

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

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

Vom 19. April 2018

### Inhalt

1. Rechtsgrundlage .....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung .....	2
2.1 Allgemeines .....	2
2.2 Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen .....	3
2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4.....	3
2.2.2 Änderungen zu § 5.....	4
2.2.3 Änderungen zu § 6.....	5
2.3 Verfahrensbestimmungen .....	6
2.3.1 Änderungen zu § 7.....	6
3. Würdigung der Stellungnahmen .....	7
4. Bürokratiekostenermittlung.....	8
5. Verfahrensablauf .....	9
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens .....	10

## **1. Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136c Absatz 3 SGB V als Grundlage für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 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

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.

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.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Allgemeines**

Der G-BA hat am 24.11.2016 fristgerecht die bundeseinheitlichen Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für basisversorgungsrelevante Leistungen der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung beschlossen.

Dabei wurde konsentiert, dass nach der im Dezember 2016 erfolgten Beschlussfassung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Geburtshilfe nach § 136c Absatz 1 SGB V die Beratungen zur Aufnahme der Geburtshilfe als basisversorgungsrelevante Leistung im Sinne von § 136c Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V in die Regelungen für die Vereinbarungen von Sicherstellungszuschlägen eingeleitet werden sollen. Ausschlaggebend dafür, dass die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Geburtshilfe im November 2016 zunächst nicht Teil des G-BA Beschlusses wurden, waren die von den Fachgesellschaften und den Landesplanungsbehörden angeführten Qualitätsprobleme von Geburtshilfen mit geringer Fallzahl.

Nachdem der G-BA am 15. Dezember 2016 G-BA erstmalig eine Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren im Sinne des § 136c Absatz 1 Satz 1 SGB V beschlossen hat, welche u.a. gynäkologische Operationen, die Mammachirurgie, sowie die Geburtshilfe umfasst, wurden entsprechend der abgestimmten Vorgehensweise die Beratungen im G-BA zur Ergänzung der Regelungen über die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen (im Weiteren: Sicherstellungszuschläge-Regelungen) aufgenommen. Bei seinen Beratungen ist der G-BA zu dem Ergebnis gekommen, die in den Sicherstellungszuschläge-Regelungen zu treffenden Festlegungen von basisversorgungsrelevanten Leistungen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung um Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe zu erweitern und dies entsprechend zu beschließen. Diese Erweiterung der basisversorgungsrelevanten Leistungen bedingt Folgeänderungen an den Sicherstellungszuschläge-Regelungen die im Folgenden näher erläutert werden.

## **2.2 Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen**

### **2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4**

#### **Zu § 3 Satz 3**

Die derzeitigen Regelungen sehen für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung eine Erreichbarkeit des nächsten geeigneten Krankenhauses innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten für Krankenhäuser vor, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung durch Vorhaltungen von Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie geeignet sind.

Die Erreichbarkeitsschwelle ist für die Erweiterung der Sicherstellungsregelungen um die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe anzupassen, um eine für den ländlichen Raum realistische Untergrenze zu definieren, die gleichzeitig einen unter medizinischen Gesichtspunkten vertretbaren Schwellenwert darstellt. Diese Anpassung und notwendige, formale Folgeänderungen werden in den Sätzen 2 bis 6 umgesetzt. Dabei ist folgender Grundsatz zu berücksichtigen, der in der 204. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe pointiert formuliert wurde: „Nicht kurze Wege, sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, erhöht die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind.“ Im Unterschied zu den basisversorgungsrelevanten Leistungen der Inneren Medizin und der Chirurgie ist demnach ein hoher Versorgungsstandard für die Leistungen der Geburtshilfe und Pädiatrie deutlich wichtiger als ein niedrigerer Erreichbarkeitsstandard. Ähnlich argumentiert die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., der Dachverband der großen pädiatrischen Fachgesellschaften (u. a. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.).

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der medizinischen Fachgesellschaften nach § 136c Absatz 3 Satz 5 SGB V kann es als sachgerecht und medizinisch vertretbar angesehen werden, für Patientinnen mit dem Erfordernis der Behandlung in einer Fachabteilung der Geburtshilfe oder Gynäkologie die Erreichbarkeit des nächsten geeigneten Krankenhauses mit einem PKW-Minutenwert in Höhe von 40 Minuten festzulegen.

#### **Zu § 3 Satz 8**

Das Betroffenheitsmaß wird analog zur Regelung für die Innere Medizin und Chirurgie festgesetzt. Bezugsgröße sind im Gegensatz zur Inneren Medizin und Chirurgie nicht die Einwohner, sondern die Frauen im gebärfähigen Alter. Der G-BA hat sich hierbei an den Annahmen des Statistischen Bundesamtes orientiert, die dieses Alter in ihren Analysen auf 15 bis 49 Jahren festlegen. Die Zahl von 950 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren entspricht also in ihrer Funktion zur Bestimmung des Betroffenheitsmaßes der Zahl von 5.000 Einwohnern für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Inneren Medizin und Chirurgie (siehe Daten zu Kinderlosigkeit, Geburten und Familien - Ergebnisse des Mikrozensus 2016 - Ausgabe 2017, Statistisches Bundesamt (Destatis)).

#### **Zu § 4 Absatz 1 Satz 3**

Auch der geringe Versorgungsbedarf wurde analog zur Regelung für die Innere Medizin und Chirurgie bestimmt. Ein geringer Versorgungsbedarf liegt im Sinne von Sicherstellungszuschlägen für die Gynäkologie und Geburtshilfe dann vor, wenn die Bevölkerungsdichte von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 20 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren pro Quadratkilometer liegt. Dies entspricht den 100 Einwohnern bei der Inneren Medizin und Chirurgie.

## 2.2.2 Änderungen zu § 5

### Zu § 5 Absatz 1

Die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung ist ein wesentlicher Qualitätsaspekt der Krankenhausversorgung in Deutschland.

Der G-BA hat die gesetzliche Aufgabe, eine Vorgabe zu der Frage zu beschließen, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist (vgl. § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 SGB V). Bei der Festlegung, welche Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig vorzuhalten sind, ist ein enger Maßstab anzuwenden (vgl. BT-Drs. 18/5372, S.91). Neben Leistungen der Notfallversorgung (im Sinne der rettungsdienstlichen Definition) können Leistungen einbezogen werden, bei denen eine unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung erforderlich ist.

Im Fokus dieser Betrachtung stehen daher die für die Grundversorgung notwendigen Leistungen bzw. Leistungsbereiche und nicht das ggf. für die Notfallversorgung relevante gesamte Spektrum an Leistungen des Krankenhauses. Im Sinne dieser Regelung ist die Versorgung mit der für die Basisversorgung relevanten Leistungen zu betrachten und sicherzustellen. Für jede als relevant erkannte Leistung bzw. entsprechende Leistungsbereiche ist daher die flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Neben den bereits geregelten Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie kommt, wie bereits dargestellt, der Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe oder Geburtshilfe eine zentrale Bedeutung für die wohnortnahe Krankenhausversorgung in Deutschland zu. Dazu gehören zwingend die Leistungen der Grund- und Notfallversorgung und Leistungen, bei denen eine unmittelbare diagnostische und therapeutische Versorgung erforderlich ist. Dieses betrifft insbesondere die Leistungen der Inneren Medizin, Chirurgie und Gynäkologie und Geburtshilfe. So ist die Geburt die mit Abstand am häufigsten abgerechnete DRG (P67D). Im Jahr 2016 wurden in dieser DRG knapp 600.000 Fälle erbracht.

Die Leistungen der Inneren Medizin oder der Chirurgie oder der Gynäkologie und Geburtshilfe sind somit im Sinne dieser Regelungen basisversorgungsrelevante Leistungen. Die Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe können sowohl in einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe als auch in einer rein geburtshilflichen Fachabteilung erbracht werden. Sofern zusätzlich zur Gynäkologie und Geburtshilfe oder Geburtshilfe, welche die Voraussetzungen der §§ 3 bis 6 dieser Regelungen erfüllen, eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Krankenhaus vorliegen sollte, ist auch diese zuschlagsfähig.

Eine Einbeziehung belegärztlich geführter Einheiten wurde intensiv erörtert und konnte derzeit aus nachfolgenden Erwägungen nicht in Betracht gezogen werden:

- Die Strukturen belegärztlicher Einheiten sind völlig unterschiedlich und reichen von Kleinsteinheiten von zwei oder drei Betten mit gelegentlicher Belegung bis hin zu großen, räumlich und organisatorisch abgrenzbaren Abteilungen.
- Es ist nicht einheitlich und verbindlich sichergestellt, dass in allen Belegeinheiten unabhängig von der Belegung mit eigenen Patientinnen / Patienten im Bedarfsfall (im Notfall) eine fachärztliche Präsenz binnen angemessener Frist gewährleistet ist.
- Die von Belegärzten erbringbaren Leistungen (als Teil der ambulanten Versorgung, die dem Erlaubnisvorbehalt unterliegt) sind nicht in allen Bereichen deckungsgleich und so weitgehend, wie der Leistungsumfang (der dem Verbotsvorbehalt unterliegenden) stationären Versorgung.

### Zu § 5 Absatz 2 Satz 2

Da gemäß § 4 Absatz 1 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (Hebammengesetz - HebG) die Ärztin und der Arzt verpflichtet sind, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird, hat auch das Krankenhaus dies zu erfüllen und muss damit die Bereitstellung einer/s Hebamme/Entbindungspflegers, die/der physiologisch normale Geburten eigenverantwortlich

leiten kann und mit der Qualitätssicherung der Klinik vertraut ist, innerhalb einer angemessenen Zeit gewährleisten. Die angestellte Hebamme wird damit auch Teil der Vorhaltungen, die durch Sicherstellungszuschläge finanziert werden kann. Soweit Satz 2 bestimmt, dass angestellte Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses der Fachabteilung zugeordnet sind, wird damit lediglich gefordert, dass ein Kernbestand an angestellten Hebammen/Entbindungspflegern der Abteilung zugeordnet sein muss.

### **Zu § 5 Absatz 3**

§ 5 Absatz 3 stellt sicher, dass in eng begrenzten Einzelfällen, die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) prüfen und feststellen kann, dass im betroffenen Krankenhaus eine Organisationsstruktur besteht, die den inhaltlichen Anforderungen nach Satz 1 Ziffer 1 und 2 und Satz 2 entspricht.

### **Zu § 5 Absatz 4**

Das Krankenhaus verfügt über eine nachgewiesene Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (soweit es nicht selbst eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorhält). Mit dieser Vorgabe wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser den planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ grundsätzlich einhalten können. Eine eigenständige Fachabteilung ist nicht notwendig, da insbesondere die für die Sicherstellungszuschläge relevanten Geburtskliniken in ländlichen Regionen über ein definiertes Behandlungsspektrum verfügen. In der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) werden die Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV zugeordnet. In dieser Versorgungsstufe kann die Geburtshilfe sowohl hauptamtlich als auch belegärztlich geführt werden; über eine Pädiatrie verfügen die Einrichtungen der Versorgungsstufe IV nicht. Je nach dem Risikoprofil des Früh- oder Reifgeborenen soll eine differenzierte Zuweisung in eine adäquate Versorgungsstufe erfolgen. Alle Schwangeren mit einer zu erwartenden Behandlungsnotwendigkeit der Mutter oder des Neugeborenen sind risikoadaptiert bereits präpartal (vor der Geburt) in eine Einrichtung der höheren Versorgungsstufe zu verlegen. Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV sind für die flächendeckende wohnortnahe Versorgung notwendig.

Kooperationen im Sinne dieser Regelungen setzen verbindliche Strukturen voraus. Dies beinhaltet eine schriftliche Vereinbarung mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin inklusive einer notwendigen Vertretungsregelung im Verhinderungsfalle (z. B. Urlaub).

## **2.2.3 Änderungen zu § 6**

### **Zu § 6 Absatz 1 Satz 1**

Die vorgesehene Differenzierung der notwendigen Vorhalten nach § 5 Absatz 1 Nummern 1 und 2 zieht eine differenzierte Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach sich.

### **Zu § 6 Absatz 1 Satz 2 und 3**

Schon in den Plenumsberatungen zur Erstfassung des Beschlusses nach § 136 Absatz 3c SGB V im November 2016 wurde erörtert, dass für die Geburtshilfe ein Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität existiert und daher die Finanzierung kleiner Versorgungseinheiten durch Sicherstellungszuschläge problematisch sei. Dieser Zusammenhang stelle auch den Unterschied von Geburtshilfe zu Chirurgie und Innerer Medizin dar. Maßgeblich aus diesem Grund war die Geburtshilfe nicht Gegenstand der Regelungen, die im November 2016 beschlossen wurden. Stattdessen wurde konsentiert, dass nach der im Dezember 2016 erfolgten Beschlussfassung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bezüglich der Geburtshilfe die Beratungen zur Aufnahme der Geburtshilfe in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen fortgeführt werden solle. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Fallzahl und Qualität für die Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 muss sichergestellt werden,

dass durch Sicherstellungszuschläge keine Standorte finanziert werden, die unzureichende Qualität aufweisen und daher mit Gefahren für Mütter und Kinder einhergehen. Satz 2 sieht daher vor, dass mit einem Krankenhaus, bei dem das Institut nach § 137a SGB V in dem Jahr vor dem jeweiligen Vereinbarungsjahr im Rahmen seiner fachlichen Bewertung nach § 11 Absatz 8 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) für das der fachlichen Bewertung vorangegangene Erfassungsjahr bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf eine oder mehrere der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 unzureichende Qualität feststellt, kein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden kann.

### **Zu § 6 Absatz 2 Satz 2**

Um die Konsistenz der Regelungen mit Blick auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sicherzustellen, wird in Absatz 2 Satz 2 eingefügt. Demnach sind Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, bei der Berechnung der Erreichbarkeit nicht zu berücksichtigen, sofern das Institut nach § 137a SGB V in dem Jahr vor dem jeweiligen Vereinbarungsjahr im Rahmen seiner fachlichen Bewertung nach § 11 Absatz 8 plan. QI-RL für das vorangegangene Erfassungsjahr bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf eine oder mehrere der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 unzureichende Qualität festgestellt hat.

## **2.3 Verfahrensbestimmungen**

### **2.3.1 Änderungen zu § 7**

#### **Zu § 7 Absatz 8 Satz 2**

Die Regelung nach Satz 2 formuliert für die Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 (Gynäkologie und Geburtshilfe oder Geburtshilfe) eine Öffnungsklausel für das Betroffenheitsmaß nach § 3 Satz 8 zur Berücksichtigung räumlicher Besonderheiten. Abgeleitet ist die Systematik aus der bestehenden Regelung nach § 7 Absatz 8 Satz 1.

### 3. Würdigung der Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V sowie § gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a der Verfahrensordnung (VerfO) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, sowie mit Beschluss vom 15. Februar 2018 der Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) und dem Deutschen Pflegerat e.V. (DPR) gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a der Verfahrensordnung Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB Stellung zu nehmen.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 6. Februar 2018 bzw. 16. Februar 2018 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 6. März 2018 bzw. 16. März 2018. Für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) wurde aufgrund eines Übermittlungsfehlers eine Rückmeldefrist bis zum 13. April 2018 vorgesehen.

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt:

<b>Stellungnahmeberechtigte</b>	<b>Eingang der Stellungnahme</b>
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)	14.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	05.03.2018
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP)	05.03.2018
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE)	05.03.2018
Bundesärztekammer (BÄK)	06.03.2018
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)	06.03.2018
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK)	06.03.2018
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	06.03.2018
Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)	08.03.2018
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)	13.04.2018

Die folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen haben auf eine schriftliche Stellungnahme verzichtet:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	13.02.2018
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	19.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)	28.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)	05.03.2018

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung und im Plenum beraten und ausgewertet (siehe Abschnitt 6 „Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens“).

#### **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
15.05.2017	UA BPL	Beauftragung der Arbeitsgruppe Sicherstellungszuschläge
15.01.2018	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
05.02.2018	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) einer Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V
21.03.2018	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
21.03.2018	UA BPL	<i>mündliche Anhörung</i>
21.03.2018	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li><li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)</li></ul>
19.04.2018	G-BA	abschließende Beratungen und Beschlussfassung
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 19. April 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## **6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens**

Anlage 1 Beschlussentwurf

Anlage 2 Tragende Gründe

Anlage 3 Eingereichte Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen

Anlage 4 Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

Anlage 5 stenografisches Wortprotokoll der mündlichen Anhörung