in 30 Minuten. Die Entfernung soll im Regelfall 15 bis 25 km betragen und maximal 30 bis 55 km sein. In Mecklenburg-Vorpommern sollen Akutkrankenhäuser in 25 bis 30 km erreichbar sein, in Nordrhein-Westfalen in 15 bis 20 km und</p>
--	---

¹ Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI), Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.) (2016). Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Leitfaden für die Praxis. Berlin, Bonn, April 2016.

	<p>zudem möglichst wohnortnah liegen. Eine wohnortnahe Lage des stationären Versorgungsangebots wird ebenfalls in Rheinland-Pfalz angestrebt. In Baden-Württemberg soll bei maximal einer Stunde Überführungszeit bei Verlegungen wie in Sachsen eine wohnortnahe Versorgung gesichert sein. In Brandenburg besteht die Vorgabe, dass Krankenhäuser auch bei mehr als 25 km Entfernung miteinander Fusionieren dürfen.</p> <p>Im Raumordnungsbericht 2011 des BBSR wird zur Erreichbarkeit ausgeführt, dass für die Krankenhausgrundversorgung in der Fläche die Erreichbarkeit der Krankenhäuser von entscheidender Bedeutung sei. Das BBSR hat, unterstützt vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), eine Erreichbarkeitsanalyse für Krankenhäuser der Grundversorgung durchgeführt und festgestellt, dass gemessen an der Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Versorgungsgrad der Bevölkerung allgemein als sehr gut einzustufen sei.</p> <p>Würde die notwendige PKW-Fahrtzeit zur Erreichung des nächsten Krankenhausstandortes zugrunde gelegt, befänden sich nahezu drei Viertel der Bevölkerung (73,2 %) innerhalb eines 10-Minuten-Radius und 97,5 % innerhalb eines 20-Minuten-Radius um das jeweils nächste Krankenhaus der Grundversorgung. Lediglich 2,5 % der Bundesbevölkerung würden demnach mehr als 20 Minuten zum nächsten Krankenhaus benötigen. Krankenhausstandorte seien stark am „Zentrale-Orte-System“ ausgerichtet und folgen damit weitgehend den regionalen Bevölkerungsschwerpunkten.</p> <p>Die Konzeption der Zentralen Orte hat auch in das deutsche Raumordnungsgesetz (ROG) Eingang gefunden, das in den Grundsätzen der Raumordnung unter anderem die räumliche Konzentration der Siedlungstätigkeit auf ein System leistungsfähiger zentraler Orte im Rahmen einer dezentralen Siedlungsstruktur fordert (§ 2 Absatz 2 Nr. 2 ROG). Die Erreichbarkeitsanalyse des BBSR führt zu der Schlussfolgerung, dass ein besonderes Augenmerk den Krankenhäusern gelten müsse, die einen großen Einzugsraum abdecken und deren räumliche Lage derart isoliert ist, dass sich bei ihrer Schließung die Versorgungssituation der betroffenen</p>
--	---

	<p>Bevölkerung erheblich verschlechtern würde. Ihre zentrale Bedeutung würde besonders deutlich, wenn für eine fiktive Schließung von Standorten die Überschreitungsfolgen der 20-Minuten-Fahrtzeitschwelle betrachtet werden. Würden einzelne regional bedeutsame Krankenhäuser geschlossen, blieben großflächige Gebiete unterversorgt.</p> <p>Zu Absatz 3</p> <p>Im Vordergrund muss bei allen Abteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin die Vorhaltung einer ausreichenden Strukturqualität stehen. Da die Flächendeckung der Pädiatrie bedeutend geringer ist als die der Inneren Medizin, Chirurgie sowie der Gynäkologie und Geburtshilfe, würde eine 20-Minuten-Vorgabe für die Pädiatrie zu Fehlsteuerungen führen. Eine Erreichbarkeit zur nächsten stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin richtet sich an den bestehenden Strukturen aus. Eine Erreichbarkeit von 40 Minuten wird deshalb für die pädiatrische Versorgung als angemessen erachtet.</p> <p>Zu Absatz 4</p> <p>Falls die realen Gegebenheiten vor Ort über das Analysetool zur Berechnung der PKW-Fahrtzeiten mitunter nicht hinreichend abgebildet werden sollten, kann die Landesbehörde im Einzelfall von den Vorgaben zu den Minutenwerten und zum geringen Versorgungsbedarf abweichen. Dies könnte z.B. aufgrund von Bahntrassen oder hochfrequentierten Autobahnen der Fall sein.</p>
--	---

2.5 GKV-SV „§ 4“/DKG „§ 3“ Geringer Versorgungsbedarf

GKV-SV	DKG
<p>Ein geringer Versorgungsbedarf wird definiert als eine durchschnittliche Einwohnerdichte unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km²). Dies entspricht der Typisierung als „dünn besiedelte ländliche Region“ des Bundesinstituts für Bau-,</p>	<p>Zu Absatz 1</p> <p>Die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung ist ein wesentlicher Qualitätsaspekt der Krankenhausversorgung in Deutschland. Regelwerk sind die Krankenhauspläne der Länder, die das für die</p>

<p>Stadt- und Raumforschung. Ein geringer Versorgungsbedarf kann, muss aber nicht zwangsläufig zu einem Defizit in der Bilanz eines Krankenhauses führen. Der Anteil der Krankenhäuser mit Defizit in den überwiegend dünn besiedelten Regionen in Ostdeutschland ist deutlich geringer als der Anteil der Krankenhäuser mit Defizit in urbaneren Regionen in Westdeutschland.</p>	<p>Versorgung der Bevölkerung vor Ort unabdingbare Versorgungsniveau festlegen. Häufig reichen die vom Krankenhaus erwirtschafteten pauschalen Entgelte zur Deckung der Vorhaltungskosten bestimmter Fachabteilungen jedoch nicht aus. In der Praxis wurden Sicherstellungszuschläge bislang überwiegend nur Krankenhäusern in „Insellage“ bewilligt. Diese Besonderheiten treffen auch in gleicher Weise auf zahlreiche Krankenhäuser im ländlichen Raum zu. Der Versorgungsbedarf ist für eine auskömmliche Vorhaltung bestimmter Abteilungen zu gering. Mindestbesetzung, Bereitschaftsdienste oder auch Mindestabteilungsgrößen stehen zu geringen Fallzahlen gegenüber und verursachen negative Deckungsbeiträge. Ein geringer Versorgungsbedarf kann anhand der Bevölkerungsdichte attestiert werden.</p> <p>Zu Absatz 2</p> <p>Die Festlegung des BBSR als Definition eines ländlichen Raumes ist für die praktische Festlegung nicht tragfähig, da hierbei eine theoretische Größe beschrieben wird. In den Erläuterungen hat das BBSR im Zusammenhang mit den Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR 2016) Definitionen zu den Raumbezügen vorgenommen. Je nach verwendetem Raumbezug (Kreisregion- oder Raumordnungsregionsebene) wird eine punktuell unterschiedliche Betrachtungsweise vorgenommen. Auf Grundlage der Anzahl der Kreisregionen (361) wird der Ländliche Raum anhand von „ländlichen“ und „dünn besiedelten Ländlichen Kreisen“ definiert. Auf der Regionsebene stellen Raumordnungsregionen (ROR, Anzahl 96) ein „Beobachtungs- und Analyseraster“ der Bundesraumordnung dar.</p> <p>Der ländliche Raum wird definiert als ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen (Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50%, aber einer Einwohnerdichte unter 150 E./km², sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 100 E./km²). Als „dünn besiedelte ländliche Kreise“ werden Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% und Einwohnerdichte ohne Groß- und</p>
--	--

	<p>Mittelstädte unter 100 E./km² definiert.</p> <p>Die ROR werden nach drei Gruppen unterschieden: städtische Regionen, Regionen mit Verstärkeransätzen und ländliche Regionen.</p> <p>Regionen mit Verstärkeransätzen werden definiert als Regionen, in denen mindestens 33% der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte zwischen 150 und 300 E./km² sowie Regionen, in denen sich mindestens eine Großstadt befindet und die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 100 E./km² aufweisen.</p> <p>Als Ländliche Regionen werden Regionen bezeichnet, in denen weniger als 33% der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte unter 150 E./km² sowie Regionen, in denen sich zwar eine Großstadt befindet, aber die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte unter 100 E./km² beträgt.</p> <p>Gemein ist den Betrachtungsweisen, dass die geringste Einwohnerdichte (unter 100 E./km²) ohne Berücksichtigung der Großstädte (ROR) und Groß- und Mittelstädte (Kreisregionen) herangezogen wird. In der Praxis muss aber das gesamte Gebiet in einem Erreichbarkeitskreis betrachtet werden. Krankenhäuser befinden sich in der Regel in Mittelzentren. Die Mittelbereiche bilden die Verflechtungsbereiche für die Versorgung mit Gütern des gehobenen Bedarfs ab und sind in der Regel einem Mittelzentrum oder einem mittelzentralen Verbund bzw. höherrangigen zentralen Ort zugeordnet. Mit den Mittelbereichen wird ein Raumbezug gewählt, der insbesondere der Bedeutung der Mittelstädte, vor allem in ländlichen Räumen, Rechnung trägt und denen für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung und damit für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen eine besondere Rolle zukommt (Leitbilder und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland (Beschluss von der 41. MKRO am 9. März 2016)). Im Landesentwicklungsplan Schleswig-Holstein 2010 wird beispielhaft ausgeführt, dass Krankenhäuser vorrangig in den Mittel- und</p>
--	---

	<p>Oberzentren angesiedelt sein sollen. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung dabei eher in Oberzentren. Die stationäre Krankenversorgung solle durch ein abgestuftes System medizinisch leistungsfähiger Standorte sichergestellt werden. Die Standorte der Krankenhäuser sollen entsprechend ihrer jeweiligen Aufgabenstellung auf die zentralörtliche Gliederung ausgerichtet werden.</p> <p>Zur Berechnung des geringen Versorgungsbedarfes wurde vor diesem Hintergrund ein praktikables und praxisnahes Verfahren gewählt, welche die Strukturen in der Realität realistisch abbildet. Da der geringe Versorgungsbedarf einheitlich über das gesamte Bundesgebiet definiert wird, müssen entsprechende Parameter gewählt werden, die auch in allen Ländern zur Anwendung kommen können und nicht nur in ausschließlich sehr gering besiedelten Regionen, da ansonsten die Gefahr bestehen würde, dass Krankenhäuser die für die Versorgung in sehr dünn besiedelten Regionen notwendig sind, aufgrund ihrer zentralen Ansiedelung in einem dichter besiedelten Mittelzentrum einen strukturellen Nachteil hätten. Hierdurch werden Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen geschaffen, die die Sicherstellung der Krankenhausversorgung in strukturschwachen ländlichen und urbanen Regionen gewährleisten.</p> <p>Unter diesem Aspekt, wurde zur Ermittlung eines angenommenen geringen Versorgungsbedarfs die Gemeindeebene (Anzahl: 11.235), bzw. der Gemeindeverbändeebene (Anzahl: 4.567) als Grundlage genommen. Der Stadt- und Gemeindetyp des BBSR ordnet die Einheitsgemeinden und Gemeindeverbände in die Kategorien Groß-, Mittel-, Kleinstädte und Landgemeinden. Im Hinblick auf die Ansiedelung von Krankenhäusern in Mittelzentren, eignet sich eine Betrachtung auf dieser Grundlage, da sie zum Zwecke der Zustandsbeschreibung die kleinräumige kommunale Analyse unterstützt.</p> <p>Für die Berechnung wurde auf der Gemeinde- bzw. Gemeindeverbändeebene die Gesamtanzahl der Bevölkerung und Fläche aufsummiert und unter Herausnahme der Großstädte den</p>
--	---

	<p>Mittelwert gebildet.</p> <p>Zu Absatz 3</p> <p>Der geringe Versorgungsbedarf im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wird normativ auf der Grundlage der Berechnung des Absatzes 2 ermittelt. Aufgrund fehlender kleinräumiger empirischer Daten wird hilfsweise der Anteil bezogen auf die Gesamtheit herangezogen. Der ermittelte geringe Versorgungsbedarf des Absatzes 2 entspricht 71% der durchschnittlichen Einwohnerdichte der Gesamtbevölkerung. Der Wert für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ist entsprechend auf 71% der durchschnittlichen Einwohnerdichte von Kindern und Jugendlichen unter achtzehn Jahren festgelegt.</p> <p>Zu Absatz 4</p> <p>Es wird eine Ausnahmeregelung für Krankenhäuser auf Inseln getroffen, da den besonderen geografischen Gegebenheiten der Inseln eine deutlich höhere Einwohnerdichte als Absatz 2 und 3 genannt, resultiert.</p> <p>Eine Insel im Sinne dieser Regelung ist eine in einem Meer oder Binnengewässer liegende, von Menschen bewohnte Landmasse, die vollständig von Wasser umgeben ist. Künstliche Bauwerke (Kanäle, Brücken, Fahrdämme), die eine Insel mit dem Festland verbinden, ändern nichts an dem Status als Insel.</p>
--	--

2.6 GKV-SV „§ 5 Notwendige Vorhaltung“/DKG „§ 4 Vorhaltung von Leistungen“

GKV-SV	DKG
<p>Der Gesetzgeber weist in der amtlichen Begründung zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) darauf hin, dass bei der Festlegung, welche Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig vorzuhalten sind, ein enger Maßstab anzuwenden ist. Es können Leistungen der Notfallversorgung sowie Leistungen, bei denen unmittelbare, diagnostische oder therapeutische Versorgung</p>	<p>Zu Absatz 1</p> <p>Im Raumordnungsbericht 2011 werden neben den Ausführungen zur Erreichbarkeit auch Aussagen zur notwendigen Vorhaltung von Leistungen gemacht. In der bereits aufgeführten Erreichbarkeitsanalyse des BBSR mit Unterstützung vom</p>

<p>erforderlich ist, einbezogen werden. Entsprechend wird die Erfüllung der untersten Stufe des Notfallstufensystems nach den Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V zugrunde gelegt, welche die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung festlegt. Die Basisstufe der Notfallversorgung setzt die Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung voraus.</p> <p>In Absatz 2 wird konkretisiert, was eine Fachabteilung ist. Diese Regelung stellt bei den notwendigen Vorhaltungen auf Fachabteilungen ab und referenziert dabei auf den Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels eignet sich besonders, da er zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene geeint ist. Um ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wird in der Regelung die Definition einer Fachabteilung wie folgt vorgenommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hier wird die eigene Struktur und Organisation als Voraussetzung für die Anerkennung als Fachabteilung beschrieben. Eine Fachabteilung kann also nicht eine Unterabteilung einer gänzlich anderen Abteilung sein (Beispiel: Neurochirurgie als Unterabteilung der Unfallchirurgie). 2. Die Fachkompetenz der Fachabteilung ergibt sich aus den Fachärzten. Um sicherzustellen, dass innerhalb von 30 Minuten ein Facharzt einen Notfallpatienten behandeln kann, setzt eine Fachabteilung das Vorhandensein mehrerer Fachärzte voraus. Aus diesem Grund wird hier die Pluralform gewählt. Gleichzeitig muss der Facharztstandard auch bei Urlaub, Krankheit, an Wochenenden und des Nachts innerhalb kurzer Zeit verfügbar sein. Fachabteilungen können sich nicht aus einem Facharzt ergeben. Hier wird auch (eigentlich eine Selbstverständlichkeit) festgelegt, dass der Facharztstandard nur mit einem entsprechenden Qualifikationsnachweis der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer erfüllt werden kann. Das bedeutet, dass nur Chirurgen in der Chirurgie den 	<p>Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) für Krankenhäuser der Grundversorgung wird aufgrund der genannten Unterschiede in den Krankenhausplanungen der Grundversorgungsbegriff nicht an der Versorgungsstufe, sondern an der Vorhaltung von Fachabteilungen der drei Disziplinen Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie/Geburtshilfe festgemacht. Zu Einrichtungen der Grundversorgung wurden dabei Krankenhäuser gezählt, wenn sie über eine chirurgische oder internistische Fachabteilung (mit mehr als fünf Betten) oder eine gynäkologische Abteilung verfügen.</p> <p>Die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung ist ein wesentlicher Qualitätsaspekt der Krankenhausversorgung in Deutschland. Dazu gehören zwingend die Leistungen der Grund- und Notfallversorgung und Leistungen, bei denen unmittelbare diagnostische und therapeutische Versorgung erforderlich ist. Dieses betrifft die Leistungen der Inneren Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe.</p> <p>Zu Absatz 2</p> <p>Auf die besonderen Aspekte bezüglich der Erreichbarkeit dieser speziellen, auf Kinder und Jugendliche ausgerichteten Versorgungsleistung wird in § 2 eingegangen.</p> <p>Im Vordergrund muss bei allen Abteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin die Vorhaltung einer ausreichenden Strukturqualität stehen. Diese bezieht sich im Wesentlichen auf personelle und apparative Ausstattung sowie auf eine Vernetzung mit Kooperationspartnern für die große Anzahl (neue Bundesländer 50%; alte Bundesländer 20%) kleinerer Abteilungen (weniger als 30 Betten oder unter 2000 Fälle/a) wird es zunehmend schwieriger werden, eine ausreichende Kompetenz und ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis vorzuhalten (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, institutionelle Ressourcen, Begründungsdokument 2013).</p>
---	---

<p>Facharztstandard herstellen können und nicht Internisten.</p> <p>3. Sofern der Landeskrankenhausplan oder der Versorgungsvertrag eine Ausweisung auf Fachabteilungsebene vorsieht, muss ein entsprechender Versorgungsauftrag vorliegen.</p> <p>4. Die Vertragsparteien vor Ort dokumentieren die Fachabteilungsstruktur anhand der Fachabteilungsschlüssel (Zweistellerebene) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Wie bereits zuvor ausgeführt, eignet sich die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels, da er zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene geeint ist.</p>	
--	--

2.7 GKV-SV „§ 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“/DKG „§ 5 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“

GKV-SV	DKG
<p>Sobald die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V vorliegen, sind diese bei der Prüfung der Voraussetzungen zur Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber hat in der amtlichen Begründung zum KHSG explizit darauf hingewiesen, dass festzulegen ist, inwieweit ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweist, einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren kann. Der G-BA legt fest, dass in diesem Fall mit dem Krankenhaus zwingend Auflagen zur Steigerung der Qualität zu vereinbaren sind, da der geringe Versorgungsbedarf das Krankenhaus nicht von der Erfüllung von Qualitätsanforderungen entbinden kann. Mit der Gewährung des Sicherstellungszuschlags werden zudem die finanziellen Voraussetzungen geschaffen, Qualitätsmängel, die möglicherweise auf einem unverschuldeten Defizit in der Bilanz beruhen, zu beheben. Sofern es deutliche Hinweise darauf gibt, dass eine erhebliche Anzahl von Patienten das Krankenhaus aufgrund der Qualitätsmängel meidet und längere Fahrzeiten in Kauf nimmt („Abstimmung mit den Füßen“), ist das Krankenhaus nicht mehr als</p>	<p>Zu Absatz 1</p> <p>Sobald die zum 31.12.2016 zu beschließenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vorliegen, hat der G-BA diese zu berücksichtigen.</p> <p>Zu Absatz 2</p> <p>Laut Begründung zum KHSG soll insbesondere festgelegt werden, inwieweit ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweist, einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren kann. Der G-BA legt fest, dass die Landesbehörde in diesem Falle mit dem Krankenhaus Auflagen zur Steigerung der Qualität vereinbaren kann. Mit der Gewährung des Sicherstellungszuschlags werden zudem die finanziellen Voraussetzungen geschaffen, Qualitätsmängel, die möglicherweise auf einem unverschuldeten Defizit in der Bilanz beruhen, zu beheben.</p> <p>Zu Absatz 3</p> <p>Zudem ist festzulegen, wie mit Krankenhäusern umzugehen ist, die als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag</p>

<p>bedarfsnotwendig einzustufen und der Sicherstellungszuschlag sollte nicht gewährt werden. Entscheidet die zuständige Landesbehörde dennoch, dass ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist, sind die maßgeblichen Gründe hierfür darzulegen.</p>	<p>vereinbaren möchte, in Frage kommen, aber bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweist. Der G-BA legt fest, dass die Landesbehörde in diesem Falle entscheidet, ob sie Krankenhäuser berücksichtigt, auch wenn diese bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweisen sollten.</p>
--	--

2.8 GKV-SV „§ 7 Verfahrensbestimmungen“/DKG „§ 6 Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde“

GKV-SV	DKG
<p>In Absatz 1 wird klargestellt, dass die Prüfung, ob die Voraussetzungen für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags im Einzelfall vom Krankenhaus erfüllt werden, der zuständigen Landesbehörde obliegt. Die Landesbehörde entscheidet auf Grundlage dieser Regelungen des G-BA. Um eine einheitliche Anwendung und Auslegung der Regelungen sicherzustellen, werden in § 7 Vorgaben für die Prüfung der Einhaltung der Voraussetzungen durch die zuständigen Landesbehörden nach § 5 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG getroffen, die der Gesetzgeber mit § 136 Absatz 3 Satz 4 explizit vorgesehen hat.</p> <p>In Absatz 2 wird festgelegt, dass das Vorliegen der Voraussetzungen jährlich zu überprüfen ist, da der Sicherstellungszuschlag nach § 5 Absatz 2 KHEntgG jährlich neu zu vereinbaren ist.</p> <p>In Absatz 3 wird klargestellt, dass die Ermittlung der Erreichbarkeit unabhängig von Landesgrenzen erfolgen muss, da die Bevölkerung unabhängig vom Land des Wohnorts und dem Land des Krankenhauses stationäre Leistungen in Anspruch nehmen kann. Eine Betrachtung je Land würde fachlich zu paradoxen Ergebnissen führen, da Krankenhäuser als für die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung unabdingbar eingestuft würden, obwohl eine Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrzeitminuten eines anderen geeigneten Krankenhauses vorliegt, und somit bei einer Schließung des Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung</p>	<p>Absatz 1</p> <p>Um eine bessere Vergleichbarkeit der Erreichbarkeit zu gewährleisten, werden PKW-Fahrzeitminuten gewählt, auch wenn nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Patienten die Möglichkeit haben, mit dem PKW in das nächstgelegene Krankenhaus zu fahren. Die zuständige Landesbehörde kann im Einzelfall Besonderheiten vor Ort gemäß § 2 Absatz 4 bei der Berechnung der Erreichbarkeit berücksichtigen.</p> <p>Zu Absatz 2</p> <p>Im Großteil der Regionen ist die Einwohneranzahl die entscheidende Größe zur Überprüfung des Betroffenheitsmaßes. Es kann jedoch z.B. in Feriengebieten oder in größeren Industriegebieten vorkommen, dass ein großer Teil der Betroffenen nicht mit Wohnsitz im Versorgungsgebiet des Krankenhauses gemeldet ist. In diesem Ausnahmefall kann die Landesbehörde nach eigenem Ermessen z.B. Urlauber und Pendler in die Berechnung der Betroffenen miteinbeziehen.</p> <p>Zu Absatz 3</p> <p>Es soll die Fläche, für die das Krankenhaus der nächste relevante Versorger ist, herangezogen werden. Das bedeutet, dass die regionalen Besonderheiten beachtet werden müssen. und kein pauschales Herangehen sinnvoll ist.</p>

<p>der Bevölkerung nicht gefährdet wäre.</p> <p>In Absatz 4 wird das notwendige Genauigkeitsmaß für die Überprüfung der Erreichbarkeits- und Versorgungsbedarfsvorgaben festgelegt. Die Krankenhausplanungsbehörden können die Einzeladressen der Bevölkerung für die Überprüfung der Voraussetzungen nach § 3 und § 4 nicht heranziehen. Dennoch muss ein hohes Maß der Genauigkeit sichergestellt werden. Die Vorgabe stellt sicher, dass die Gebiete so klein gefasst werden, dass die Erreichbarkeit innerhalb der Gebiete nur in einem kleinen vertretbaren Maße variieren kann.</p> <p>In Absatz 5 wird Bezug genommen auf die geplante gesetzliche Regelung zur Definition von Krankenhausstandorten in § 2a KHG, die voraussichtlich mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen zum 01.01.2017 in Kraft treten wird. Nach Stand des Referentenentwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30.06.2017 eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt.</p> <p>Absatz 6 stellt sicher, dass Algorithmen genutzt werden, die nicht nur auf Distanzen abstellen, sondern auch die tatsächlichen topographischen Bedingungen, die Verkehrsinfrastruktur und die durchschnittliche Verkehrslage berücksichtigen.</p> <p>In Absatz 7 wird eine Ausnahmeregelung für bestehende Krankenhäuser auf Inseln getroffen, da die besonderen geografischen Gegebenheiten der Inseln im Einzelfall dazu führen können, dass sich die Prüfanforderungen in § 3 und § 4 nur eingeschränkt oder nicht anwenden lassen. Beispielsweise kann es der Fall sein, dass die Fläche einer Insel unterhalb eines Quadratkilometers liegt. Auf die</p>	<p>Zu Absatz 4</p> <p>Die Sicherstellungszuschläge nach alter Regelung sind vornehmlich für Krankenhäuser auf Inseln vereinbart worden. Es ist davon auszugehen, dass diese weiterhin uneingeschränkt erforderlich sind. Dementsprechend kann ein Sicherstellungszuschlag für Krankenhäuser in Insellage auch vereinbart werden, wenn die Kriterien des geringen Versorgungsbedarfs nicht erfüllt sind. Die Bevölkerungsdichte auf den Inseln ist häufig größer als 162 Einwohner je km².</p>
---	--

Überprüfung einer flächendeckenden Erreichbarkeit eines anderen geeigneten Krankenhauses innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten sowie auf die Überprüfung des geringen Versorgungsbedarfs kann dementsprechend verzichtet werden. Vollständig nachzuweisen sind hingegen die notwendigen Vorhaltungen nach § 5.

Eine Insel in Sinne dieser Regelung ist eine in einem Meer oder Binnengewässer liegende, von Menschen bewohnte Landmasse, die vollständig von Wasser umgeben ist. Künstliche Bauwerke (Kanäle, Brücken, Fahrdämme), die eine Insel mit dem Festland verbinden, ändern nichts an dem Status als Insel.

In den Regelungen des G-BA werden für die Inseln aufgrund der geografischen Besonderheiten und des hohen Potenzials für einen geringen Versorgungsbedarf abweichende Vorgaben getroffen. Darüber hinaus haben die Landesregierungen nach § 5 Absatz 2 Satz 2 und 3 KHEntgG die Möglichkeit, ergänzende oder von den Regelungen des G-BA abweichende Vorgaben durch Rechtsverordnung zu erlassen, um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Leistungen Rechnung zu tragen. Wenn die Festlegungen des Landes zu höheren Ausgaben der Kostenträger für Sicherstellungszuschläge führen als die Regelungen des G-BA, ist die Differenz absenkend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen.

Absatz 8 geht auf die berücksichtigungsfähigen Tatbestände bei der Vereinbarung der Höhe des Sicherstellungszuschlags ein. Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist nach § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG ein Defizit des gesamten Krankenhauses. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarende Höhe des Zuschlags ist jedoch nach dem Bedarf für eine kostendeckende Finanzierung der notwendigen Vorhaltungen nach § 5 zu bemessen und nicht nach dem Gesamthausesdefizit. Es soll nach dem Willen des Gesetzgebers eine zielgenaue finanzielle Förderung von bedarfsnotwendigen Leistungen erfolgen und Sicherstellungszuschläge sollen auf echte Notsituationen begrenzt bleiben. Es sind nur solche Defizite durch den Sicherstellungszuschlag

Zu Absatz 5

Es findet an dieser Stelle noch eine Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben statt. In denen wird ausgeführt, dass die Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. Zur Prüfung für die Landesbehörde, ob ein Defizit des gesamten Krankenhauses vorliegt, bedarf es des Nachweises durch einen Wirtschaftsprüfer. Hierdurch wird ein einheitliches Verfahren geschaffen. Dieses Verfahren gilt explizit nicht bei Krankenhausfusionen, da hier eine Prüfung durch die Landesbehörde bei Weiterführung eines Sicherstellungszuschlages Betriebsstätten bezogen durchgeführt werden soll und die notwendigen Kriterien eines Prüfverfahrens gesetzlich hinreichend geregelt sind.

auszugleichen, die auf einem geringen Versorgungsbedarf gemäß der Definition in § 4 beruhen. Davon zu unterscheiden sind Defizite aufgrund von unwirtschaftlicher Betriebsführung. Ein Krankenhaus dessen Defizit sich sowohl auf einem geringen Versorgungsbedarf als auch auf Unwirtschaftlichkeiten begründet, kann zwar einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren, es hat jedoch in der Budgetverhandlung einen Maßnahmenplan zum Abbau der bestehenden Unwirtschaftlichkeiten vorzulegen.

In Absatz 8 wird die gesetzliche Vorgabe gemäß § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG wiederholt, dass ein Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweisen muss. Es wird festgelegt, dass dies durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen ist.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen entstehen keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne Anlage II zum 1. Kapitel der VerfO. Daher entstehen auch keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
09.09.2016	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
09.09.2016	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten
TT.MM.JJJJ	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<i>Anhörung</i>
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe)
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]

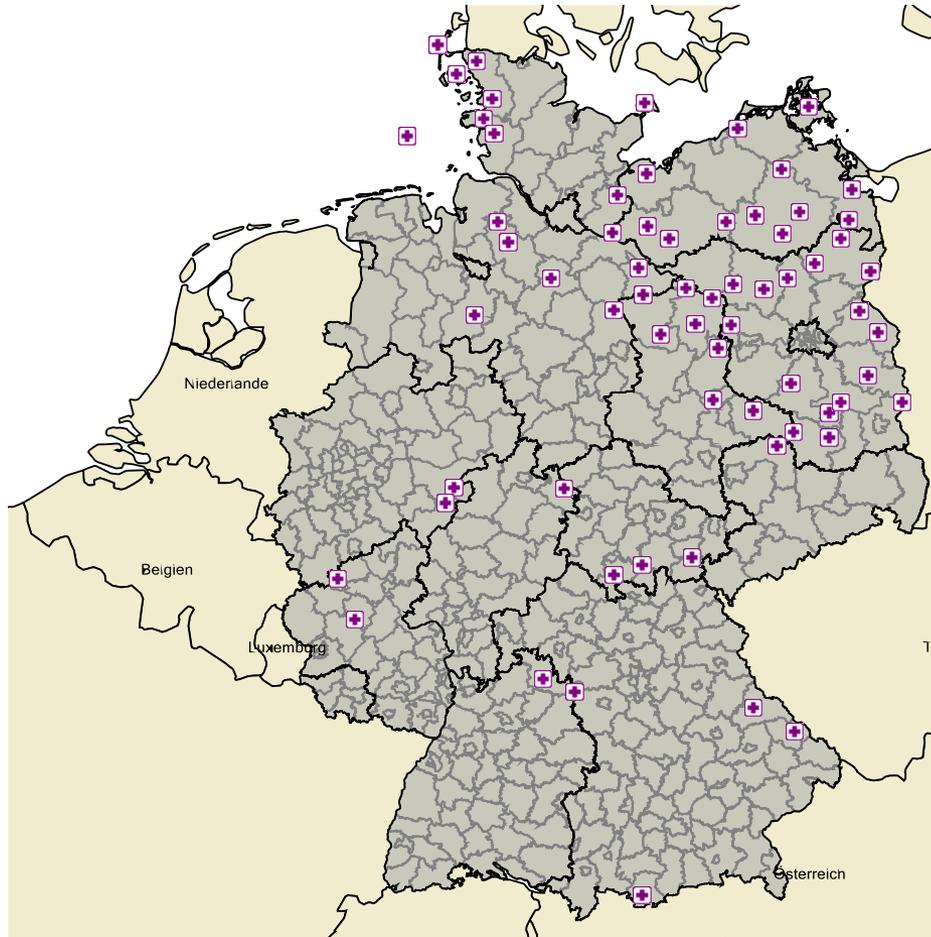
Folgeabschätzung GKV-Modell Sicherstellungszuschläge

Berlin, 15.09.2016

GKV-Spitzenverband



Folgeabschätzung GKV-Modell Sicherstellungszuschläge (inkl. Inseln)



Pkw-Fahrzeit	30 Minuten
Betroffenheitsnorm	5.000 Einwohner
Einwohnerdichte	≤ 100 Einwohner/km ²
Notwendige Vorhaltung	Fachabteilungen Innere Medizin UND Chirurgie
Inselkrankenhäuser	Vorhaltung

66 Sicherstellungskandidaten

- Nach jeder Strukturveränderung muss neu gerechnet werden.
- Wenn ein Krankenhaus ohne Sicherstellungsfunktion geschlossen wird, können neue Sicherstellungskandidaten entstehen.

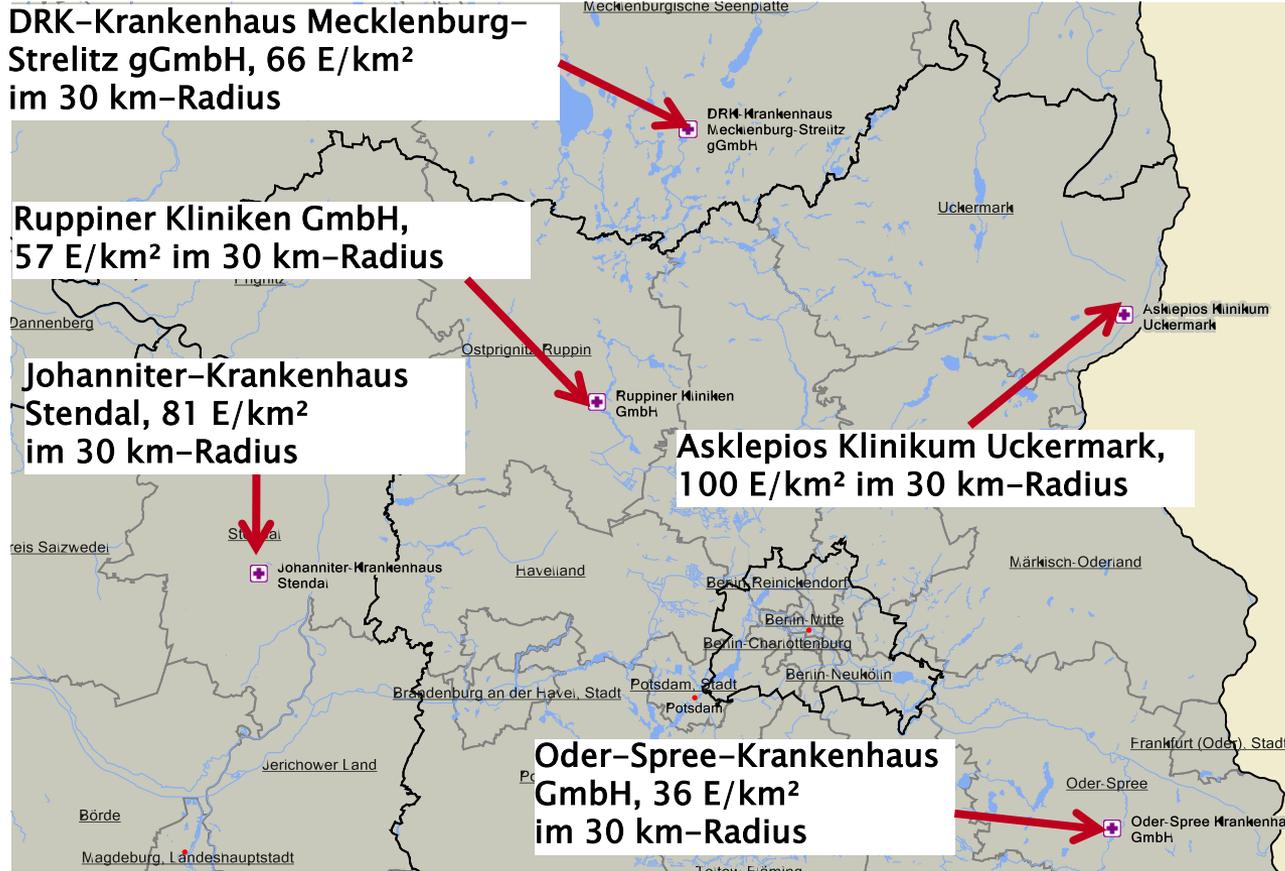


Ein geringer Versorgungsbedarf von $< 100 \text{ E/km}^2$ führt nicht zu Defiziten!

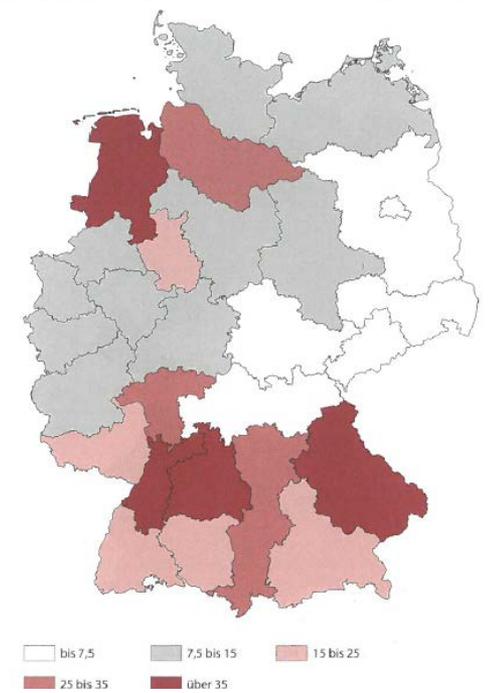
- ▶ Entscheidendes Kriterium für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen:
 - Ist das Haus defizitär, weil der Versorgungsbedarf zu gering ist?
 - DRG-Fallpauschalen finanzieren keine Vorhaltung (nur Fälle)!
- ▶ Krankenhausfälle im 30 km-Radius um ein Krankenhaus bei einer Bevölkerungsdichte von 100 Einwohnern je km^2 (E/km^2):
 - $\pi \times r^2 \times E = 3.141 \times 30^2 \times 100 = 282.743$ Einwohner
 - pro Jahr sind 64.226 Krankenhausfälle zu erwarten*
- ▶ Krankenhäuser dieser Größenordnung sind z. B.: Uniklinikum Mainz oder Charité Berlin, Standort Virchow
 - Kein Sicherstellungszuschlag notwendig!
 - Finanzierung über DRG-Fallpauschalen aufgrund der Fallzahlen gesichert!

*Berechnung auf Basis von 18.672.026 Krankenhausfällen und 82,2 Mio. Einwohnern

Wirtschaftlich gute Lage trotz geringer Einwohnerdichte!



Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen 2014 in %

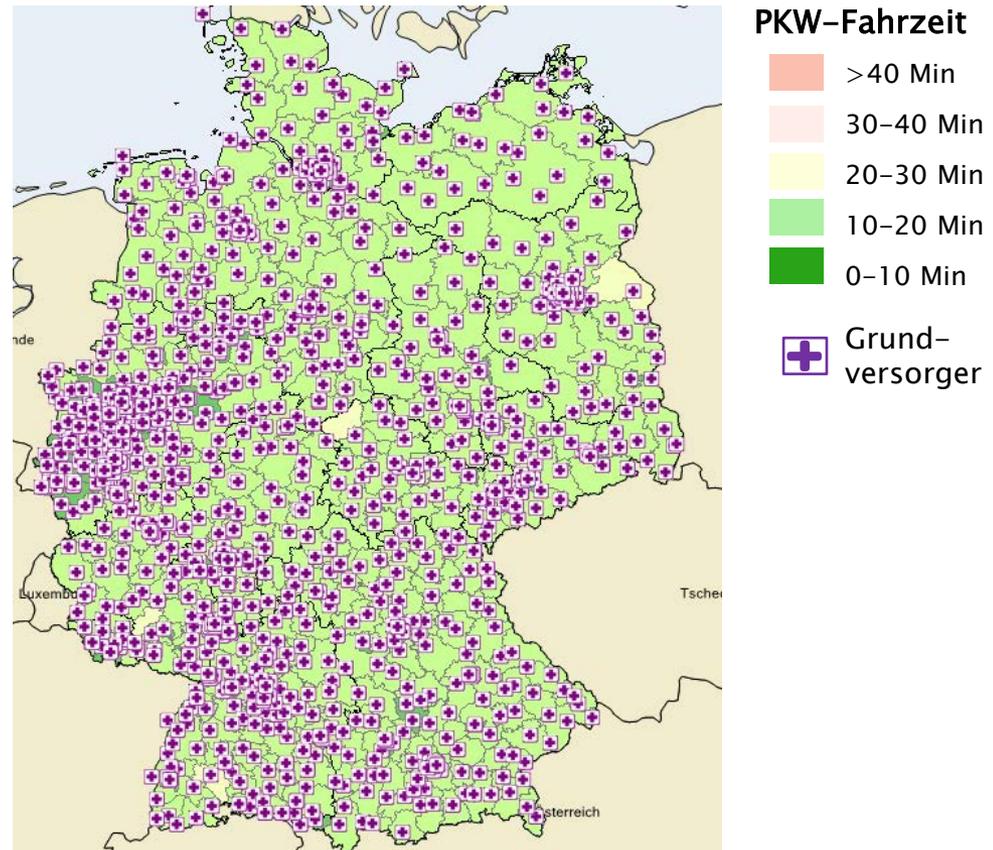


Quelle: RWI, Krankenhaus Rating Report 2015

- ▶ Der geringe Versorgungsbedarf von ≤ 100 E/km² führt nicht zu einer erhöhten Ausfallwahrscheinlichkeit. Im Gegenteil!
- ▶ Geringer Versorgungsbedarf von ≤ 100 E/km² ist mehr als großzügig bemessen!

Erreichbarkeit von Grundversorgern innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten

- ▶ 99 Prozent der Bevölkerung erreichen einen Grundversorger in weniger als 30 Minuten.
- ▶ Fast 50 Prozent der Bevölkerung erreichen zehn oder mehr Grundversorger innerhalb von 30 Minuten.
- ▶ Die KH-Planung orientiert sich i.d.R. am Zentrale-Orte-Prinzip. Für KH der Grund- und Regelversorgung wird eine Erreichbarkeit von 30 Pkw-Fahrzeitminuten zugrunde gelegt (abgeleitet aus der Erreichbarkeit von Mittelzentren).*



*Quelle: Landtag Rheinland-Pfalz, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/5756

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



**Auswirkungsanalyse der DKG
zu den
Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschuss
gemäß § 136c Absatz 3 SGB V für nach § 108 SGB V
zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zu
Sicherstellungszuschlägen, SI-R)
15. September 2016**

Die Auswertungen wurden mithilfe eines Krankenhaussimulationsprogramms durchgeführt.

Hierzu wurden die Berechnungen und Auswirkungen der Erreichbarkeiten auf mehreren Ebenen durchgeführt

a) Erreichbarkeit je Region

Diese Auswertung ermöglicht eine Analyse der Fahrzeiten und Wegstrecken sowie deren Verteilung je Region auf der PLZ5-Steller-Ebene (8.201 Postleitzahlengebiete).

Hierdurch konnte die grundsätzliche Erreichbarkeit zum nächsten Krankenhaus mit der entsprechenden Versorgungseinheit unter Bezugnahme der gewählten Fahrzeitvorgabe ermittelt werden, inkl. der hierbei betroffenen Einwohner pro km² im Einzugsgebiet des Krankenhauses

b) „Szenario Erreichbarkeit“

Das Verfahren ermittelt für eine Region einen Vorschlag, welche Krankenhäuser verzichtbar sind, ohne dass beim Marktaustritt des jeweils geprüften Krankenhauses die vorgegebenen Erreichbarkeitskriterien verletzt werden. Die Reihenfolge der Prüfung wird festgelegt, indem zuerst das Krankenhaus mit der höchsten Überschneidung des Einzugsgebiets mit den Einzugsgebieten anderer Häuser geprüft wird. Sofern mehrere Häuser identische Überschneidungen aufweisen, erfolgt eine Sortierung nach Zahl der Einwohner im Einzugsgebiet.

Hierbei konnte bereits die Anzahl der Einwohner die zusätzlich durch Schließungen in der vorgegebenen Zeit keinen Standort erreichen können berücksichtigt werden.

c) Berechnung und Ermittlung der Krankenhäuser mit einem möglichen Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag aufgrund der beschriebenen Vorgaben

Datengrundlage: Datenjahr 2014.

Erreichbarkeit je Region (Grundlage PLZ5 Gebiete)

In der vorgesehenen Fahrzeit (20 Minuten) können einen entsprechenden Standort 89% (Innere Medizin), bzw. 88% (Chirurgie) der Bevölkerung erreichen.

Berechnen:	Vers.grad berechnen
Kennzahl	Versorgungsgrad
Einwohner	89,0%
Fachgebiet	Innere Medizin
Fahrzeitvorgabe	20 Minuten
Fälle (Versicherte)	

Berechnen:	Perzentile berechnen		
Kennzahl:	Einwohner		
Perzentil	Fahrzeit	Fahrstrecke	
5,0%	2,29	0,93	
10,0%	3,15	1,36	
20,0%	4,55	2,09	
30,0%	5,91	2,88	
40,0%	7,40	3,89	
50,0%	9,13	5,19	
60,0%	11,04	6,88	
70,0%	13,39	8,96	
80,0%	16,32	11,56	
90,0%	20,51	15,14	
95,0%	24,20	18,12	
99,0%	31,31	24,15	
100,0%	591,08	197,68	
Gesamt Einwohner	81.149.517		

Berechnen:	Vers.grad berechnen
Kennzahl	Versorgungsgrad
Einwohner	88,0%
Fachgebiet	Chirurgie
Fahrzeitvorgabe	20 Minuten

Berechnen:	Perzentile berechnen		
Kennzahl:	Einwohner		
Perzentil	Fahrzeit	Fahrstrecke	
5,0%	2,30	0,94	
10,0%	3,18	1,37	
20,0%	4,60	2,11	
30,0%	5,96	2,93	
40,0%	7,52	3,99	
50,0%	9,29	5,34	
60,0%	11,28	7,13	
70,0%	13,71	9,30	
80,0%	16,73	11,96	
90,0%	21,08	15,62	
95,0%	24,74	18,72	
99,0%	31,95	24,87	
100,0%	591,08	197,68	
Gesamt Einwohner	81.149.517		

Erreichbarkeit je Region (Grundlage PLZ5 Gebiete)

In der vorgesehenen Fahrzeit (20/40 Minuten) können einen entsprechenden Standort 83% (Gynäkologie und Geburtshilfe), bzw. 93,4% (Pädiatrie) der Bevölkerung erreichen.

Berechnen:	Vers.grad berechnen
Kennzahl	Versorgungsgrad
Einwohner	83,0%
Fachgebiet	Gynäkologie und Geburtshilfe
Fahrzeitvorgabe	20 Minuten

Berechnen:	Vers.grad berechnen
Kennzahl	Versorgungsgrad
Einwohner	93,4%
Fachgebiet	Pädiatrie
Fahrzeitvorgabe	40 Minuten

Berechnen:	Perzentile berechnen		
Kennzahl:	Einwohner		
Perzentil	Fahrzeit	Fahrstrecke	
5,0%	2,65	1,10	
10,0%	3,65	1,62	
20,0%	5,28	2,53	
30,0%	6,85	3,54	
40,0%	8,61	4,78	
50,0%	10,52	6,37	
60,0%	12,76	8,42	
70,0%	15,38	10,93	
80,0%	18,76	13,99	
90,0%	23,74	18,30	
95,0%	28,15	22,20	
99,0%	37,46	30,09	
100,0%	591,08	197,68	
Gesamt Einwohner	81.149.517		

Berechnen:	Perzentile berechnen		
Kennzahl:	Einwohner		
Perzentil	Fahrzeit	Fahrstrecke	
5,0%	3,75	1,69	
10,0%	5,14	2,51	
20,0%	7,47	4,10	
30,0%	9,77	5,89	
40,0%	12,26	8,24	
50,0%	14,97	11,22	
60,0%	18,08	14,69	
70,0%	21,80	18,66	
80,0%	26,63	23,77	
90,0%	34,06	31,12	
95,0%	40,47	37,68	
99,0%	54,23	51,29	
100,0%	591,08	197,68	
Gesamt Einwohner	81.149.517		

„Szenario Erreichbarkeit“

Diese Auswertungen wurden in mehreren Schritten durchgeführt:

1. Für jede zu prüfenden Fachabteilungen wurden die Versorgungsstufe, der Einrichtungstyp, der Status des Krankenhauses, die Einrichtungsart und das Fachgebiet (Grundlage Qualitätsberichte) festgelegt und damit die grundsätzlich infrage kommenden Krankenhäuser selektiert.
2. Danach wurde unter Zusammenführung mehrerer Bundesländer für jede Fachabteilung separat die Analyse für die im ersten Schritt selektierten Krankenhäuser durchgeführt. Eine bundesweite Abfrage war nicht möglich, da eine entsprechende Auswertung aufwendige Berechnungsschritte aufgrund eines komplexen Algorithmus erfordert. Hierdurch muss es insbesondere an den Bundeslandgrenzen zu Ungenauigkeiten in der Berechnung kommen. Bundesländer, die nicht gemeinsam ausgewertet werden konnten, aber gemeinsame Grenzen haben, können so bezüglich der Erreichbarkeit nicht bundeslandübergreifend betrachtet werden. Dadurch wird die tatsächliche Anzahl von Kliniken, die aufgrund der vorgegebenen Kriterien die Möglichkeit haben grundsätzlich Sicherstellungszuschlagsberechtigt zu sein (vorausgesetzt das „Defizitkriterium“ welches hierbei nicht betrachtet werden kann, liegt ebenfalls vor), niedriger sein als die errechnete Anzahl.
3. Die daraus resultierenden Ergebnisse wurden in einem dritten Schritt auf Erfüllung des Kriteriums des „geringen Versorgungsbedarfes“ untersucht.

Ergebnisse I.		
Kliniken insgesamt in der Auswertung (= Krankenhäuser mit relevanten Fachabteilungen)		1402
Kliniken, die aufgrund der vorgegebenen Kriterien die Möglichkeit haben grundsätzlich Sicherstellungszuschlagsberechtigt zu sein (vorausgesetzt das „Defizitkriterium“ welches hierbei nicht betrachtet werden kann, liegt ebenfalls vor)		<u>514*</u>
Davon:		
Kliniken, in denen <u>eine</u> der Fachabteilungen Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie, oder Pädiatrie vorgehalten werden. (Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 77)	Zuschlagsberechtigung für die Innere Medizin	62
	Zuschlagsberechtigung für die Gyn/Geb	1
	Zuschlagsberechtigung für die Chirurgie	8
	Zuschlagsberechtigung für die Pädiatrie	6
Kliniken, in denen die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie vorgehalten werden. (Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 106)	Zuschlagsberechtigung nur für die Innere Medizin	105
	Zuschlagsberechtigung nur für die Chirurgie	104
Kliniken, in denen die Fachabteilungen Innere Medizin und Gynäkologie und Geburtshilfe vorgehalten werden. (Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 10)	Zuschlagsberechtigung nur für die Innere Medizin	9
	Zuschlagsberechtigung nur für die Gyn/Geb.	10
Kliniken, in denen die Fachabteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe und Pädiatrie vorgehalten werden. (Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 2)	Zuschlagsberechtigung nur für die Gyn/Geb.	2
	Zuschlagsberechtigung nur für die Pädiatrie	1

* siehe hierzu auch Ausführungen auf Folie 7, Nr. 2

Ergebnisse II.

Kliniken, die aufgrund der vorgegebenen Kriterien die Möglichkeit haben grundsätzlich Sicherstellungszuschlagsberechtigt zu sein (vorausgesetzt das „Defizitkriterium“ welches hierbei nicht betrachtet werden kann, liegt ebenfalls vor)

514*

Davon:

Kliniken, in denen die Fachabteilungen Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe und Chirurgie vorgehalten werden.
(Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 184)

Zuschlagsberechtigung nur für die Innere Medizin
Zuschlagsberechtigung nur für die Chirurgie
Zuschlagsberechtigung nur für die Gyn/Geb.

171
174
180

Kliniken, in denen die Fachabteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe und Chirurgie vorgehalten werden.
(Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 3)

Zuschlagsberechtigung nur für die Chirurgie
Zuschlagsberechtigung nur für die Gyn/Geb

3
3

Kliniken, in denen die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Pädiatrie vorgehalten werden.
(Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 4)

Zuschlagsberechtigung nur für die Innere Medizin
Zuschlagsberechtigung nur für die Chirurgie
Zuschlagsberechtigung nur für die Pädiatrie

2
2
3

Kliniken, in denen die Fachabteilungen Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe und Pädiatrie vorgehalten werden.
(Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 3)

Zuschlagsberechtigung nur für die Innere Medizin
Zuschlagsberechtigung nur für die Gyn/Geb.
Zuschlagsberechtigung nur für die Pädiatrie

3
3
2

Kliniken, in denen alle vier Fachabteilungen Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie, oder Pädiatrie vorgehalten werden.
(Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 124)

Zuschlagsberechtigung nur für die Innere Medizin
Zuschlagsberechtigung nur für die Chirurgie
Zuschlagsberechtigung nur für die Gyn/Geb.
Zuschlagsberechtigung nur für die Pädiatrie

81
90
96
115

Kliniken, in denen die Fachabteilungen Chirurgie und Pädiatrie vorgehalten werden.
(Gesamtanzahl der Krankenhäuser = 1)

Zuschlagsberechtigung nur für die Chirurgie
Zuschlagsberechtigung nur für die Pädiatrie

1
1

Ergebnisse III.

Kliniken, die aufgrund der vorgegebenen Kriterien die Möglichkeit haben grundsätzlich Sicherstellungszuschlagsberechtigt zu sein (vorausgesetzt das „Defizitkriterium“ welches hierbei nicht betrachtet werden kann, liegt ebenfalls vor)

514*

Davon Verteilung auf Bundesländer:

Baden-Württemberg	39
Bayern	138
Brandenburg	40
Hessen	25
Mecklenburg-Vorpommern	31
Niedersachsen	71
Nordrhein-Westfalen	23
Rheinland-Pfalz	32
Saarland	1
Sachsen	32
Sachsen-Anhalt	31
Schleswig-Holstein	21
Thüringen	30


Stellungnahme zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	
30.09.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu § 5 des GKV-SV- bzw. § 4 des DKG-Vorschlages:</p> <p>Ergänzung der Liste der zur Versorgung von Notfällen in der Grund- und Regelversorgung notwendig vorzuhaltenden Fachabteilungen um die Fachabteilung für Anästhesiologie.</p>	<p>Es ist dringend erforderlich, die Liste der in § 5 des GKV-SV- bzw. § 4 des DKG-Vorschlages zur Versorgung von Notfällen in der Grund- und Regelversorgung notwendig vorzuhaltenden Fachabteilungen um die Fachabteilung für Anästhesiologie zu ergänzen.</p> <p>Die Anästhesiologie ist für die Notfall- und Grundversorgung der Bevölkerung von essentieller Bedeutung. Das Vorhandensein einer Fachabteilung für Anästhesiologie ist unabdingbar für die Durchführung von Operationen und ebenfalls heilerfolgsrelevant für eine Reihe von interventionellen Eingriffen in der konservativen Medizin, bei der Akutschmerztherapie und bei bestimmten bildgebenden Verfahren.</p> <p>Die rd. 1.200 Anästhesieabteilungen in deutschen Krankenhäusern sind zudem bei der Versorgung von Schwerverletzten und lebensbedrohlichen Notfällen prä- und innerklinisch in hohem Maße involviert. Sie stellen einen Großteil der Notärzte und versorgen kritisch kranke Patientinnen und Patienten auf Intensivseinheiten, die insbesondere in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung überwiegend unter anästhesiologischer Leitung stehen.</p> <p>Die Notwendigkeit einer Anästhesieabteilung für die Behandlung von Notfällen wird von allen relevanten Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften betont, die in einem Positionspapier zur Notfallversorgung feststellen, dass „<i>Im Minimum (...) die Notfallbehandlung in den Fachgebieten Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie sichergestellt sein (muss).</i>“ (Dt Ärztebl 2010;107(7): A-268 / B-236 / C-232).</p> <p>Es sollte sich um eine Hauptabteilung handeln, da eine beleg- oder konsiliarärztliche anästhesiologische Versorgung gerade für Notfallpatienten ausscheidet.</p> <p>Der Umstand, dass die Vorhaltung einer Fachabteilung für Anästhesiologie nicht aus dem Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V und i.d.R. auch nicht aus den Krankenhausplänen der Länder ableitbar ist, darf hierbei keinen Hinderungsgrund darstellen, da die Vereinbarung von</p>



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	
30.09.2016	
	Sicherstellungszuschlägen stets auch einer Einzelfallprüfung bedarf.



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-0
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: info@dgk.org
Web: www.dgk.org

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abt. M-VL

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Per E-Mail: sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

Düsseldorf, den 06. Oktober 2016

DGK_V2016_048_Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen (Beschlusssentwurf zur Erstfassung)

Stellungnahme zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 136c Absatz 3 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1 Nr. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dabei insbesondere Vorgaben zu beschließen:

- zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus ohne Zuschlag erbracht werden können;
- zum Begriff des geringen Versorgungsbedarfs;
- zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.

Zweck der Regelung ist es letztendlich, Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen zu schaffen, um bedarfsnotwendige Kapazitäten vorzuhalten und eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund nimmt die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie-Herz- und Kreislaufforschung (e.V.) zum vorliegenden Entwurf wie folgt Stellung:

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Gemäß Beschluss des Unterausschusses Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 09. September 2016 ist der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3, Satz 5 SGB V gegeben worden. Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens soll dabei der Beschlussentwurf zur oben genannten Erstfassung gemäß der beigefügten Anlage 1 sein. Die tragenden Gründe sollen dabei als Unterstützung für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt werden.

Die vorliegenden Dokumente geben jedoch lediglich die Positionen von GKV-Spitzenverband einerseits und Deutscher Krankenhausgesellschaft andererseits wieder, ohne dass eine eindeutige Position hierbei erkennbar wäre. Gemäß Anschreiben vom 16. September 2016 soll der Unterausschuss Bedarfsplanung seine Beratung zur Erstfassung der Regelung für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen weitestgehend abgeschlossen haben. Das Ergebnis dieser Beratung erschließt sich aus den vorliegenden Unterlagen jedoch nicht. Gleichwohl wird zum Inhalt der insbesondere von GKV-Spitzenverband einerseits und Deutscher Krankenhausgesellschaft andererseits abgegebenen Positionen nachfolgend Stellung genommen:

B. Stellungnahme

Zu § 1: Nach Leistungsarten differenzierte Vorgaben

In der Behandlung internistischer Krankheitsbilder kommt der Akutbehandlung des Herzinfarktes eine besondere Stellung zu. Sowohl die Sterblichkeit als auch das Auftreten bleibender Folgeschäden sind ganz entscheidend von dem Zeitintervall zwischen Beginn der Symptomatik und der Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes (Reperfusion) abhängig. Diese kardiologische Versorgung muss daher in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden, in der bisher lediglich allgemein von der internistischen Versorgung gesprochen wird.

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist weltweit die häufigste Todesursache. Über 7 Millionen Menschen sterben jährlich an der KHK, die für 12,8% aller Todesfälle verantwortlich ist. Eine Reihe kürzlich publizierter Studien berichten über einen Rückgang der akuten und Langzeit-Sterblichkeit nach ST-Streckenhebungsinfarkt (ST-Elevation Myocardial Infarction, STEMI). Dies wird durch den häufigeren Einsatz einer frühen Reperfusionstherapie, insbesondere der primären Katheterintervention (Percutaneous Coronary Intervention, PCI), der Therapie mit modernen antithrombotischen Medikamenten und der verbesserten Primär- und Sekundärprävention erklärt. Trotzdem ist der STEMI weiterhin mit einer bedeutsamen Mortalität verbunden.

In Deutschland verstarben im Jahr 2010 fast 60.000 Menschen am akuten Herzinfarkt. Die Krankenhaussterblichkeit des STEMI liegt weiterhin bei 7-9%. Auch die Folgen des Infarktes wie

Herzinsuffizienz, Reinfarkt und Rhythmusstörungen sind von ganz erheblicher medizinischer und ökonomischer Bedeutung. Viele Todesfälle treten in der Frühphase eines STEMI aufgrund von Kammerflimmern auf. Bei nach Herz-Kreislauf-Stillstand wieder belebten Patienten mit ST-Streckenhebungen im EKG stellt die sofortige Herzkatheteruntersuchung mit dem Ziel der primären PCI die Strategie der Wahl dar.

Bei jedem Patienten mit Herzinfarkt ist eine Verkürzung der Zeit bis zum Beginn der Herzkatheteruntersuchung mit Reperfusionstherapie mit einem verbesserten klinischen Verlauf assoziiert. Die primäre PCI, definiert als notfallmäßige PCI, ist die bevorzugte Reperfusionstherapie bei Patienten mit STEMI, sofern diese unverzüglich durchgeführt werden kann. Die Zeit bis zur PCI mit Reperfusion ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf Mortalität und Morbidität der Herzinfarkt-Patienten. Bei Anmeldung des Patienten durch das zuweisende Krankenhaus oder den Rettungsdienst ist eine Door-to-Balloon-Zeit (Eintreffen im Krankenhaus bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Herzinfarktgefäßes) von < 60 Minuten realistisch, und wird in Deutschland bei mehr als der Hälfte der Patienten erzielt. Schwieriger ist die Abschätzung der Zeit zwischen erstem medizinischem Kontakt (EMK) und primärer PCI. Diese beträgt auch in städtischen Bereichen häufig über 90 Minuten. Insbesondere bei kurzer Symptombdauer und großen Infarkten besteht noch Verbesserungsbedarf, um den Vorteil der frühen Reperfusionstherapie mittels PCI zu erhalten. Hier ist eine sehr kurze Zeit (< 90 Minuten) zwischen EMK und primärer PCI zu fordern.

Für die flächendeckende Versorgung in Deutschland ist daher zu fordern, dass Herzinfarktpatienten innerhalb von 30 Minuten Zugang zu einer Klinik mit einer möglichst interventionellen Reperfusionstherapie haben.

Die Zeitintervalle bis zur Therapie einfache und sofort nachvollziehbare Indikatoren für die Versorgungsqualität von Herzinfarktpatienten. Daher sollten diese Zeitintervalle in jedem Krankenhaus, welches an der Versorgung von Infarktpatienten teilnimmt, routinemäßig erfasst und regelmäßig überprüft werden.

Zu § 2: Erreichbarkeit

Die Definition, wann eine flächendeckend ausreichende Erreichbarkeit anhand von Fahrzeitminuten gegeben ist, hat sich letztendlich ausweislich der gesetzlichen Begründung auch an regionalen und geografischen Kriterien zu orientieren. Die Festlegung von 20, 30 oder 40 Minuten erscheint dabei willkürlich gewählt und berücksichtigt nicht gegebenenfalls bestehende Besonderheiten im Einzelfall. Die von der DKG vorgeschlagene Öffnungsklausel, dass die Länder im Einzelfall zur Berücksichtigung von Besonderheiten vor Ort abweichende Festlegungen treffen können, ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Rahmen hierfür vorzugeben.

Zu § 3: Geringer Versorgungsbedarf

Eine obligatorische Vorgabe des Gesetzgebers ist auch im Hinblick auf den Begriff des geringen Versorgungsbedarfs gegeben. Der G-BA hat dabei Festlegungen zu treffen, um einen geringen Versorgungsbedarf von Unwirtschaftlichkeiten als mögliche Ursache von Defiziten in einem Krankenhaus unterscheiden zu können. Insofern sollen keine Defizite aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden. Unbeantwortet bleibt dabei jedoch die Frage, wie aufgrund einer strukturellen Schwäche eines Krankenhauses (Versorgungsnotwendigkeit in versorgungsschwachen Gebieten) bedingte Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden sollen. Hierbei kommt es Einzelfall zu kaum zu differenzierenden Fallkonstellationen, auf die in den vorliegenden Entwürfen keine Antworten gegeben worden sind. Entscheidendes Ziel muss die Sicherstellung der Versorgung für die Patienten sein, sodass sich eine allzu starre Abgrenzung verbietet.

Zu § 4: Vorhaltung von Leistungen

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Kommentierung zu „**§ 1: Nach Leistungsarten differenzierte Vorgaben**“ (siehe oben).

Zu § 5: Notwendige Vorhaltungen / Qualität

Im Rahmen der notwendigen Vorhaltungen und insbesondere der Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kann dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht gefolgt werden. Das Merkmal der Vorhaltung von angestellten Ärzten ist nicht geeignet, im Rahmen der hier notwendigen Definitionen für Klarheit zu sorgen, aber auch das mit der Regelung angestrebte Ziel zu erreichen. Es ist insbesondere nicht klar, welche Kriterien für eine Anstellung eines Arztes im Krankenhaus heranzuziehen sind, warum eine Vorhaltung von Honorarärzten nicht ausreichend sein soll und in welchem Umfang Ärzte (sowohl quantitativ als auch qualitativ anzustellen sind).

Ausweislich der gesetzlichen Bestimmungen ist zudem festzulegen, inwieweit ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Indikationen unzureichende Qualität aufweist, einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren kann, wenn hierdurch die Versorgung sichergestellt wird. Zum anderen ist festzulegen, wie mit Krankenhäusern umzugehen ist, die zwar grundsätzlich als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, infrage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Indikationen unzureichende Qualität aufweisen. Umgekehrt ist allerdings auch zu berücksichtigen, wie generell das Verhältnis zwischen Qualität einerseits und Versorgungsnotwendigkeit andererseits geregelt wird. Hier bleiben die vorgeschlagenen Formulierungen im Unklaren und sorgen nicht für die notwendige Rechtssicherheit.

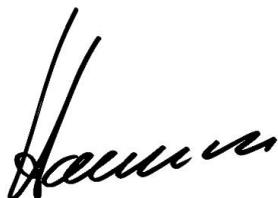
C. Zusammenfassung

Zusammenfassend bleiben die Vorschläge hinter dem Zweck der gesetzlichen Regelungen § 136c SGB V zurück, verlässliche und klare Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen zu schaffen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden um damit die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Eine klare und nachvollziehbare Regelung, die sich an den gesetzlichen Vorgaben orientiert und insbesondere die Besonderheiten der einzelnen Indikationen und Versorgungsbereiche berücksichtigt, ist daher nicht nur wünschenswert, sondern zwingend notwendig. Diesen Vorgaben werden die aktuellen Vorschläge nicht gerecht, zumal die Position des Unterausschusses Bedarfsplanung auf der Grundlage der vorliegenden Dokumente und Informationen nicht nachvollzogen werden kann.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

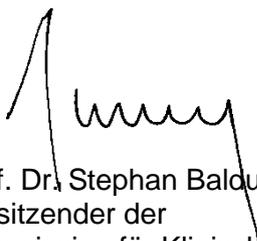
Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Christian W. Hamm
Mitglied des
geschäftsführenden Vorstands der
Deutschen Gesellschaft für Kardiologie



Prof. Dr. Bernd Nowak
Vorsitzender des Ausschuss AMNOG
PG 03 - Leistungsbewertung in der
Kardiologie



Prof. Dr. Stephan Balouš
Vorsitzender der
Kommission für Klinische Kardiologie


**Stellungnahme zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von
Sicherstellungszuschlägen**

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH)	
03.10.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu II. § 1 Abs. 2 und § 4 Abs. 2</p> <p>Leistungen der Grund- und Notfallversorgung der Kinder und Jugendmedizin <u>sowie</u> <u>Kinderchirurgie</u> (Kinderkliniken und Kinderabteilungen <u>sowie</u> <u>Abteilungen für Kinderchirurgie</u> in Allgemeinkrankenhäusern)</p>	<p>Analog zur Pädiatrie erforderliche Sicherstellung einer qualitäts- und altersentsprechenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Grundlage ist die Facharztkompetenz entsprechend der MWBO. Kinderchirurgie ist ein eigenständiges Fach im Gebiet Chirurgie.</p>
<p>Zu § 2</p> <p>Die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen soll im Falle von Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie nicht von der Zahl der bei Schließung der Fachabteilung betroffenen Kinder und Jugendlichen abhängig gemacht werden.</p>	<p>Prinzipiell haben alle Kinder und Jugendliche das gleiche Anrecht auf eine adäquate medizinische Versorgung. Die Zahl der von einer Schließung betroffenen Kinder und Jugendliche ist immer grundsätzlich zu minimieren. Um das zu erreichen, sollen die Erreichbarkeit in Fahrkilometern oder entsprechender Fahrzeit Entscheidungskriterium sein, wobei hierbei Überlappungen in den Versorgungsgebieten bewusst eingeplant bzw. akzeptiert werden müssen.</p>

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Prof. Dr. Hecken, Unparteiischer Vorsitzender
Herrn Dirk Hollstein, Abt. Methodenbewertung
PF 12 06 06, 10596 Berlin

Per Mail an: sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

Stellungnahmerecht gemäß § 136c Abs. 3 Satz 5 SGB V: Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 136c Abs. 3 SGB V

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

als betroffene medizinische Fachgesellschaft ist es uns sehr wichtig, zum
Beschlussentwurf des G-BA über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung
von Sicherstellungszuschlägen Stellung nehmen zu können.
Dabei fokussieren wir uns auf die medizinische Versorgung von Kindern und
Jugendlichen.

Grundlage unserer Stellungnahme

Wir gehen von der Prämisse aus, dass jedes Kind und jeder Jugendliche dasselbe
Recht auf eine qualitativ gute fachärztliche Versorgung hat wie ein Erwachsener. Den
Gesetzgeber und die Selbstverwaltung sehen wir in der Pflicht, dies für alle Kinder und
Jugendlichen in Deutschland zu gewährleisten, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des
Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989
(Art. 24). Dieses wurde in der „Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf
gesundheitliche Versorgung“, die 1998 vom Weltärztebund verabschiedet wurde,
aufgegriffen und spezifiziert. Darin werden „Kinder“ zeitlich von der Geburt bis zur
Vollendung des 17. Lebensjahres definiert. Hervorheben möchten wir hier lediglich 3
Punkte:

*„6. Ärzte und andere mit der medizinischen Betreuung von Kindern betrauten Personen müssen
über eine spezielle Ausbildung und besondere Fähigkeiten verfügen, um in geeigneter Weise
den medizinischen, physischen, emotionalen und psychologischen Bedürfnissen der Kinder und
ihrer Familien gerecht werden zu können.“*

*„20. Die Umgebung eines stationär behandelten Kindes sollte seinem Alter und seinem
Gesundheitszustand entsprechend gestaltet, eingerichtet und ausgestattet sein. Ein Kind sollte
nicht zusammen mit erwachsenen Patienten in einem Zimmer untergebracht sein...“*

Der Präsident
Prof. Dr. Ertan Mayatepek

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:
Klinik für Allgemeine Pädiatrie,
Neonatologie und Kinderkardiologie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tel. +49 211 81-17640
Fax: +49 211 81-18757
mayatepek@dgkj.de

Düsseldorf, 30.09.2016

21. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, damit die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter bei ihrem stationär behandelten Kind sein können; falls erforderlich, sollte ihnen im oder ganz in der Nähe des Krankenhauses ... eine Übernachtungsmöglichkeit zur Verfügung gestellt werden.“

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen und der derzeit gültigen Musterweiterbildungsordnung (Kapitel zum Gebiet „Kinder- und Jugendmedizin) sehen wir Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin der Allgemeinkrankenhäuser als die Orte an, in denen Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalles oder einer Krankenhausbehandlung ärztlich und pflegerisch versorgt werden sollten.

Die entsprechenden Krankenhausstrukturen in erreichbarer Nähe vorzuhalten, sehen wir als den wichtigsten Grund für die vom Gesetzgeber gewünschten Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen. Diese Strukturen müssen für Kinder und Jugendliche aber ebenso vorgehalten werden wie für Erwachsene.

Zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen:

Da der Text des GKV-Spitzenverbandes für den Beschlussentwurf keinerlei Unterscheidung/Spezifizierung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen macht, lehnen wir diesen in der derzeitigen Form dezidiert ab. Aus unserer Sicht müssen Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinderkliniken Teil der Versorgungsstrukturen sein, die für diesen Teil der Bevölkerung vorgehalten werden müssen, auch wenn sie nur durch die Möglichkeit der Sicherstellungszuschläge aufrecht erhalten werden können.

Wir gehen hier von einer Daseinsvorsorge für Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalls / einer Krankenhausversorgung aus, die in 30 km bis maximal 40 Minuten Fahrzeit zur nächsten stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin erreichbar ist. Die 30/40-Regelung wurde von Seiten der kinder- und jugendmedizinischen Verbände 2012 im Rahmen eines Zukunftsprojekts konsentiert („Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland“, Link: <http://dakj.de/projekte/flaechendeckende-versorgung-kinder-jugendliche-deutschland/>)

Wir plädieren daher dringend für die Textentwürfe der DKG für die Regelung der Sicherstellungszuschläge, die die stationäre pädiatrische Versorgung in Zukunft absichern, insbesondere in

II. Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

§ 1, Nr. 2

§ 3, (3)

§ 4, (2)

Sehr gerne stehe ich mit meinen Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung, unsere Ausführungen zu erläutern.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ertan Mayatepek

Anlage 1_zur DGKJ-Stellungnahme zu den Sicherstellungszuschlägen

GKV-SV	DKG	Anmerkungen DGKJ/GKinD
		<p>Allg. Anmerkungen</p> <p>In Deutschland gibt es 351 Krankenhausstandorte mit einer pädiatrischen Versorgung. Organisatorisch eigenständig (eigene IK-Nr.) sind davon höchstens 15 Einrichtungen, die von diesem Gesetz betroffen sind. Zur Sicherstellung der flächendeckenden stationären Versorgung mindestens im Notfall ist für Kinder und Jugendliche darüber hinaus ein Erhalt an pädiatrischen Fachabteilungen notwendig, um eine "Mindesterreichbarkeit" von 40 Minuten weiterhin sicher zu stellen. Insbesondere auch der Erhalt von geburtshilflichen Abteilungen und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin am selben Standort sind unverzichtbar für eine ausreichende medizinische Versorgung im Notfall. Vor diesem Hintergrund werden die folgenden konkreten Anmerkungen formuliert (analog der Ampelfarben wurden Textpassagen hervorgehoben):</p>
<p>§ 1 Zweck der Regelungen</p>	<p>§ 1 Zweck der Regelungen</p>	
<p>¹Zweck dieser Regelungen ist es, bundeseinheitliche Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für bedarfsnotwendige und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommene Krankenhäuser festzulegen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Leistungen nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren können. ²Ein Krankenhaus ist bedarfsnotwendig, wenn es für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar ist, weil bei Schließung des Krankenhauses kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann.</p>	<p>Zweck dieser Regelungen ist es, die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, zu konkretisieren.</p>	<p>Die GKV-Fassung ist präziser. In der Stellungnahme sollte klargestellt werden, dass für Kinder und Jugendliche eine entsprechende fachliche Qualifikation (Kinder- und Jugendmedizin) bedarfsnotwendig ist.</p>

Anlage 5 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge

§ 2 Gegenstand der Regelungen	§ 2 Gegenstand der Regelungen	
<p>Gegenstand der Regelungen ist</p> <p>1. die Definition eines geringen Versorgungsbedarfs, der dazu führen kann, dass ein Krankenhaus trotz wirtschaftlicher Betriebsführung die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Leistungen nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren kann,</p>	<p>Gegenstand der Regelungen sind bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Zuschlägen zur Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen. ²Damit die zuständige Landesbehörde prüfen kann, ob bei einer Schließung eines Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre, werden Vorgaben zur Erreichbarkeit der Krankenhäuser, gemessen in Minuten Fahrzeit, festgelegt sowie regionale Besonderheiten berücksichtigt. ³Um von Unwirtschaftlichkeiten als mögliche Ursache von Defiziten in einem Krankenhaus zu unterscheiden, wird der geringe Versorgungsbedarf definiert. ⁴Außerdem werden die Leistungen ausgewiesen, für die Sicherstellungszuschläge vereinbart werden können. ⁵Neben Leistungen der Notfallversorgung werden Leistungen einbezogen, bei denen eine unmittelbare diagnostische und therapeutische Versorgung erforderlich ist.</p>	<p>Das Thema planungsrelevante Qualitätsindikatoren ist aus unserer Sicht nicht Bestandteil dieser G-BA-Regelung, lediglich die Abgrenzung dazu. Hier ist die Formulierung im DKG-Vorschlag vorzuziehen.</p>
<p>2. die Festlegung von bedarfsnotwendigen Leistungen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung</p>	<p>⁶Des Weiteren wird das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde geregelt und das Verhältnis zwischen den Sicherstellungszuschlägen und den bis zum 31.12.2016 vom G-BA zu beschließenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bestimmt.</p>	
<p>3. die Festlegung einer Erreichbarkeit in Fahrzeitminuten zur Überprüfung, ob ein anderes geeignetes Krankenhaus die Leistungen erbringen kann sowie einer Methodik zur Ermittlung der Fahrzeitminuten</p>		
<p>4. die Festlegung von Bestimmungen zur Berücksichtigung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie</p>		
<p>5. die Festlegung von Kriterien zur Prüfung der Einhaltung der Vorgaben dieser Regelungen durch die zuständige Landesbehörde.</p>		

II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von	II. Vorgaben für die Vereinbarung von	
Sicherstellungszuschlägen	Sicherstellungszuschlägen	
	<p>§ 1 Nach Leistungsarten differenzierte Vorgaben</p> <p>¹Es wird eine Differenzierung der Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach Leistungsarten vorgenommen. ²Die Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen werden ausgewiesen nach:</p> <p>1. Leistungen der Grund- und Notfallversorgung in der Erwachsenen-Versorgung und Leistungen, bei denen unmittelbare diagnostische und therapeutische Versorgung erforderlich ist. Dazu gehören Leistungen der Inneren Medizin, Chirurgie sowie der Gynäkologie und Geburtshilfe.</p> <p>2. Leistungen der Grund- und Notfallversorgung der Kinder- und Jugendmedizin (Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern).</p>	<p>Die GKV-Seite differenziert her offensichtlich gar nicht nach Leistungsarten. Dem DKG-Entwurf ist hier eindeutig der Vorzug zu geben.</p> <p>Offenkundig hat die GKV-Seite mit der Beschränkung auf die Erwachsenenmedizin (in ihrem Vorschlag für § 5 Abs. 1) die Rolle der Kinder- und Jugendmedizin in der Grund- und Regelversorgung für Kinder und Jugendliche vollkommen außer Acht gelassen. Hier muss nachgebessert werden. Die Formulierung im DKG-Entwurf mit einer separaten Ausweisung der Kinder- und Jugendmedizin ist sinnvoll. Ihr kann ausdrücklich zugestimmt werden.</p>
<p>§ 3 Flächendeckende Versorgung</p>	<p>§ 2 Erreichbarkeit</p>	
<p>¹Ein Krankenhaus, für das ein Zuschlag nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG vereinbart wird, muss für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen sein.</p>		

Anlage 5 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge

<p>²Zum Nachweis der Voraussetzung nach Satz 1 wird überprüft, ob flächendeckend eine Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrzeitminuten eines anderen geeigneten Krankenhauses vorliegt, und somit bei einer Schließung des Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wäre. ³Geeignete Krankenhäuser sind die Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 (notwendige Vorhaltung) erfüllen. ⁴Bei der Ermittlung der Erreichbarkeit werden zunächst die geographischen Einheiten und Einwohner ermittelt, für die das Krankenhaus, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, das nächste (gemessen in PKW-Fahrzeitminuten) geeignete Krankenhaus ist. ⁵Anschließend werden die PKW-Fahrzeiten der Einwohner dieser geographischen Einheiten zum zweitnächsten geeigneten Krankenhaus ermittelt und mit den PKW-Fahrzeiten nach Satz 4 verglichen.</p>	<p>(1) ¹Für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können, wird die Erreichbarkeit in Minutenwerten nach Leistungsarten differenziert festgelegt. ²Zusätzlich wird im Falle des Absatzes 2 bestimmt, wie viele Personen mindestens von einer Schließung der Fachabteilung betroffen sein müssen, damit ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden kann.</p>	<p>Die Beschreibung des Prüfverfahrens zur Erreichbarkeit ist beim GKV-Entwurf ausführlicher. Hier sollte die DKG analog nachbessern.</p>
<p>⁶Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner PKW-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen.</p>	<p>(2) Für Leistungen gemäß § 1 Nr. 1 können Sicherstellungszuschläge vereinbart werden, wenn bei einer Schließung dieser Fachabteilung für mindestens 1000 Betroffene bzw. bei Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe für 500 Betroffene kein alternatives Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, innerhalb von 20 Minuten erreichbar ist.</p>	
	<p>(3) Für Leistungen gemäß § 1 Nr.2 können Sicherstellungszuschläge vereinbart werden, wenn bei einer Schließung der Fachabteilung oder des Krankenhauses kein alternatives Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, innerhalb von 40 Minuten erreichbar ist.</p>	<p>Dem DKG-Vorschlag ist ausdrücklich zu folgen. Er entspricht dem Konsens zwischen allen Fachgesellschaften und Elternverbänden zur Erreichbarkeit von Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin.</p>

Anlage 5 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge

	(4) Die Länder können im Einzelfall zur Berücksichtigung von Besonderheiten vor Ort zu den Absätzen 2 und 3 abweichende Festlegungen treffen. Dies betrifft insbesondere verkehrstechnische Gegebenheiten, die über die in § 6 festgelegte Methodik zur Prüfung der Erreichbarkeit nicht hinreichend abgebildet werden.	Ausnahmen, die die Länder bestimmen können, fehlen bei der GKV-Fassung, sollten aber mit aufgenommen werden.
⁷ Zur Berechnung der Parameter nach den Sätzen 2 bis 6 sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen, um das notwendige Maß an Genauigkeit zu gewährleisten.		
§ 4 Geringer Versorgungsbedarf	§ 3 Geringer Versorgungsbedarf	
¹ Mit dem Sicherstellungszuschlag können nur Defizite aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs, nicht jedoch Defizite aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden. ² Ein geringer Versorgungsbedarf liegt vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km ²) liegt. ³ Das Versorgungsgebiet ergibt sich aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 30-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen. ⁴ Bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen.	(1) Zur Unterscheidung von Unwirtschaftlichkeiten als mögliche Ursache von Defiziten in einem Krankenhaus wird der geringe Versorgungsbedarf definiert. Der geringe Versorgungsbedarf im Sinne dieser Regelungen wird durch die Bevölkerungsdichte determiniert.	Es besteht offensichtlich Einigkeit bei GKV und DKG, dass der Indikator für den geringen Versorgungsbedarf die Bevölkerungsdichte im vorher definierten Versorgungs-Radius der Klinik ist.
	(2) Für Leistungen gemäß § 1 Nr.1 können Sicherstellungszuschläge vereinbart werden, wenn die Bevölkerungsdichte kleiner als 162 Einwohner je km ² ist.	
	(3) Für Leistungen gemäß § 1 Nr.2 können Sicherstellungszuschläge vereinbart werden, wenn die Bevölkerungsdichte kleiner als 26 Einwohner unter 18 Jahre je km ² ist.	Die DKG hat die Zahl analog für den Anteil der bis 18-Jährigen an der Gesamtbevölkerung ermittelt (= 71% der durchschnittlichen Einwohnerdichte von Kindern und Jugendlichen unter achtzehn Jahren). Dem DKG-Vorschlag einschl. der Berechnungsmethode ist mangels besser geeigneter Daten zuzustimmen.
	(4) Für Krankenhäuser in Insellage gilt abweichend von den Absätzen 2 und 3 grundsätzlich ein geringer Versorgungsbedarf als gegeben, auch wenn die Bevölkerungsdichte größer als die in den Absätzen 2 oder 3 genannte Bevölkerungsdichte je km ² ist.	Zu Krankenhäusern in Insellage erwähnt die GKV-Seite nichts. Hier bedarf es Sonderregelungen.

Anlage 5 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge

§ 5 Notwendige Vorhaltungen	§ 4 Vorhaltung von Leistungen	
<p>(1) Notwendige Vorhaltungen sind die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind. ₂Ferner sind die Anforderungen der untersten Stufe des Notfallstufensystems nach den Regelungen des G- BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufenkonzept) zu erfüllen. ₃Vorhaltungen, die nicht von den Regelungen nach Satz 1 und 2 umfasst sind, können bei der Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags nicht berücksichtigt werden.</p>	<p>(1) Sicherstellungszuschläge gemäß § 1 Nr. 1 können für die Vorhaltung von Leistungen einer oder mehrerer der folgenden Fachabteilungen vereinbart werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Innere Medizin. 2. Chirurgie. 3. Gynäkologie und Geburtshilfe. 	<p>Die GKV sollte die Kinder- und Jugendmedizin ergänzen, damit auch für die Notfallversorgung klargestellt ist, dass die Klinik/ Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin bei der "untersten Stufe" fachlich zuständig und damit hier einzuschließen ist, selbst wenn es als andere Stufe einsortiert ist. Das zukünftige Notfallstufensystems nach den Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V ist nach unserer Kenntnis noch in Entwicklung. Ein Entwurf liegt uns nicht vor. Die strengen Kriterien der GKV-Seite an die Abteilungsdefinition vermeiden später unnötige Diskussionen. Hier sollte die DKG nachziehen und ebenfalls Abteilungen definieren.</p>
<p>(2) Eine Fachabteilung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</p>		
<p>1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses,</p>		
<p>2. angestellte Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer; ein angestellter Facharzt des Krankenhaus mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar,</p>		<p>GKV: vielleicht sollte etwas weicher formuliert werden: "in der Regel in 30 Minuten"</p>
<p>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 und</p>		<p>Die Klarstellung, dass ein Versorgungsauftrag vorliegen muss, ist sinnvoll.</p>
<p>4. die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart.</p>		

Anlage 5 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge

	(2) Sicherstellungszuschläge gemäß § 1 Nr.2 können für die Vorhaltung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin (Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern) vereinbart werden.	Die ausdrückliche Nennung der Kinder- und Jugendmedizin im DKG-Entwurf ist positiv hervorzuheben. Dem DKG-Vorschlag ist zuzustimmen. Der GKV-Entwurf enthält auch hier konsequenterweise keine Aussage zum Thema Kinder und Jugendliche.
§ 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	§ 5 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	
(1) 1Mit einem Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 SGB V in Bezug auf die bedarfsnotwendigen Vorhaltungen nach § 5 unzureichende Qualität aufweist, kann ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde nach § 5 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung erlässt, die vom Krankenhaus zu erfüllen sind. 2Liegt die geringe Auslastung des Krankenhauses noch unterhalb des Erwartungswertes aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs und gibt es deutliche Hinweise darauf, dass eine erhebliche Anzahl von Patienten aufgrund von Qualitätsmängeln des Krankenhauses Fahrzeiten zu einem weiter entfernten Krankenhaus in Kauf nimmt, sollte die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags entfallen.	(1) Bei Vorliegen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 SGB V wird geprüft, ob und inwieweit diese Regelungen anzupassen sind.	
	(2) Mit einem Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 SGB V unzureichende Qualität aufweist, kann grundsätzlich ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden. Die zuständige Landesbehörde nach § 5 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG kann die Vereinbarung eines Sicherstellungsauftrages mit einer Auflage zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung versehen.	Die DKG-Regelung ist gegenüber dem Vorschlag der GKV-Seite eindeutig zu bevorzugen.

Anlage 5 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge

<p>(2) Geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweisen, sind bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung zu berücksichtigen, soweit die zuständige Landesbehörde den Versorgungsauftrag für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 nicht einschränkt oder entzieht.</p>	<p>(3) Geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweisen, können bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung berücksichtigt werden, soweit die zuständige Landesbehörde den Versorgungsauftrag für die notwendigen Vorhaltungen nach § 4 nicht einschränkt oder entzieht.</p>	
<p>III. Verfahrensbestimmungen</p>		
<p>§ 7 Verfahrensregeln</p>	<p>§ 6 Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde</p>	
<p>(1) Diese Vorschrift regelt die Vorgaben für die Prüfung der Einhaltung der Voraussetzungen durch die zuständigen Landesbehörden nach § 5 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG.</p>	<p>(1) Zur Prüfung der Erreichbarkeit gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 werden PKW-Fahrtzeitminuten und das durchschnittliche Verkehrsaufkommen herangezogen. Besonderheiten vor Ort, z.B. Insellage, sind zu berücksichtigen. PKW-Fahrtzeiten werden ausgehend vom geographischen Mittelpunkt der Marktzellen und einer standortbezogenen Geolokalisierung der geeigneten Krankenhäuser ermittelt. Dabei wird den Einwohnern einer Marktzelle ausgehend von dem geographischen Mittelpunkt der Marktzelle die gleiche Fahrtzeit zugeordnet. Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 4 für die jeweils zu betrachtende Fachabteilung nicht erfüllen, werden bei der Berechnung der PKW-Fahrtzeiten und der Bewertung der flächendeckenden Versorgung im Sinne dieser Vereinbarung nicht berücksichtigt.</p>	<p>Die Messung nur für Marktzellen (Mittelpunkt) macht die Berechnung insgesamt einfacher. Bei flächenmäßig sehr großen Marktzellen kann dies natürlich für einzelne Bewohner besondere Härten bedeuten, die aber wohl zu akzeptieren sind.</p>
<p>(2) Die Einhaltung der Vorgaben ist jährlich durch die zuständige Landesbehörde zu überprüfen.</p>		<p>Eine jährliche Überprüfung ist sehr aufwendig. Hier sollte doch eher auf einen mehrjährigen Zeitraum (z.B. 4 Jahre) ausgewichen werden.</p>
<p>(3) Die Ermittlung der flächendeckenden Versorgung nach § 3 und des Versorgungsbedarfs nach § 4 erfolgt unabhängig von Bundeslandgrenzen.</p>		

Anlage 5 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge

<p>(4) Um das notwendige Maß der Genauigkeit, insbesondere hinsichtlich der Überprüfung der Erreichbarkeits- und Versorgungsbedarfsvorgaben, zu erreichen, hat die zuständige Landesbehörde bei der Überprüfung der Vorgaben nach § 3 und § 4 eine Raumgliederungssystematik zu nutzen, die der niedrigsten geographischen Einheit (Marktzelle) durchschnittlich nicht mehr als 1.000 Einwohner zuweist.</p>		<p>Wie sich diese Einschränkung im GKV-Vorschlag auswirkt, ist ohne weitere Angaben durch Spezialisten nicht ohne weiteres erkennbar. Das sollte geprüft werden.</p>
<p>(5) 1PKW-Fahrzeiten werden ausgehend vom geographischen Mittelpunkt der Marktzellen nach Abs. 4 und einer standortbezogenen Geolokalisierung der geeigneten Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 erfüllen, ermittelt. 2Dabei wird den Einwohnern einer Marktzelle ausgehend von dem geographischen Mittelpunkt der Marktzelle die gleiche Fahrzeit zugeordnet. 3Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 nicht erfüllen, werden bei der Berechnung der PKW-Fahrzeiten und der Bewertung der flächendeckenden Versorgung im Sinne dieser Vereinbarung nicht berücksichtigt. 4Nach Umsetzung des § 2a KHG werden die Auswirkungen der Verwendung des Kennzeichens nach § 293 Abs. 6 SGB V auf die standortbezogene Geolokalisierung der Krankenhäuser geprüft.</p>		<p>s.o.</p>
<p>(6) Bei der Berechnung der PKW-Fahrzeiten sind von der zuständigen Landesbehörde Algorithmen zu nutzen, die die Topographie, die Verkehrsinfrastruktur und die durchschnittliche Verkehrslage berücksichtigen.</p>		<p>Diese Konkretisierung im GKV-Entwurf kann im Einzelfall unnötige Streitigkeiten vermeiden, wenn z.B. mit witterungs- oder rush-hour-bedingten Verkehrsbelastungen argumentiert wird.</p>
<p>(7) Für bestehende Krankenhäuser auf Inseln kann unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 und § 4 ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern die übrigen Voraussetzungen dieser Vereinbarung erfüllt werden.</p>		<p>Hier wird von der GKV-Seite doch noch ein Vorschlag für Inseln gemacht, der i.W. mit dem der DKG übereinstimmt.</p>

Anlage 5 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge

<p>(8) 1Weist ein Krankenhaus sowohl wegen eines geringen Versorgungsbedarfs nach § 4 als auch wegen unwirtschaftlicher Betriebsführung ein Defizit auf, kann ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern das Krankenhaus detailliert darlegt, welcher Anteil des Defizits auf den geringen Versorgungsbedarf zurückzuführen ist und welche Maßnahmen zur Beseitigung der Unwirtschaftlichkeit innerhalb der nächsten 12 Monate ergriffen werden. 2Maßgeblich für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags sind ausschließlich der geringe Versorgungsbedarf und das daraus resultierende Defizit. 3 Der Nachweis nach Satz 1 ist jährlich gegenüber den Pflegesatzparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG zu erbringen.</p>		<p>In der GKV-Fassung sollte hier neben den "Inseln" auch die Kinderkliniken explizit erwähnt werden.</p>
	<p>(2) Betroffene im Sinne des § 2 Abs. 1 können sowohl Einwohner, als auch Pendler oder Urlauber sein, die zu einer regelhaft erhöhten Inanspruchnahme des Krankenhauses führen.</p>	<p>Dieser Hinweis der DKG ist für bevölkerungsarme Urlaubsregionen wichtig.</p>
	<p>(3) Zur Bestimmung der Bevölkerungsdichte vor Ort gemäß § 3 Abs. 1 bis 3 ist die Fläche, für die das Krankenhaus der nächste relevante Versorger ist, heranzuziehen.</p>	
	<p>(4) Für Krankenhäuser in Insellage sind die abweichenden Vorgaben gemäß § 3 Abs. 4 zu beachten.</p>	
<p>(9) Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. 2Der Nachweis ist durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers zu erbringen.</p>	<p>(5) Gemäß § 5 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG ist die Voraussetzung der Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlages ein Defizit des gesamten Krankenhauses. Hierzu bedarf es eines Nachweises durch einen Wirtschaftsprüfer. Dies gilt nicht bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 Satz 6 KHEntgG bei Krankenhausfusionen.</p>	



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

DGSPJ, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Dr. med. Christian Fricke
Präsident

Geschäftsstelle:
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Prof. Dr. Hecken, Unparteiischer Vorsitzender
Herrn Dirk Hollstein, Abt. Methodenbewertung
PF 12 06 06, 10596 Berlin

Telefon 030.40005886
Fax 030.40005887
e-mail: geschaeftsstelle@dgspj.de
www.dgspj.de

Per Mail an: sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

Berlin, 6.10.2016

**Stellungnahmerecht gemäß § 136c Abs. 3 Satz 5 SGB V:
Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach §
136c Abs. 3 SGB V**

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

als betroffene medizinische Fachgesellschaft möchten wir zum Beschlussentwurf des G-BA über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen fokussiert auf die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen Stellung nehmen.

Ausgehend von der Prämisse, dass jedes Kind und jeder Jugendliche dasselbe Recht auf eine qualitativ gute fachärztliche Versorgung hat wie ein Erwachsener sehen wir den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung in der Pflicht, dies für alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu gewährleisten, insbesondere vor dem Hintergrund des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989 (Art. 24). Dieses wurde in der vom Weltärztebund 1998 verabschiedeten „Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung“ aufgegriffen und spezifiziert. „Kinder“ werden hier zeitlich von der Geburt bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres definiert. Zitieren möchten wir hier 3 Punkte:

„6. Ärzte und andere mit der medizinischen Betreuung von Kindern betrauten Personen müssen über eine spezielle Ausbildung und besondere Fähigkeiten verfügen, um in geeigneter Weise den medizinischen, physischen, emotionalen und psychologischen Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien gerecht werden zu können.“

„20. Die Umgebung eines stationär behandelten Kindes sollte seinem Alter und seinem Gesundheitszustand entsprechend gestaltet, eingerichtet und ausgestattet sein. Ein Kind sollte nicht zusammen mit erwachsenen Patienten in einem Zimmer untergebracht sein...“

21. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, damit die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter bei ihrem stationär behandelten Kind sein können; falls erforderlich, sollte ihnen im

DGSPJ: 5. Oktober 2016

oder ganz in der Nähe des Krankenhauses ... eine Übernachtungsmöglichkeit zur Verfügung gestellt werden.“

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen und angesichts der derzeit gültigen Musterweiterbildungsordnung (Gebiet „Kinder- und Jugendmedizin) sollten Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalles oder einer Krankenhausbehandlung in Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin der Allgemeinkrankenhäuser ärztlich und pflegerisch versorgt werden.

Die vom Gesetzgeber gewünschten Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen sollten daher gewährleisten, dass die entsprechenden Krankenhausstrukturen in erreichbarer Nähe vorgehalten werden. Diese Strukturen müssen für Kinder und Jugendliche ebenso vorgehalten werden wie für Erwachsene.

Zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen:

Da der Text des GKV-Spitzenverbandes für den Beschlussentwurf keinerlei Unterscheidung/ Spezifizierung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen macht, lehnen wir diesen in der derzeitigen Form dezidiert ab.

Aus unserer Sicht sind Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinderkliniken Teil der Versorgungsstrukturen, die für diesen Teil der Bevölkerung vorgehalten werden müssen, auch wenn diese nur durch die Möglichkeit der Sicherstellungszuschläge aufrecht erhalten werden können.

Wir gehen hier von einer Daseinsvorsorge für Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalls / einer Krankenhausversorgung aus, die in 30 km bis maximal 40 Minuten Fahrzeit zur nächsten stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin erreichbar ist. Die 30/40-Regelung wurde von Seiten der kinder- und jugendmedizinischen Verbände 2012 im Rahmen eines Zukunftsprojekts konsentiert („Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland“, Link: <http://dakj.de/projekte/flaechendeckende-versorgung-kinder-jugendliche-deutschland/>)

Wir plädieren daher dringend für die Textentwürfe der DKG für die Regelung der Sicherstellungszuschläge, die die stationäre pädiatrische Versorgung in Zukunft absichern, insbesondere in

II. Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen
§ 1, Nr. 2; § 3, (3); § 4, (2).

Gerne stehe ich für Nachfragen zur Verfügung und erläutere gerne unsere Ausführungen.

Mit freundlichem Gruß



Dr. Christian Fricke
Präsident DGSPJ

13. OKT. 2016
2905

Gemeinsamer Bundesausschuss			
Original: <i>Abt. M-VL / Hollstein</i>			
Kopie: <i>Janice</i>			
Eingang: <i>13. Okt. 2016</i> <i>Dr. 19/10/16</i>			UP <i>JH</i>
GF	M-VL	CS-V	AM
P/Ö	Recht	FB-Med.	Verw.

Gesellschaft für
Neuropädiatrie

Gesellschaft für Neuropädiatrie · Chausseestraße 128 – 129 · 10115 Berlin

An den

Gemeinsamen Bundesausschuss

Herrn Prof. Dr. Hecken, Unparteiischer Vorsitzender

Herrn Dirk Hollstein, Abt. Methodenbewertung

PF 12 06 06, 10596 Berlin

Per Mail an: sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

N/ g.olbrisch@dgkj.de

Der Vizepräsident
Prof. Dr. med. Matthias Kieslich
Pädiatrische Neurologie
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum der J. W. Goethe Universität
Theodor-Stein-Kai 7
D – 60590 Frankfurt am Main
Tel. +49 (0) 069 / 6301-5560
Fax +49 (0) 069 / 6301-5765
matthias.kieslich@kgu.de

Presse- und Geschäftsstelle Berlin
Chausseestraße 128-129
D – 10115 Berlin
info@neuropaediatry.com
www.neuropaediatry.com

Datum: 04.10.2016

Betreff

Stellungnahmerecht gemäß § 136c Abs. 3 Satz 5 SGB V:

Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Sehr geehrte Damen und Herren,

als zur Stellungnahme berechtigte Fachgesellschaft möchten wir uns gerne inhaltlich der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 30.09.2016 anschließen und noch einmal dringlich auf die flächendeckende Notwendigkeit einer fachpädiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen verweisen. Die gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche mit neurologischen und neuromuskulären Erkrankungen, die Ärzte/innen mit spezieller Expertise benötigen.

Da der Text des GKV-Spitzenverbandes für den Beschlussentwurf keinerlei Unterscheidung/Spezifizierung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen macht, lehnen auch wir diesen in der derzeitigen Form dezidiert ab.

Aus unserer Sicht müssen Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinderkliniken Teil der Versorgungsstrukturen sein, die für diesen Teil der Bevölkerung vorgehalten werden müssen, auch wenn sie nur durch die Möglichkeit der Sicherstellungszuschläge aufrecht erhalten werden können.

Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.
Vizepräsident: Prof. Dr. Matthias Kieslich
Schriftführer: Dr. Andreas Sprinz
Vertreter Österreich: Dr. Manuela Baumgartner

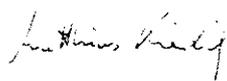
Präsidentin: Prof. Dr. Ulrike Schara
Schatzmeister: Prof. Dr. Thomas Lücke
Vertreterin Schweiz: PD Dr. Andrea Klein
Vertreter der Vertragsärzte: Dr. Folkert Fehr

Seite 2 von 2

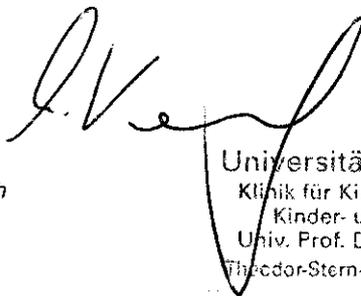
Wir gehen hier von einer Daseinsvorsorge für Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalls / einer Krankenhausversorgung aus, die in 30 km bis maximal 40 Minuten Fahrzeit zur nächsten stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin erreichbar ist. Die 30/40-Regelung wurde von Seiten der kinder- und jugendmedizinischen Verbände 2012 im Rahmen eines Zukunftsprojekts konsentiert („Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland“, Link: <http://dakj.de/projekte/flaechendeckende-versorgung-kinder-jugendliche-deutschland/>)

Wir daher die Textentwürfe der DKG für die Regelung der Sicherstellungszuschläge, die die stationäre pädiatrische Versorgung in Zukunft absichern.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Matthias Kieslich
Vizepräsident



Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kinder- und Jugendneurologie
Univ. Prof. Dr. med. Matthias Kieslich
Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/Main

GESELLSCHAFT FÜR NEONATOLOGIE UND PÄDIATRISCHE INTENSIVMEDIZIN e. V.



www.gnpi.de

Der Präsident

**Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung &
Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10623 Berlin**

→ **Prof. Dr. Rolf F. Maier
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Marburg
Baldingerstrasse
35043 Marburg
Telefon: +49 6421 58-66229
Fax: +49 6421 58-68970
Email: rolf.maier@med.uni-marburg.de**

Datum: 07.10.2016

Nachrichtlich: AWMF-Geschäftsstelle, Herrn Müller, Ubierstraße 20, 40223 Düsseldorf
DGKJ-Geschäftsstelle, Frau Noleppa, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Stellungnahme der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) schließt sich der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) an und unterstützt diese Stellungnahme ausdrücklich und uneingeschränkt.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Für den Vorstand der GNPI

Prof. Dr. med. Rolf F. Maier

Präsident der Gesellschaft für Neonatologie
und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)

Anlagen: Stellungnahme der DGKJ vom 30.09.2016
Anlage 1 zur Stellungnahme der DGKJ vom 30.09.2016

Mitglieder des Vorstandes:

Präsident:	Prof. Dr. R. F. Maier, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Marburg, Baldingerstraße, 35043 Marburg
Vizepräsidentin:	Prof. Dr. U. Felderhoff-Müser, Klinik für Kinderheilkunde I, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstraße 55, 45122 Essen
Schatzmeister:	Dr. A. von der Wense, Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg
Sekretär:	Dr. D. M. Olbertz, Klinikum Südstadt Rostock, Abteilung Neonatologie, Südring 81, 18059 Rostock
Pädiatrische Beirätin:	Prof. Dr. A. Berger, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien, Österreich
Pädiatrischer Beirat:	Prof. Dr. T. Nicolai, Univ.-Klinik München, Dr. von Haunersches Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 30337 München
Pädiatrischer Beirat:	Prof. Dr. C. von Schnakenburg, Klinik für Kinder und Jugendliche, Klinikum Esslingen GmbH, Hirschlandstraße 97, 73730 Esslingen
Vertreterin der Kinderkrankenschwestern:	A. Völkner, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena, Kochstr. 2, 07743 Jena
Past-Präsident:	Prof. Dr. E. Herting, Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, UK S-H, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
Vorstands-Assistenz:	Prof. Dr. C. Peter, Klinik für Neonatologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover



GPGE-Geschäftsstelle • Chausseestraße 128 • 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Prof. Dr. Hecken, Unparteiischer Vorsitzender
Herrn Dirk Hollstein, Abt. Methodenbewertung
PF 12 06 06, 10596 Berlin

Per Mail an: sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

1. Vorsitzender
Dr. Stephan Buderus
2. Vorsitzender
Dr. Martin Claßen
Schatzmeister
Prof. Dr. Philip Bufler

Geschäftsstelle
Chausseestraße 128
10115 Berlin
Tel: +49 30 27582345
Fax: +49 3222 2455839
E-Mail: info@gpge.de
Homepage: www.gpge.de

**Stellungnahmerecht gemäß § 136c Abs. 3 Satz 5 SGB V:
Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von
Sicherstellungszuschlägen nach § 136c Abs. 3 SGB V**

Berlin, den 06.10.2016

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

als betroffene medizinische Fachgesellschaft ist es uns sehr wichtig, zum
Beschlussentwurf des G-BA über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung
von Sicherstellungszuschlägen Stellung nehmen zu können.
Dabei fokussieren wir uns auf die medizinische Versorgung von Kindern und
Jugendlichen.

Grundlage unserer Stellungnahme

Wir gehen von der Prämisse aus, dass jedes Kind und jeder Jugendliche dasselbe
Recht auf eine qualitativ gute fachärztliche Versorgung hat wie ein Erwachsener. Den
Gesetzgeber und die Selbstverwaltung sehen wir in der Pflicht, dies für alle Kinder und
Jugendlichen in Deutschland zu gewährleisten, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des
Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989
(Art. 24). Dieses wurde in der „Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf
gesundheitliche Versorgung“, die 1998 vom Weltärztebund verabschiedet wurde,
aufgegriffen und spezifiziert. Darin werden „Kinder“ zeitlich von der Geburt bis zur
Vollendung des 17. Lebensjahres definiert. Hervorheben möchten wir hier lediglich 3
Punkte:

„6. Ärzte und andere mit der medizinischen Betreuung von Kindern betrauten Personen müssen über eine spezielle Ausbildung und besondere Fähigkeiten verfügen, um in geeigneter Weise den medizinischen, physischen, emotionalen und psychologischen Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien gerecht werden zu können.“

„20. Die Umgebung eines stationär behandelten Kindes sollte seinem Alter und seinem Gesundheitszustand entsprechend gestaltet, eingerichtet und ausgestattet sein. Ein Kind sollte nicht zusammen mit erwachsenen Patienten in einem Zimmer untergebracht sein...“

21. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, damit die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter bei ihrem stationär behandelten Kind sein können; falls erforderlich, sollte ihnen im oder ganz in der Nähe des Krankenhauses ... eine Übernachtungsmöglichkeit zur Verfügung gestellt werden."

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen und der derzeit gültigen Musterweiterbildungsordnung (Kapitel zum Gebiet „Kinder- und Jugendmedizin“) sehen wir Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin der Allgemeinkrankenhäuser als die Orte an, in denen Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalles oder einer Krankenhausbehandlung ärztlich und pflegerisch versorgt werden sollten.

Die entsprechenden Krankenhausstrukturen in erreichbarer Nähe vorzuhalten, sehen wir als den wichtigsten Grund für die vom Gesetzgeber gewünschten Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen. Diese Strukturen müssen für Kinder und Jugendliche aber ebenso vorgehalten werden wie für Erwachsene.

Zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen:

Da der Text des GKV-Spitzenverbandes für den Beschlussentwurf keinerlei Unterscheidung/Spezifizierung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen macht, lehnen wir diesen in der derzeitigen Form dezidiert ab. Aus unserer Sicht müssen Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinderkliniken Teil der Versorgungsstrukturen sein, die für diesen Teil der Bevölkerung vorgehalten werden müssen, auch wenn sie nur durch die Möglichkeit der Sicherstellungszuschläge aufrecht erhalten werden können.

Wir gehen hier von einer Daseinsvorsorge für Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalls / einer Krankenhausversorgung aus, die in 30 km bis maximal 40 Minuten Fahrzeit zur nächsten stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin erreichbar ist. Die 30/40-Regelung wurde von Seiten der kinder- und jugendmedizinischen Verbände 2012 im Rahmen eines Zukunftsprojekts konsentiert („Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland“, Link: <http://dakj.de/projekte/flaechendeckende-versorgung-kinder-jugendliche-deutschland/>)

Wir plädieren daher dringend für die Textentwürfe der DKG für die Regelung der Sicherstellungszuschläge, die die stationäre pädiatrische Versorgung in Zukunft absichern, insbesondere in

II. Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

§ 1, Nr. 2

§ 3, (3)

§ 4, (2)

Sehr gerne stehen wir zur Verfügung, unsere Ausführungen zu erläutern.

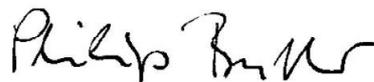
Mit freundlichen Grüßen,



1. Vorsitzende



2. Vorsitzende



Schatzmeister

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

Generalsekretär - Prof. Dr. med. Bernd Kladny



DGOOC Büro · Straße des 17. Juni 106-108 · 10623 Berlin

An den GBA
Unterausschuss Bedarfsplanung
Wegelystraße 8
10623 Berlin

**Deutsche Gesellschaft
für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie e.V.**

Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106-108
Eingang Bachstraße
10623 Berlin

Per Mail: sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

Telefon 030 – 340 60 36 30
Fax 030 – 340 60 36 31
eMail info@dgooc.de

Bankverbindung

Sparkasse Aachen
BLZ 390 500 00
Konto 200 22 000

Für Auslands-Überweisungen:
IBAN: DE52 3905 0000 0020 0220 00
SWIFT-BIC: AACS DE 33

Berlin, 27.09.2016

Stellungnahme gemäß § 136c Absatz 3 Satz 5 SGB V als betroffene medizinische Fachgesellschaft - Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicher- stellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

- Ihr Schreiben vom 16.09.2016 -

Sehr geehrter Herr Holstein,

vielen Dank für die Zuleitung der Unterlagen zum o. g. Verfahren, die wir als betroffene Fach-
gesellschaft sorgfältig geprüft haben.

Im Ergebnis sind wir zu dem Schluss gekommen, dass wir uns im Großen und Ganzen dem Entwurf
des GKV-SV anschließen können und es also von unserer Seite keiner zusätzlichen Stellungnahme
bedarf. Insofern bedarf es aus unserer Sicht auch nicht der Teilnahme am mündlichen Anhörungs-
verfahren am 11. Oktober.

Ich bedanke mich und verbleibe

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. Bernd Kladny
Generalsekretär der DGOOC



**Stellungnahme zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von
Sicherstellungszuschlägen**

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	
27.09.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Die Unterlagen wurden von uns durchgearbeitet. Wir schließen uns im Großen und Ganzen dem Entwurf des GKV-SV an. Aus Sicht der Fachgesellschaft bedarf es keiner zusätzlichen mündlichen Stellungnahme durch uns.	Die Regelungen haben für das Notfallstufenkonzept keine negative Auswirkung.



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 07.10.2016

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430

Fax +49 30 400 456-378

E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd

Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss

Herrn Dirk Hollstein

Wegelystr. 8

10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherheitszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V

Ihr Schreiben vom 16.09.2016

Sehr geehrter Herr Hollstein,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme in oben bezeichneter Angelegenheit bedanken wir uns.

Die Bundesärztekammer wird hierzu keine Stellungnahme abgeben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH

Leiter Dezernat 3



BPTK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Herrn
Dirk Hollstein
Abteilung M-VL
Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 27 87 85-0
Fax: 030 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

-per E-Mail-

Berlin, 28. September 2016

Vorstand:
Dr. Dietrich Munz
Präsident
Dr. Nikolaus Melcop
Vizepräsident
Dipl.-Soz.Päd. Peter Lehndorfer
Vizepräsident
Dr. Andrea Benecke
Dipl.-Psych. Wolfgang Schreck

Dr. Christina Tophoven
Geschäftsführerin

**Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicher-
stellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Sehr geehrter Herr Hollstein,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 16. September 2016 und die Ge-
legenheit, zum oben genannten Sachverhalt Stellung zu nehmen.
Da die vorgelegten Regelungen nicht den Kernbereich der Berufs-
ausübung von Psychotherapeuten betreffen, möchte die Bundes-
psychotherapeutenkammer von ihrem Stellungnahmerecht keinen
Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen


Christina Tophoven

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto: 00 05 78 72 62
BLZ: 300 606 01
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN: DE60 3006 0601 0005 7872 62



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE e.V.

DGGG e.V. • Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss

sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

cc/ Herrn Prof. Wallwiener, Frau Prof. Seelbach-Göbel

cc/ Frau Fragale, Frau Nioduschewski

Per Mail

Präsident

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener
Ärztlicher Direktor
Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Hausvogteiplatz 12
D – 10117 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 514883333
Telefax: +49 (0) 30 51488344
info@dggg.de
www.dggg.de

DGGG-Stellungnahmensekretariat

Frauenklinik
Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstraße 21-23
91054 Erlangen
Telefon: +49 (0) 9131-85-44063
+49 (0) 9131-85-33507
Telefax: +49 (0) 9131-85-33951
E-Mail: fk-dggg-stellungnahmen@uk-erlangen.de
www.frauenklinik-uk-erlangen.de

27.09.2016

Stellungnahmemöglichkeit zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teilen wir Ihnen mit, dass in obigem Stellungnahmeverfahren von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe keine Stellungnahme abgegeben wird.

Bei Rückfragen zu Stellungnahmen wenden Sie sich bitte an das DGGG-Stellungnahmensekretariat in Erlangen – Kontakt s.o.

Herzliche kollegiale Grüße

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener
Präsident der DGGG e.V.

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann
Leitlinienbeauftragter DGGG

Von: [Office DGP Berlin](#)
An: [Janiec, Patrick](#)
Cc: [Anja Flender](#)
Thema: AW: DGP | Stellungnahmeverfahren vor Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V
Datum: Montag, 26. September 2016 12:49:11

Sehr geehrter Herr Hollstein, sehr geehrter Herr Janiec,

hiermit teilen wir Ihnen mit, dass wir keine gesonderte Stellungnahme abgeben.

Mit Dank und freundlichen Grüßen
Juliane Banholzer

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Robert-Koch-Platz 9 | 10115 Berlin | Tel: 030-293 62 701
Fax: 030-293 62 702 | office@dgpberlin.de | www.pneumologie.de

Von: Janiec, Patrick [<mailto:patrick.janiec@g-ba.de>]
Gesendet: Freitag, 16. September 2016 13:07
An: Office DGP Berlin <office@dgpberlin.de>
Cc: sicherstellungszuschlaege <sicherstellungszuschlaege@g-ba.de>
Betreff: DGP | Stellungnahmeverfahren vor Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V
Priorität: Hoch

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss plant einen Beschluss über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V.

Vor einer entsprechenden Beschlussfassung bitten wir Sie um Ihre Stellungnahme zum Beschlussvorhaben. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind beigefügt. Das Anschreiben wird Ihnen zusätzlich auf dem Postwege zugehen.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Dirk Hollstein
stellv. Leiter
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

i.A. Patrick Janiec
Sachbearbeiter
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Postanschrift:
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Fon: +49 30-275838-434
Fax: +49 30-275838-405

E-Mail: patrick.janiec@g-ba.de

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Stellungnahmen

zum Entwurf einer Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V

Inhalt

1.	<u>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren</u>	2
2.	<u>Schriftliche Stellungnahmen</u>	2
	<u>Allgemeine bzw. übergreifende Ausführungen</u>	3
	<u>I. Allgemeines / Präambel (GKV-SV / DKG)</u>	7
	<u>Stellungnahmen zu § 1 Zweck der Regelung</u>	7
	<u>Stellungnahmen zu § 2 Gegenstand der Regelungen</u>	9
	<u>II. Voraussetzungen bzw. Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen</u>	10
	<u>Stellungnahmen zu § 1 Nach Leistungsarten differenzierte Vorgaben (DKG)</u>	10
	<u>Stellungnahmen zu § 3 Flächendeckende Versorgung / § 2 Erreichbarkeit (GKV-SV / DKG)</u>	14
	<u>Stellungnahmen zu § 4 / § 3 Geringer Versorgungsbedarf (GKV-SV / DKG)</u>	16
	<u>Stellungnahmen zu § 5 Notwendige Vorhaltung / § 4 Vorhaltung von Leistungen (GKV-SV / DKG)</u>	18
	<u>Stellungnahmen zu § 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren / § 5 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (GKV-SV / DKG)</u>	22
	<u>III. Verfahrensbestimmungen</u>	23
	<u>Stellungnahmen zu § 7 Verfahrensbestimmungen / § 6 Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde</u>	23
3.	<u>Mündliche Stellungnahmen</u>	25

1. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V wurde der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Richtlinie berührt sind.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 9. September 2016 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 7. Oktober 2016.

2. Schriftliche Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt:

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	30.09.2016
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. -German Cardiac Society (DGK)	07.10.2016
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)	04.10.2016
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	06.10.2016
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	28.09.2016
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	06.10.2016
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)	29.09.2016
Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)	07.10.2016
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE)	06.10.2016
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP)	13.10.2016 verfristet

Die folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen haben auf eine schriftliche Stellungnahme verzichtet:

Bundesärztekammer (BÄK)	07.10.2016
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	28.09.2016
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)	26.09.2016
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)	26.09.2016

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe folgende Tabelle).

Allgemeine bzw. übergreifende Ausführungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) 28.09.2016	Im Ergebnis sind wir zu dem Schluss gekommen, dass wir uns im Großen und Ganzen dem Entwurf des GKV-SV anschließen können und es also von unserer Seite keiner zusätzlichen Stellungnahme bedarf.		Kenntnisnahme	Nein
2.	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) 29.09.2016	Wir schließen und im Großen und Ganzen dem Entwurf des GKV-SV an.	Die Regelungen haben für das Notfallstufenkonzept keine negative Auswirkung.	Kenntnisnahme	Nein
3.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) 06.10.2016 Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) 06.10.2016 Gesellschaft	Wir gehen von der Prämisse aus, dass jedes Kind und jeder Jugendliche dasselbe Recht auf eine qualitativ gute fachärztliche Versorgung hat wie ein Erwachsener.	Den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung sehen wir in der Pflicht, dies für alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu gewährleisten, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989 (Art. 24). Dieses wurde in der „Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung“, die 1998 vom Weltärztebund verabschiedet wurde, aufgegriffen und spezifiziert. Darin werden „Kinder“ zeitlich von der Geburt bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres definiert. Hervorheben möchten wir hier lediglich 3 Punkte: „6. Ärzte und andere mit der medizinischen Betreuung von Kindern betrauten Personen	Kenntnisnahme	Nein

Anlage 6 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge
**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
 Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) 06.10.2016</p> <p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) 07.10.2016</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) 13.10.2016</p>		<p><i>müssen über eine spezielle Ausbildung und besondere Fähigkeiten verfügen, um in geeigneter Weise den medizinischen, physischen, emotionalen und psychologischen Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien gerecht werden zu können.“</i></p> <p><i>„20. Die Umgebung eines stationär behandelten Kindes sollte seinem Alter und seinem Gesundheitszustand entsprechend gestaltet, eingerichtet und ausgestattet sein. Ein Kind sollte nicht zusammen mit erwachsenen Patienten in einem Zimmer untergebracht sein... 21. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, damit die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter bei ihrem stationär behandelten Kind sein können; falls erforderlich, sollte ihnen im oder ganz in der Nähe des Krankenhauses ... eine Übernachtungsmöglichkeit zur Verfügung gestellt werden.“</i></p> <p>Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen und der derzeit gültigen Musterweiterbildungsordnung (Kapitel zum Gebiet „Kinder- und Jugendmedizin) sehen wir Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin der Allgemeinkrankenhäuser als die Orte an, in denen Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalles oder einer Krankenhausbehandlung ärztlich und pflegerisch versorgt werden sollten.</p> <p>Die entsprechenden Krankenhausstrukturen in erreichbarer Nähe vorzuhalten, sehen wir als den wichtigsten Grund für die vom Gesetzgeber gewünschten Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen. Diese Strukturen</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			müssen für Kinder und Jugendliche aber ebenso vorgehalten werden wie für Erwachsene.		
4.		Da der Text des GKV-Spitzenverbandes für den Beschlussentwurf keinerlei Unterscheidung/Spezifizierung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen macht, lehnen wir diesen in der derzeitigen Form dezidiert ab. Wir plädieren dringend für die Textentwürfe der DKG für die Regelung der Sicherstellungszuschläge, die die stationäre pädiatrische Versorgung in Zukunft absichern, insbesondere in II. Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen, § 1, Nr. 2; § 3, (3); § 4, (2) .	<p>Aus unserer Sicht müssen Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinderkliniken Teil der Versorgungsstrukturen sein, die für diesen Teil der Bevölkerung vorgehalten werden müssen, auch wenn sie nur durch die Möglichkeit der Sicherstellungszuschläge aufrecht erhalten werden können.</p> <p>Wir gehen hier von einer Daseinsvorsorge für Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalls / einer Krankenhausversorgung aus, die in 30 km bis maximal 40 Minuten Fahrzeit zur nächsten stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin erreichbar ist. Die 30/40-Regelung wurde von Seiten der kinder- und jugendmedizinischen Verbände 2012 im Rahmen eines Zukunftsprojekts konsentiert („Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland“, Link: http://dakj.de/projekte/flaechendeckende-versorgung-kinder-jugendliche-deutschland/).</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Nach dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelungen in § 136c Abs.3 SGB V ist auf das Vorliegen eines auf das gesamte Krankenhaus bezogenen Defizits abzustellen. Entsprechend werden keine Regelungen für singuläre Fachabteilungen getroffen. Zudem ist es nicht nachvollziehbar, weshalb flächendeckend ein Erhalt einer Parallelstruktur ausschließlich für Kinder und Jugendliche erforderlich ist. Eine medizinische Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen ist auch in Abteilungen der Erwachsenenmedizin möglich. Die Aufrechterhaltung von sehr kleinen Versorgungsstrukturen im Bereich der Kinder – und Jugendmedizin sowie der Geburtshilfe ist unter Qualitätsaspekten kritisch zu sehen und könnte vor dem Hintergrund von jahrelangen Bestrebungen unter Qualitätsaspekten in diesem Bereich zu Fehlent-</p>	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
Erfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>wicklungen führen. Die Kinder- und Jugendmedizin wird im Konzept der Notfallversorgung berücksichtigt.</p> <p>LV: Sicherstellungszuschläge beziehen sich auf einzelne Leistungen der betreffenden Krankenhäuser in den Fachabteilungen.</p>	
5.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) 07.10.2016</p>	<p>Zusammenfassend bleiben die Vorschläge hinter dem Zweck der gesetzlichen Regelungen § 136c SGB V zurück, verlässliche und klare Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen zu schaffen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden um damit die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Eine klare und nachvollziehbare Regelung, die sich an den gesetzlichen Vorgaben orientiert und insbesondere die Besonderheiten der einzelnen Indikationen und Versorgungsbereiche berücksichtigt, ist daher nicht nur wünschenswert, sondern zwingend notwendig. Diesen Vorgaben werden die aktuellen Vorschläge nicht gerecht, zumal die Position des Unterausschusses Bedarfsplanung auf der Grundlage der vorliegenden Dokumente und Informationen nicht nachvollzogen werden kann.</p>		<p>Der Grund für die gewählte Vorgehensweise ist die Schaffung einer methodisch in der Praxis anwendbaren Grundlage zur Gewährung eines Sicherstellungszuschlages. Dies wird auch der gängigen Krankenhausplanung gerecht, welche nicht auf einzelne Leistungsbestandteile abstellt, sondern die aggregierte Leistungsebene berücksichtigt.</p>	Nein

I. Allgemeines / Präambel (GKV-SV / DKG)

Stellungnahmen zu § 1 Zweck der Regelung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
6.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) 06.10.2016</p> <p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) 07.10.2016</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) 13.10.2016</p>	<p>Die GKV-Fassung ist präziser. In der Stellungnahme sollte klargestellt werden, dass für Kinder und Jugendliche eine entsprechende fachliche Qualifikation (Kinder- und Jugendmedizin) bedarfsnotwendig ist.</p>		<p>GKV-SV: Nach dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelungen in § 136c Abs.3 SGB V ist auf das Vorliegen eines auf das gesamte Krankenhaus bezogenen Defizits abzustellen. Entsprechend werden keine Regelungen für singuläre Fachabteilungen getroffen. Zudem ist es nicht nachvollziehbar, weshalb flächendeckend ein Erhalt einer Parallelstruktur ausschließlich für Kinder und Jugendliche erforderlich ist. Eine medizinische Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen ist auch in Abteilungen der Erwachsenenmedizin möglich. Die Aufrechterhaltung von sehr kleinen Versorgungsstrukturen im Bereich der Kinder – und Jugendmedizin sowie der Geburtshilfe ist unter Qualitätsaspekten kritisch zu sehen und könnte vor dem Hintergrund von jahrelangen Bestrebungen unter Qualitätsaspekten in diesem Bereich zu Fehlentwicklungen führen. Die Kinder-</p>	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
 Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				und Jugendmedizin wird im Konzept der Notfallversorgung berücksichtigt.	

Stellungnahmen zu § 2 Gegenstand der Regelungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
7.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) 06.10.2016 Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) 07.10.2016 Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) 13.10.2016	Zu § 2 Nr. 4 (GKV-SV): Das Thema planungsrelevante Qualitätsindikatoren ist aus unserer Sicht nicht Bestandteil dieser G-BA-Regelung, lediglich die Abgrenzung dazu. Hier ist die Formulierung im DKG-Vorschlag vorzuziehen.		In § 136c Absatz 3 Satz 3 SGB V wird explizit auf planungsrelevante Qualitätsindikatoren abgestellt.	Nein

II. Voraussetzungen bzw. Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Stellungnahmen zu § 1 Nach Leistungsarten differenzierte Vorgaben (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
8.	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH) 04.10.2016	Zu II. § 1 [Satz 2 Nr. 2] und § 4 Absatz 2 (DKG) Leistungen der Grund- und Notfallversorgung der Kinder und Jugendmedizin <u>sowie Kinderchirurgie</u> (Kinderkliniken und Kinderabteilungen <u>sowie Abteilungen für Kinderchirurgie</u> in Allgemeinkrankenhäusern)	Analog zur Pädiatrie erforderliche Sicherstellung einer qualitäts- und altersentsprechenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Grundlage ist die Facharztkompetenz entsprechend der MWBO. Kinderchirurgie ist ein eigenständiges Fach im Gebiet Chirurgie.	DKG: Der vorgesehene Differenzierungsgrad ist praktikabel und für den angestrebten Zweck der Regelungen ausreichend.	Nein
9.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) 06.10.2016	Die GKV-Seite differenziert hier offensichtlich gar nicht nach Leistungsarten. Dem DKG-Entwurf ist hier eindeutig der Vorzug zu geben.		GKV-SV: Das GKV-SV Modell steht im Zusammenhang mit dem Notfallstufenkonzept; entsprechend erfolgt in der Kinder- und Jugendmedizin dort eine separate Berücksichtigung (s. oben).	Nein
10.	Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) 07.10.2016 Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) 13.10.2016	Offenkundig hat die GKV-Seite mit der Beschränkung auf die Erwachsenenmedizin (in ihrem Vorschlag für § 5 Abs. 1) die Rolle der Kinder- und Jugendmedizin in der Grund- und Regelversorgung für Kinder und Jugendliche vollkommen außer Acht gelassen. Hier muss nachgebessert werden. Die Formulierung im DKG-Entwurf mit einer separaten Ausweisung der Kinder- und Jugendmedizin ist sinnvoll. Ihr kann ausdrücklich zugestimmt werden.		vgl. oben	Nein

Anlage 6 zu den Tragenden Gründen zur Erfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge
Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
11.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) 07.10.2016	<p>Für die flächendeckende Versorgung in Deutschland ist zu fordern, dass Herzinfarktpatienten innerhalb von 30 Minuten Zugang zu einer Klinik mit einer möglichst interventionellen Reperfusionstherapie haben.</p> <p>Die Zeitintervalle bis zur Therapie einfache und sofort nachvollziehbare Indikatoren für die Versorgungsqualität von Herzinfarktpatienten. Daher sollten diese Zeitintervalle in jedem Krankenhaus, welches an der Versorgung von Infarktpatienten teilnimmt, routinemäßig erfasst und regelmäßig überprüft werden.</p>	<p>In der Behandlung internistischer Krankheitsbilder kommt der Akutbehandlung des Herzinfarktes eine besondere Stellung zu. Sowohl die Sterblichkeit als auch das Auftreten bleibender Folgeschäden sind ganz entscheidend von dem Zeitintervall zwischen Beginn der Symptomatik und der Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes (Reperfusion) abhängig. Diese kardiologische Versorgung muss daher in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden, in der bisher lediglich allgemein von der internistischen Versorgung gesprochen wird.</p> <p>Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist weltweit die häufigste Todesursache. Über 7 Millionen Menschen sterben jährlich an der KHK, die für 12,8% aller Todesfälle verantwortlich ist. Eine Reihe kürzlich publizierter Studien berichten über einen Rückgang der akuten und Langzeit-Sterblichkeit nach ST-Streckenhebungsinfarkt (ST-Elevation Myocardial Infarction, STEMI). Dies wird durch den häufigeren Einsatz einer frühen Reperfusionstherapie, insbesondere der primären Katheterintervention (Percutaneous Coronary Intervention, PCI), der Therapie mit modernen antithrombotischen Medikamenten und der verbesserten Primär- und Sekundärprävention erklärt. Trotzdem ist der STEMI weiterhin mit einer bedeutsamen Mortalität verbunden.</p> <p>In Deutschland verstarben im Jahr 2010 fast 60.000 Menschen am akuten Herzinfarkt. Die Krankenhaussterblichkeit des STEMI liegt weiterhin bei 7-9%. Auch die Folgen des</p>	Der Grund für die gewählte Vorgehensweise ist die Schaffung einer methodisch in der Praxis anwendbaren Grundlage zur Gewährung eines Sicherstellungszuschlages. Dies wird auch der gängigen Krankenhausplanung gerecht, welche nicht auf einzelne Leistungsbestandteile abstellt, sondern aggregierte Leistungsebene berücksichtigt.	Nein

Anlage 6 zu den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge
**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
 Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Infarktes wie Herzinsuffizienz, Reinfarkt und Rhythmusstörungen sind von ganz erheblicher medizinischer und ökonomischer Bedeutung. Viele Todesfälle treten in der Frühphase eines STEMI aufgrund von Kammerflimmern auf. Bei nach Herz-Kreislauf-Stillstand wieder belebten Patienten mit ST-Streckenhebungen im EKG stellt die sofortige Herzkatheteruntersuchung mit dem Ziel der primären PCI die Strategie der Wahl dar.</p> <p>Bei jedem Patienten mit Herzinfarkt ist eine Verkürzung der Zeit bis zum Beginn der Herzkatheteruntersuchung mit Reperfusionstherapie mit einem verbesserten klinischen Verlauf assoziiert. Die primäre PCI, definiert als notfallmäßige PCI, ist die bevorzugte Reperfusionstherapie bei Patienten mit STEMI, sofern diese unverzüglich durchgeführt werden kann. Die Zeit bis zur PCI mit Reperfusion ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf Mortalität und Morbidität der Herzinfarkt-Patienten. Bei Anmeldung des Patienten durch das zuweisende Krankenhaus oder den Rettungsdienst ist eine Door-to-Balloon-Zeit (Eintreffen im Krankenhaus bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Herzinfarktgefäßes) von < 60 Minuten realistisch, und wird in Deutschland bei mehr als der Hälfte der Patienten erzielt. Schwieriger ist die Abschätzung der Zeit zwischen erstem medizinischem Kontakt (EMK) und primärer PCI. Diese beträgt auch in städtischen Bereichen häufig über 90 Minuten. Insbesondere bei kurzer Symptombdauer und großen Infarkten besteht noch Verbesserungsbedarf, um</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			den Vorteil der frühen Reperfusionstherapie mittels PCI zu erhalten. Hier ist eine sehr kurze Zeit (< 90 Minuten) zwischen EMK und primärer PCI zu fordern.		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Stellungnahmen zu § 3 Flächendeckende Versorgung / § 2 Erreichbarkeit (GKV-SV / DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
12.	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH) 04.10.2016	Zu § 2 (DKG) Die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen soll im Falle von Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie nicht von der Zahl der bei Schließung der Fachabteilung betroffenen Kinder und Jugendlichen abhängig gemacht werden.	Prinzipiell haben alle Kinder und Jugendliche das gleiche Anrecht auf eine adäquate medizinische Versorgung. Die Zahl der von einer Schließung betroffenen Kinder und Jugendliche ist immer grundsätzlich zu minimieren. Um das zu erreichen, sollen die Erreichbarkeit in Fahrkilometern oder entsprechender Fahrzeit Entscheidungskriterium sein, wobei hierbei Überlappungen in den Versorgungsgebieten bewusst eingeplant bzw. akzeptiert werden müssen.	Kenntnisnahme Im Sinne einer einheitlichen methodischen Vorgehensweise ist es sachgerecht auch für die Kinder- und Jugendmedizin ein Betroffenheitsmaß festzulegen.	Nein
13.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) 06.10.2016	Zu § 3 Satz 2 (GKV-SV) Die Beschreibung des Prüfverfahrens zur Erreichbarkeit ist beim GKV-Entwurf ausführlicher. Hier sollte die DKG analog nachbessern.		Kenntnisnahme	Nein
14.	Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) 07.10.2016	Zu § 2 Absatz 3 (DKG) Dem DKG-Vorschlag ist ausdrücklich zu folgen.	Er entspricht dem Konsens zwischen allen Fachgesellschaften und Elternverbänden zur Erreichbarkeit von Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin.	Kenntnisnahme	Nein
15.	Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) 13.10.2016	Zu § 2 Absatz 4 (DKG) Ausnahmen, die die Länder bestimmen können, fehlen bei der GKV-Fassung, sollten aber mit aufgenommen werden.		Der Gesetzgeber hat explizit einen Auftrag an den G-BA gestellt, eine Delegation der Gestaltungskompetenz auf die Landesebene lässt sich mit dem Sinn und Zweck der Ermächtigungsgrundlage in § 136c Abs.3 SGB V in Einklang bringen. Zudem sind die Abweichungsregelungen im § 5 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG konk-	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
Erfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				ret geregelt.	
16.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) 07.10.2016	Die Definition, wann eine flächendeckend ausreichende Erreichbarkeit anhand von Fahrzeitminuten gegeben ist, hat sich letztendlich ausweislich der gesetzlichen Begründung auch an regionalen und geografischen Kriterien zu orientieren.	Die Festlegung von 20, 30 oder 40 Minuten erscheint dabei willkürlich gewählt und berücksichtigt nicht gegebenenfalls bestehende Besonderheiten im Einzelfall.	Die Begründung zur Festlegung der Fahrzeiten ergibt sich aus den Tragenden Gründen.	Nein
17.	German Cardiac Society (DGK) 07.10.2016	Zu Absatz 5: Die von der DKG vorgeschlagene Öffnungsklausel , dass die Länder im Einzelfall zur Berücksichtigung von Besonderheiten vor Ort abweichende Festlegungen treffen können, ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Rahmen hierfür vorzugeben .		GKV-SV: In § 5 Absatz 2 Satz 2 KHEntgG ist der Rahmen bereits vorgegeben. DKG: Die Regelungen sind hinreichend konkret ausgestaltet. Die Länderkompetenz zur Regelung des Einzelfalles ist gegeben.	Nein

Stellungnahmen zu § 4 / § 3 Geringer Versorgungsbedarf (GKV-SV / DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
18.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) 06.10.2016	Zu Absatz 1 (GKV-SV und DKG): Es besteht offensichtlich Einigkeit bei GKV und DKG, dass der Indikator für den geringen Versorgungsbedarf die Bevölkerungsdichte im vorher definierten Versorgungs-Radius der Klinik ist.		Kenntnisnahme	Nein
19.	Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) 07.10.2016	Zu § 3 Absatz 3 (DKG): Die DKG hat die Zahl analog für den Anteil der bis 18-Jährigen an der Gesamtbevölkerung ermittelt (= 71% der durchschnittlichen Einwohnerdichte von Kindern und Jugendlichen unter achtzehn Jahren). Dem DKG-Vorschlag einschl. der Berechnungsmethode ist mangels besser geeigneter Daten zuzustimmen.		Kenntnisnahme	Nein
20.	Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) 13.10.2016	Zu Krankenhäusern in Insellage erwähnt die GKV-Seite nichts. Hier bedarf es Sonderregelungen.		siehe unten Nr. 37	Nein
21.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) 07.10.2016	Zu § 3 (DKG) Eine obligatorische Vorgabe des Gesetzgebers ist auch im Hinblick auf den Begriff des geringen Versorgungsbedarfs gegeben. Der G-BA hat dabei Festlegungen zu treffen, um einen geringen Versorgungsbedarf von Unwirtschaftlichkeiten als mögliche Ursache von Defiziten in einem Krankenhaus unterscheiden zu können. Insofern sollen keine Defizite aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden. Unbeantwortet bleibt dabei		Kenntnisnahme Der Ausgleich der Defizite wird in den Verhandlungen durch die Vertragsparteien vor Ort festgelegt.	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
 Erfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
		jedoch die Frage, wie aufgrund einer strukturellen Schwäche eines Krankenhauses (Versorgungsnotwendigkeit in versorgungsschwachen Gebieten) bedingte Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden sollen. Hierbei kommt es Einzelfall zu kaum zu differenzierenden Fallkonstellationen, auf die in den vorliegenden Entwürfen keine Antworten gegeben worden sind. Entscheidendes Ziel muss die Sicherstellung der Versorgung für die Patienten sein, sodass sich eine allzu starre Abgrenzung verbietet.			

Stellungnahmen zu § 5 Notwendige Vorhaltung / § 4 Vorhaltung von Leistungen (GKV-SV / DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
22.	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH) 04.10.2016	Zu II. § 1 [Satz 2 Nr. 2] und § 4 Absatz 2 (DKG): Leistungen der Grund- und Notfallversorgung der Kinder und Jugendmedizin <u>sowie Kinderchirurgie</u> (Kinderkliniken und Kinderabteilungen <u>sowie Abteilungen für Kinderchirurgie</u> in Allgemeinkrankenhäusern)	Analog zur Pädiatrie erforderliche Sicherstellung einer qualitäts- und altersentsprechenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Grundlage ist die Facharztkompetenz entsprechend der MWBO. Kinderchirurgie ist ein eigenständiges Fach im Gebiet Chirurgie.	DKG: Der vorgesehene Differenzierungsgrad ist praktikabel und den Zweck der Regelegungen ausreichend.	Nein
23.	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) 30.09.2016	Zu § 5 (GKV-SV) bzw. § 4 (DKG): Ergänzung der Liste der zur Versorgung von Notfällen in der Grund- und Regelversorgung notwendig vorzuhaltenden Fachabteilungen um die Fachabteilung für Anästhesiologie. Es ist dringend erforderlich, die Liste der in § 5 des GKV-SV- bzw. § 4 des DKG-Vorschlages zur Versorgung von Notfällen in der Grund- und Regelversorgung notwendig vorzuhaltenden Fachabteilungen um die Fachabteilung für Anästhesiologie zu ergänzen.	Die Anästhesiologie ist für die Notfall- und Grundversorgung der Bevölkerung von essentieller Bedeutung. Das Vorhandensein einer Fachabteilung für Anästhesiologie ist unabdingbar für die Durchführung von Operationen und ebenfalls heilerfolgsrelevant für eine Reihe von interventionellen Eingriffen in der konservativen Medizin, bei der Akutschmerztherapie und bei bestimmten bildgebenden Verfahren. Die rd. 1.200 Anästhesieabteilungen in deutschen Krankenhäusern sind zudem bei der Versorgung von Schwerverletzten und lebensbedrohlichen Notfällen prä- und innerklinisch in hohem Maße involviert. Sie stellen einen Großteil der Notärzte und versorgen kritisch kranke Patientinnen und Patienten auf Intensiveinheiten, die insbesondere in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung überwiegend unter anästhesiologischer Leitung stehen. Die Notwendigkeit einer Anästhesieabteilung für die Behandlung von Notfällen wird von allen relevanten Wissenschaftlich-	Die Notwendigkeit der Vorhaltung einer Fachabteilung Anästhesiologie ist bereits in den hierfür relevanten Beratungen zur Entwicklung eines Notfallstufensystems für Krankenhäuser diskutiert worden. Die Verortung dort erfolgt insbesondere deshalb, weil die Anästhesie in nicht-bettenführenden Fachabteilungen in der Regel nicht vorgehalten wird.	Nein

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:

Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Medizinischen Fachgesellschaften betont, die in einem Positionspapier zur Notfallversorgung feststellen, dass „Im Minimum (...) die Notfallbehandlung in den Fachgebieten Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie sichergestellt sein (muss).“ (Dt Ärztebl 2010;107(7): A-268 / B-236 / C-232).</p> <p>Es sollte sich um eine Hauptabteilung handeln, da eine beleg- oder konsiliarärztliche anästhesiologische Versorgung gerade für Notfallpatienten ausscheidet.</p> <p>Der Umstand, dass die Vorhaltung einer Fachabteilung für Anästhesiologie nicht aus dem Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V und i.d.R. auch nicht aus den Krankenhausplänen der Länder ableitbar ist, darf hierbei keinen Hinderungsgrund darstellen, da die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen stets auch einer Einzelfallprüfung bedarf.</p>		
24.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) 06.10.2016</p> <p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin</p>	<p>Zu § 5 Absatz 1 (GKV-SV) und § 4 Absatz 1 (DKG):</p> <p>Die GKV sollte die Kinder- und Jugendmedizin ergänzen, damit auch für die Notfallversorgung klargestellt ist, dass die Klinik/ Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin bei der "untersten Stufe" fachlich zuständig und damit hier einzuschließen ist, selbst wenn es als andere Stufe einsortiert ist. Das zukünftige Notfallstufensystem nach den Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V ist nach unserer Kenntnis noch in Entwick-</p>		<p>Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag umfasst hier nicht die Definition von Fachabteilungen. Die relevanten, für die Krankenhausversorgung grundlegenden Fachabteilungen lassen sich hinreichend aus den Versorgungsauftrag des Krankenhauses ableiten.</p>	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	e.V. (GNPI) 07.10.2016 Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) 13.10.2016	lung. Ein Entwurf liegt uns nicht vor. Die strengen Kriterien der GKV-Seite an die Abteilungsdefinition vermeiden später unnötige Diskussionen. Hier sollte die DKG nachziehen und ebenfalls Abteilungen definieren.			
25.		Zustimmung zu § 5 Absatz 2 (GKV-SV) und § 4 Absatz 2 (DKG) Zu § 5 Absatz 2 Nr. 2 (GKV-SV): GKV: vielleicht sollte etwas weicher formuliert werden: "in der Regel in 30 Minuten"		GKV-SV: Da klare Kriterien erforderlich sind, wird einer Aufweichung der Regelungen durch Formulierungen wie „in der Regel“ nicht zugestimmt. Vielmehr wird zur Klarstellung die bestehende Formulierung „innerhalb von maximal 30 Minuten“ unter Berücksichtigung bestehender Leitlinien der Fachgesellschaften entsprechend geschärft.	Ja (§ 5 Absatz 2 Nr.2 Beschlussentwurf GKV-SV)
26.		Zu § 5 Absatz 2 Nr. 3 (GKV-SV): Die Klarstellung, dass ein Versorgungsauftrag vorliegen muss, ist sinnvoll.		Kenntnisnahme	Nein
27.		Zu § 5 Absatz 2 (DKG): Die ausdrückliche Nennung der Kinder- und Jugendmedizin im DKG-Entwurf ist positiv hervorzuheben. Dem DKG-Vorschlag ist zuzustimmen. Der GKV-Entwurf enthält auch hier konsequenterweise keine Aussage zum Thema Kinder und Jugendliche.		Kenntnisnahme	Nein
28.	Deutsche Gesellschaft für	Zu § 4 (DKG): In diesem Zusammenhang verweisen wir auf		siehe oben	Nein

Anlage 6 zu den Tragenden Gründen zur Erfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge
**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
 Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. -	die Kommentierung zu „§ 1: Nach Leistungsarten differenzierte Vorgaben“ (siehe oben [Nummer 10]).			
29.	German Cardiac Society (DGK) 07.10.2016	Zu § 5 (GKV-SV): Im Rahmen der notwendigen Vorhaltungen und insbesondere der Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kann dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht gefolgt werden.	Das Merkmal der Vorhaltung von angestellten Ärzten ist nicht geeignet, im Rahmen der hier notwendigen Definitionen für Klarheit zu sorgen, aber auch das mit der Regelung angestrebte Ziel zu erreichen. Es ist insbesondere nicht klar, welche Kriterien für eine Anstellung eines Arztes im Krankenhaus heranzuziehen sind, warum eine Vorhaltung von Honorarärzten nicht ausreichend sein soll und in welchem Umfang Ärzte (sowohl quantitativ als auch qualitativ anzustellen sind).	In § 136c Absatz 3 Satz 3 wird explizit auf planungsrelevante Qualitätsindikatoren abgestellt. GKV-SV: Die Gründe, weshalb der Vorschlag des GKV-SV im Krankenhaus angestellte Ärzte umfasst, ergeben sich einerseits aus den damit verbundenen Vorhaltekosten sowie andererseits aus dem Umstand, dass in stabilen Teamstrukturen eine bessere Qualität erreicht werden kann.	Nein

Stellungnahmen zu § 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren / § 5 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (GKV-SV / DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
30.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) 06.10.2016 Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) 07.10.2016 Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) 13.10.2016	Zu § 5 Absätze 1 und 2 (DKG): Die DKG-Regelung ist gegenüber dem Vorschlag der GKV-Seite eindeutig zu bevorzugen.		Kenntnisnahme	Nein
31.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) 07.10.2016	Zu § 5 (DKG): Ausweislich der gesetzlichen Bestimmungen ist zudem festzulegen, inwieweit ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Indikationen unzureichende Qualität aufweist, einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren kann, wenn hierdurch die Versorgung sichergestellt wird. Zum anderen ist festzulegen, wie mit Krankenhäusern umzugehen ist, die zwar grundsätzlich als Alternative für ein		DKG: Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren lösen grundsätzlich keinen Automatismus hinsichtlich der Berücksichtigung bzw. Nichtberücksichtigung eines Krankenhauses bei der Gewährung des Sicherstellungszuschlages aus. Es obliegt der obersten Landesbehörde zu entscheiden, ob und	

Anlage 6 zu den Tragenden Gründen zur Erfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge
**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
 Erfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, infrage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Indikationen unzureichende Qualität aufweisen. Umgekehrt ist allerdings auch zu berücksichtigen, wie generell das Verhältnis zwischen Qualität einerseits und Versorgungsnotwendigkeit andererseits geregelt wird. Hier bleiben die vorgeschlagenen Formulierungen im Unklaren und sorgen nicht für die notwendige Rechtssicherheit.		inwieweit ein Krankenhaus in Sinne dieser Regelungen berücksichtigt wird. Dies stellt § 5 des DKG-Vorschlages sicher.	

III. Verfahrensbestimmungen

Stellungnahmen zu § 7 Verfahrensbestimmungen / § 6 Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
32.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) 06.10.2016	Zu §§ 7 und 6 Absatz 1 (GKV-SV und DKG): Die Messung nur für Marktzellen (Mittelpunkt) macht die Berechnung insgesamt einfacher. Bei flächenmäßig sehr großen Marktzellen kann dies natürlich für einzelne Bewohner besondere Härten bedeuten, die aber wohl zu akzeptieren sind.		Kenntnisnahme	Nein
33.	Gesellschaft für Neonatologie und pädiat-	Zu § 7 Absatz 2 (GKV-SV): Eine jährliche Überprüfung ist sehr aufwendig. Hier sollte doch eher auf einen mehrjährigen Zeitraum (z.B. 4 Jahre) ausgewichen		Da die Zuweisung von Finanzmitteln jährlich erfolgt, ist eine jährliche Prüfung sachgerecht.	Nein

Anlage 6 zu den Tragenden Gründen zur Erfassung der Regelungen Sicherstellungszuschläge
**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V:
 Erfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		werden.			
34.	rische Intensivmedizin e.V. (GNPI) 07.10.2016 Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) 13.10.2016	Zu § 7 Absatz 4 (GKV-SV): Wie sich diese Einschränkung im GKV-Vorschlag auswirkt, ist ohne weitere Angaben durch Spezialisten nicht ohne weiteres erkennbar. Das sollte geprüft werden.		Kenntnisnahme	Nein
35.		Zu § 7 Absatz 5 (GKV-SV): s.o.		Kenntnisnahme	Nein
36.		Zu § 7 Absatz 6 (GKV-SV): Diese Konkretisierung im GKV-Entwurf kann im Einzelfall unnötige Streitigkeiten vermeiden, wenn z.B. mit witterungs- oder rush-hour- bedingten Verkehrsbelastungen argumentiert wird.		Kenntnisnahme	Nein
37.		Zu § 7 Absatz 7 (GKV-SV): Hier wird von der GKV-Seite doch noch ein Vorschlag für Insellagen gemacht, der i.W. mit dem der DKG übereinstimmt.		Kenntnisnahme s.o.	Nein
38.		Zu § 7 Absatz 8 (GKV-SV): In der GKV-Fassung sollte hier neben den "Inseln" auch die Kinderkliniken explizit erwähnt werden.		vgl. Ausführungen oben	Nein
39.		Zustimmung zu § 6 Absatz 2 (DKG): Dieser Hinweis der DKG ist für bevölkerungsarme Urlaubsregionen wichtig.		Mangels vorliegender Daten und Volatilität sind keine verlässlichen Schätzungen möglich. Zudem ist zu befürchten, dass es zu einer Mehrfachzählung von Betroffenen kommen könnte.	Nein

3. Mündliche Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen sind gleichzeitig mit der Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme fristgerecht zur Anhörung am 14. Oktober 2016 eingeladen worden.

Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerfO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerfO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 14. Oktober 2016 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) gemäß § 136c Absatz 3 SGB V	Frau Prof. Dr. med. Thea Koch folgt	nein	nein	ja	ja	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll (**Anhang**) festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Bedarfsplanung gewürdigt. Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 13 Absatz 3 Satz 4 VerfO).



Mündliche Anhörung

gemäß § 136c Abs. 3 SGB V

hier: Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 14. Oktober 2016
von 11.05 Uhr bis 11.12 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)**:

Frau Prof. Dr. Thea Koch

Beginn der Anhörung: 11.05 Uhr

(Die angemeldete Teilnehmerin betritt den Raum)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Guten Morgen.

Frau Prof. Dr. Koch (DGAI): Guten Morgen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlich willkommen, Frau Professor Koch, zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V. Sie befinden sich hier im Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses, und wir führen diese Anhörung durch.

Für das Protokoll muss ich jetzt einige Präluminarien erledigen. Wir haben hier ein formales Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In diesem Stellungnahmeverfahren haben die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V., die DGAI, die von Ihnen vertreten wird, Frau Professor Koch, dann die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V., ferner die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V., die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V., die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V., die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., die Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e. V. sowie die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. Stellungnahmen abgegeben. Diese Stellungnahmen sind bereits vor dieser Anhörung gewürdigt worden.

Wir haben dann alle Stellungnehmer zu dieser mündlichen Anhörung eingeladen. Die einzige Institution, die von der Möglichkeit der mündlichen Anhörung Gebrauch machen möchte, ist die DGAI. Ich begrüße als Vertreterin der DGAI noch einmal offiziell Frau Professor Koch.

Zur Durchführung dieser mündlichen Anhörung: Wir führen Wortprotokoll. Deshalb verwenden Sie bitte das Mikrofon. Dass es, wenn Sie reden, Frau Professor Koch ist, ist klar, weil ja nur ein Stellungnehmer hier ist. Dass Sie die DGAI vertreten, ist auch klar.

Mein Anliegen wäre, da wir alle die Stellungnahme bereits gelesen und sie auch schon ausgewertet haben, dass Sie uns hier noch einmal kurz den wesentlichen Inhalt Ihres Anliegens und Ihres Vortrages zu Gehör bringen. Dann würden wir den Bänken oder den Ländervertretern oder der Patientenvertretung die Möglichkeit geben, im Bedarfsfall Fragen zu stellen; anschließend wäre die Anhörung beendet. – Frau Professor Koch, ich gebe Ihnen einfach das Wort.

Frau Prof. Dr. Koch (DGAI): Herzlichen Dank, dass ich hier die Möglichkeit habe, für die DGAI zu sprechen. Uns geht es um die Ergänzung der Liste der zur Versorgung von Notfällen in der Grund- und Regelversorgung notwendig vorzuhaltenden Fachabteilungen. Dabei ist es unserer Meinung nach dringend geboten, auch die Anästhesiologie als Abteilung vorzuhalten; denn sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die DKG fordern für die Vorhaltung die Innere Medizin, die Chirurgie und zum Teil eben Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die Chirurgie erfordert, wenn es sich um Notfälle handelt, natürlich eine kompetente Anästhesiologie. Hier sind es diejenigen Fälle, die eben nicht warten können, bis vielleicht ein Belegarzt hereingerufen wird. Hier muss also rund um die Uhr eine fachärztliche Kompetenz vor Ort sein, die auch durch mehrere Fachärzte sichergestellt werden muss, und das ist, wie Sie selbst in den tragenden Gründen schreiben, mit einem Beleg- oder Außer-Haus-System nicht möglich.

Insbesondere möchte ich hier auf die Geburtshilfe hinweisen. Wenn es zur Indikation eines Notkaiserschnitts oder dringlichen Kaiserschnitts kommt, geht es hier wirklich um wertvolle Zeit. Nach den Vereinbarungen sind dies zwölf Minuten von der Feststellung der Verschlechterung des Zustands des Fötus bis zur Entbindung. Dies kann nicht gewährleistet werden, wenn eben vor Ort im Krankenhaus keine Anästhesieabteilung vorhanden ist.

Daher sehen wir die Versorgung gefährdet, wenn nicht mit der Chirurgie oder der Geburtshilfe auch die Anästhesiologie mit gefordert wird. Das Gleiche gilt auch für akute Atemnot, bei der schnell intubiert werden muss und bei der es wirklich um Minuten und zeitkritische Ereignisse geht. Daher ist dies unserer Meinung nach erforderlich.

So haben wir auch in dem gemeinsamen Papier mit den wesentlichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften 2010 im Ärzteblatt publiziert, dass für die Notfallversorgung als Minimum das Vorhandensein der Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie zu fordern ist. Hinzu kommt noch, dass in den Häusern der Grund- und Regelversorgung vorwiegend die Anästhesisten auch die Intensivmedizin betreiben, die für die weitere Versorgung der Notfälle erforderlich ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Frau Professor Koch, für diesen kurzen Vortrag, der im Prinzip das dargestellt hat, was ja auch schriftlich bereits vorgetragen worden ist und was wir auch schon diskutiert haben.

Ich schaue jetzt in die Runde: Gibt es ergänzende Fragen? – Keine. Dann war es das schon. – Danke schön.

Frau Prof. Dr. Koch (DGAI): Bitte. Dann wünsche ich Ihnen noch einen erfolgreichen Sitzungsverlauf.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. Ich befürchte, es wird im Folgenden nicht so schnell gehen. – Auf Wiedersehen.

Schluss der Anhörung: 11.12 Uhr