

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Erweiterung um die Vorphaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung

Vom 1. Oktober 2020

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	3
2. Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1. Allgemeines	3
2.2. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen	4
2.2.1. Änderungen zu § 3.....	4
2.2.1.1. Zu § 3 Sätze 3 und 4.....	4
2.2.1.2. Zu § 3 Sätze 9 und 10.....	5
2.2.2. Änderungen zu § 4.....	5
2.2.2.1. Zu § 4 Absatz 1 Sätze 3 und 4.....	5
2.2.2.2. Zu § 4 Absatz 1 Satz 5 Nummer 3	6
2.2.2.3. Zu § 4 Absatz 2.....	6
2.2.3. Änderungen zu § 5.....	6
2.2.3.1. Zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1	6
2.2.3.2. Zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3	7
2.2.3.3. Zu § 5 Absatz 1 Satz 2	7
2.2.3.4. Zu § 5 Absatz 1 Satz 5	7
2.2.3.5. Zu § 5 Absatz 2 Satz 2	8
2.2.4. Änderungen zu § 6.....	8

2.2.4.1. Zu § 6 Absatz 1 und 2	8
2.3. Verfahrensbestimmungen.....	9
2.3.1. Änderungen zu § 7	9
2.3.1.1. Zu § 7 Absatz 8.....	9
2.4. Inkrafttreten der Änderung	9
3. Bürokratiekostenermittlung	9
4. Verfahrensablauf	9
5. Zusammenfassende Dokumentation	10

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte 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) bis zum 31.12.2016 bundeseinheitliche Vorgaben zu beschließen. Der G-BA hatte insbesondere Vorgaben zu beschließen:

- Zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
- Zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und
- Zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.

Bei dem Beschluss waren planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 Satz 1 SGB V zu berücksichtigen. Der G-BA hatte auch das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde festzulegen.

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 der gemeinsame Wille des Plenums zu Protokoll gegeben, dass nach der im Dezember 2016 erfolgten Beschlussfassung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Geburtshilfe die Beratungen zur Aufnahme der Geburtshilfe in die Regelungen für die Vereinbarungen von Sicherstellungszuschlägen beginnen sollen. Eine ergänzende Beschlussfassung zur Aufnahme der Geburtshilfe erfolgte am 19.04.2018.

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat auf Basis von Anträgen des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 20.01.2020 die Wiederaufnahme der Beratungen in der zuständigen Arbeitsgruppe beschlossen, um die Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu beraten. Die Anträge beruhten auf einem Ergebnis des gemeinsamen Arbeitspapiers des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) und der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) vom 02.09.2019 zur Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern im Fallpauschalensystem. Das Ziel des Arbeitspapiers war es, kurzfristig gemeinsame Lösungsvorschläge für bestehende Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem abzustimmen.

Die vorliegenden Regelungen greifen den ersten Lösungsvorschlag des Arbeitspapiers auf. Dieser widmet sich der im derzeitigen Fallpauschalensystem nicht ausreichenden Finanzierung spezifischer (Vorhalte-) Kosten von Krankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder und Jugendmedizin. Die o. g. Institutionen erachten die Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nach § 5 Absatz 1 der Sicherstellungszuschläge-Regelung als geeignete Maßnahme, um die notwendige Grund- und Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen auch in Regionen mit einem geringen Versorgungsbedarf sicherzustellen. Diese Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen erfordert die Festlegung bundeseinheitlicher Kriterien durch den Ge-

meinsamen Bundesausschuss, insbesondere ein Erreichbarkeitsmaß in Pkw-Fahrzeitminuten, ein Betroffenheitsmaß und eine relevante Einwohnerdichte von Kindern und Jugendlichen im Versorgungsgebiet eines Krankenhauses.

2.2. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

2.2.1. Änderungen zu § 3

2.2.1.1. Zu § 3 Sätze 3 und 4

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 vor. Der Wert ist abgeleitet aus den Erreichbarkeitsstandards in den Raumordnungsgesetzen der Länder. Die Erreichbarkeitsschwelle für die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe wurde auf 40 Pkw-Fahrzeitminuten festgelegt, um eine für den ländlichen Raum realistische Untergrenze zu definieren, die gleichzeitig einen unter medizinischen Gesichtspunkten vertretbaren Schwellenwert darstellt.

Für die zu ergänzende Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin wird in Satz 3 Nummer 3 eine Erreichbarkeit des nächsten geeigneten Krankenhauses innerhalb von 40 Pkw-Fahrzeitminuten festgelegt. In Satz 4 wird definiert, dass ein geeignetes Krankenhaus die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 erfüllen muss, d.h. die Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin sowie das Modul Basisnotfallversorgung Kinder gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern vorhalten muss. Der Erreichbarkeitswert von 40 Pkw-Fahrzeitminuten entspricht einer für den dünn besiedelten ländlichen Raum realistischen Untergrenze der auch heute schon in Deutschland akzeptierten Fahrzeit. Diese Einschätzung vertritt auch 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.), die schon in 2012 angesichts des demografischen Wandels und der strukturellen Herausforderungen der Kinder- und Jugendmedizin die Erreichbarkeit einer stationären Einrichtung für Kinder und Jugendmedizin in maximal 40 Pkw-Fahrzeitminuten als ausreichend angesehen hat.¹

Auch eine bundesweite Analyse illustriert nachdrücklich, dass Erreichbarkeitsnormen unterhalb von 40 Pkw-Fahrzeitminuten im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin den Status quo im ländlichen Raum unzureichend abbilden würden. Ausgewertet wurde dazu die Erreichbarkeit von Standorten mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin im dünn besiedelten ländlichen Kreisen nach dem Konzept der siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesamtes für Bau-, Stadt- und Raumforschung.^[1] Kreise nach dieser Definition umfassen ca. 40 Prozent der Fläche und ca. 15 Prozent der Bevölkerung (ca. 12 Mio. Einwohner) der Bundesrepublik Deutschland. Tabelle 1 zeigt für unterschiedliche Erreichbarkeitsnormen, zu welchem Anteil in den bundesweit rund 100 dünn besiedelten ländlichen Kreisen mindestens 800 Einwohner unter 18 Jahren mehr Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um ein Krankenhaus mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin zu erreichen. Die Auswertung zeigt beispielsweise, dass schon heute in 61 Prozent der ländlichen Kreise mindestens 800 Einwohner unter 18 Jahren länger als 40 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um die nächste Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin zu erreichen.

¹ Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (2012): Thesen zur Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland - Konsequenzen der demographischen Entwicklung, S. 7, abrufbar: unter <https://dakj.de/wp-content/uploads/2015/11/projekte-2012-zukunftsszenario-thesen.pdf>.

^[1] Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2016) Laufende Raumbearbeitung – Raumbearbeitung: Siedlungsstrukturelle Kreistypen, Bonn, abrufbar unter: http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbearbeitung/Raumbearbeitung/Kreistypen4/kreistypen.html,

	PKW-Fahrzeitminuten				
	30	35	40	45	50
Anteil ländlicher Kreise, in denen jeweils mehr als 800 Einwohner unter 18 Jahren mehr als die genannten Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um einen Standort mit der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin zu erreichen	89 %	80 %	61 %	40 %	20 %

Tabelle 1 Erreichbarkeit stationärer Kinder- und Jugendmedizin in dünn besiedelten ländlichen Kreise

Quelle: Abrechnungs- und Leistungsdaten der Krankenkassen 2018

2.2.1.2. Zu § 3 Sätze 9 und 10

In den Sätzen 9 und 10 werden die Voraussetzungen für eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Blick auf das Betroffenheitsmaß für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin definiert. Die ergänzten Regelungen in den Sätzen 9 und 10 sehen eine spezifische Erfassung der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe (Einwohner < 18 Jahre) vor. Eine spezifische Erfassung ist notwendig, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Bevölkerungsentwicklung (insbesondere die Zahl der Kinder) in Deutschland regional sehr heterogen ist, zum Teil deutlich von der Verteilung der Gesamtbevölkerung abweicht und sich im Zeitablauf verändert.² Ausgehend von den bisherigen Regelungen für die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung als gefährdet einstufen, wenn bei Schließung des Krankenhauses mindestens 5.000 Einwohner zusätzlich eine Pkw-Fahrzeit von mehr als 30 Minuten erreichen, wird für die Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin entsprechend des bundesdurchschnittlichen Kinderanteils von ca. 16 Prozent³ ein Betroffenheitsmaß von 800 Kindern vorgesehen (5.000 Einwohner x durchschnittlich 16 Prozent Kinderanteil = 800 Einwohner < 18 Jahre). Das so abgeleitete Betroffenheitsmaß orientiert sich damit weiterhin am Konzept einer Landstadt gemäß der Definition des Aktionsprogramms regionale Daseinsfürsorge des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur⁴, erfasst jedoch spezifischer, wie sich Kinder im Raum verteilen.

2.2.2. Änderungen zu § 4

2.2.2.1. Zu § 4 Absatz 1 Sätze 3 und 4

In Satz 3 wurde eine redaktionelle Änderung vorgenommen, die sich aus der Ergänzung des Regelungstextes ergibt.

Die bisherigen Regelungen sehen für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung einen geringen Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km²) liegt. Der bundesdurchschnittliche Kinderanteil (Einwohner < 18 Jahre/km²) an der Bevölkerung beträgt 16 %.

² Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (2012) Thesen zur Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland - Konsequenzen der demographischen Entwicklung, S. 7, abrufbar: unter <https://dakj.de/wp-content/uploads/2015/11/projekte-2012-zukunftsszenario-thesen.pdf>.

³ Statistisches Bundesamt (2016). Bevölkerungsforschreibung auf Grundlage des Zensus 2011, Fachserie 1, Reihe 1.3 – 2015, Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.

⁴ Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI), Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.) (2016). Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Leitfaden für die Praxis. Berlin, Bonn.

Ausgehend von diesen Regelungen und unter Berücksichtigung des bundesdurchschnittlichen Kinderanteils erscheint eine Festlegung des geringen Versorgungsbedarfs für die Kinder- und Jugendmedizin auf 16 % der Erwachsenenfälle zunächst folgerichtig. Allerdings muss an dieser Stelle berücksichtigt werden, dass die Krankenhaushäufigkeit von Kindern und Jugendlichen deutlich geringer ausfällt, als die von Erwachsenen. So weisen die Diagnosedaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes für Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren eine altersspezifische Fallzahl je 100 000 Einwohner aus, die etwa 40 Prozent unter der von Patientinnen und Patienten im Alter von 15 Jahren und älter entspricht.

Entsprechende Hinweise wurde bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Aufnahme der Fachabteilungen für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 18. April 2018) in den schriftlichen Stellungnahmen der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) sowie der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) vorgebracht. Der G-BA würdigte diese Stellungnahmen letztendlich so, dass er bei diesem Beschluss auf die Vorgabe eines geringen Versorgungsbedarfs für die Kinder- und Jugendlichen verzichtete.

Bei der aktuellen Neuregelung wurde der Hinweis erneut herangezogen und in der mündlichen Anhörung beraten. In der Konsequenz wird auf Basis der zuvor ausgeführten Ableitung und unter Berücksichtigung der durchschnittlich geringeren Krankenhaushäufigkeit von Kindern und Jugendlichen - abgebildet durch den Faktor 1,4 - festgelegt, dass für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 22 Kindern je Quadratkilometer (22 E. < 18 Jahre/km²) liegt.

2.2.2.2. Zu § 4 Absatz 1 Satz 5 Nummer 3

Satz 5 stellt klar, dass das Versorgungsgebiet für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin analog zu der in § 3 Satz 3 Nummer 3 für diese Vorhaltungen definierten Erreichbarkeitsnorm, die bewohnten geografischen Einheiten im 40 Pkw-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus umfasst.

2.2.2.3. Zu § 4 Absatz 2

Die bestehende Ausnahmeregelung für Krankenhäuser in Insellage wird angepasst. Die bisherige Regelung trägt der hohen Einwohnerdichte auf Inseln aufgrund der geographischen Gegebenheiten Rechnung und nimmt einen geringen Versorgungsbedarf auf Inseln grundsätzlich als gegeben an. Eine Unterschreitung des Betroffenheitsmaßes wurde bisher nicht als Ausnahmetatbestand definiert. Es hat sich jedoch gezeigt, dass das Betroffenheitsmaß auf den Inseln aufgrund der geringen Einwohnerzahl z. T. unterschritten wird. Daher wird neben dem geringen Versorgungsbedarf zukünftig auch eine Betroffenheit in relevantem Ausmaß auf Inseln als gegeben angenommen.

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.

2.2.3. Änderungen zu § 5

2.2.3.1. Zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1

Der Gesetzgeber weist in der 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 (BT-Drucksache 18/5372, S. 90 f.).

Es können Leistungen der Notfallversorgung sowie Leistungen, bei denen eine unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung erforderlich ist, einbezogen werden. Der G-BA sah es daher bereits bei seiner ersten Beschlussfassung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen am 24.11.2016 als erforderlich an, die unterste Stufe des nach § 136c Absatz 4 SGB V zu beschließenden Notfallstufensystems als notwendige Vorhaltung zugrunde zu legen.

Zum Zeitpunkt der Erstfassung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen lag aufgrund einer Fristverlängerung durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) noch kein wirksamer Beschluss des G-BA zu dem Notfallstufensystem vor. Es wurde daher im Regelungstext festgehalten, dass die Anforderungen der untersten Notfallstufe als bedarfsnotwendige Vorhaltung zu berücksichtigen sind, sobald ein entsprechender Beschluss des G-BA zu dem Notfallstufensystem vorliegt. Im Sinne einer Rechtsbereinigung wird nach Vorliegen eines rechtskräftigen Beschlusses zum Notfallstufensystem nun die Stufe der Basisnotfallversorgung in § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 der Sicherstellungszuschläge-Regelungen als bedarfsnotwendige Vorhaltung aufgeführt. Neben der Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung sind ab dem 19.05.2023 zusätzlich alle weiteren Anforderungen an die Stufe der Basisnotfallversorgung gemäß Abschnitt III der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V zu erfüllen. Die Vorhaltung der Stufe der Basisnotfallversorgung wird ab dem 19.05.2023 verbindlich gefordert, da Krankenhäuser, die in einer Region mit geringem Versorgungsbedarf zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, im Zeitraum vom Inkrafttreten des Notfallstufenbeschlusses am 19.05.2018 bis zum 18.05.2023 die Möglichkeit haben, unter Auflagen der zuständigen Landesbehörde abschlagsfrei die Anforderungen der Basisnotfallstufe zu erfüllen. In diesem Übergangszeitraum können gemäß § 3 Abs. 2 Satz 4 der Notfallstufen-Regelungen bereits Zuschläge für die Basisnotfallstufe vereinbart werden, sofern die zuvor aufgeführten Bedingungen erfüllt sind.

2.2.3.2. Zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

Die bisherige Regelung der notwendigen Vorhaltungen wird ergänzt mit dem Ziel, die Sicherstellungszuschläge-Regelungen auf die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin zu erweitern. Die ergänzte Regelung sieht vor, dass am Krankenhausstandort sowohl eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als auch das Modul Basisnotfallversorgung Kinder gemäß dem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V vorzuhalten sind. Dadurch ist gewährleistet, dass die vorgehaltenen Strukturen zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind sowie die besonderen Erfordernisse der Kindernotfallversorgung berücksichtigt werden.

2.2.3.3. Zu § 5 Absatz 1 Satz 2

Der bisherige Satz 2 wird aufgrund einer Rechtsbereinigung gestrichen. Siehe hierzu Begründung zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.

Der neue Satz 2 regelt, dass für bestehende Krankenhäuser in Insellagen neben der Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung nicht zusätzlich alle weiteren Anforderungen an die unterste Stufe des Notfallstufensystems anzuwenden sind. Mit dieser Ausnahmeregelung wird vermieden, dass beispielsweise Anforderungen an die medizinisch-technische Ausstattung oder die Anzahl an vorzuhaltenden Intensivbetten zu einem Ausschluss dieser Krankenhäuser vom Sicherstellungszuschlag führen.

2.2.3.4. Zu § 5 Absatz 1 Satz 5

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung des Verweises auf die notwendigen Vorhaltungen. Die Streichung von Satz 5 der bisherigen Regelung erfolgt, da die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin in den ergänzten Regelungen als eigenständige notwendige Vorhaltung unter Satz 1 Nummer 3 aufgeführt wird. Eine obligatorische Verknüpfung der Fachabteilung Kinder-

und Jugendmedizin mit der Fachabteilung Geburtshilfe als notwendige Vorhaltung ist daher nicht mehr erforderlich.

2.2.3.5. Zu § 5 Absatz 2 Satz 2

Durch die Streichung der Voraussetzung, dass die Hebammen in der Klinik angestellt sein müssen, wird den unterschiedlichen Versorgungsgegebenheiten in den Bundesländern Rechnung getragen. Fachabteilungen Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe im Sinne dieser Regelung sind zukünftig solche, bei denen examinierte Hebammen oder Entbindungspfleger der Fachabteilung zugeordnet sind und mindestens eine dieser Hebammen oder Entbindungspfleger des Krankenhauses jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin verfügbar ist, unabhängig davon, ob die Hebamme oder der Entbindungshelfer in Anstellung oder als Dienst-Beleghebamme der Fachabteilung zugeordnet ist.

Begleit-Beleghebammen, die ihre Leistung nicht in einem Dienst-oder Schichtsystem oder im Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses erbringen, können dabei nicht angerechnet werden.

2.2.4. Änderungen zu § 6

2.2.4.1. Zu § 6 Absatz 1 und 2

Die Differenzierung der notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummern 1-3 zieht eine differenzierte Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach sich. Ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf die basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin unzureichende Qualität aufweist, kann einen Sicherstellungszuschlag nur dann vereinbaren, wenn die zuständige Landesbehörde Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung erlassen sowie Fristen zu deren Umsetzung durch das betreffende Krankenhaus festgelegt hat.

Um die Konsistenz der Regelungen mit Blick auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sicherzustellen, gilt folgende Anforderung auch für Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen: Ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin unzureichende Qualität aufweist, wird nur dann als Alternativkrankenhaus berücksichtigt, wenn die zuständige Landesbehörde Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung erlassen sowie Fristen zu deren Umsetzung durch das betreffende Krankenhaus festgelegt hat.

2.3. Verfahrensbestimmungen

2.3.1. Änderungen zu § 7

2.3.1.1. Zu § 7 Absatz 8

Die Anpassungen dienen der Präzisierung der bisherigen Regelungen bzw. der Beseitigung eines redaktionellen Fehlers.

2.4. Inkrafttreten der Änderung

Ein Inkrafttreten der Änderungen der Sicherstellungszuschlagsregelungen erfolgt im Laufe des Jahres 2020. Die Erstfassung der Sicherstellungszuschlagsregelungen, die im November 2016 beschlossen wurde, sah vor, dass sie auf Vereinbarungszeiträume zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2017 Anwendung findet. Die Ergänzungsregelungen zur Geburtshilfe wurden im April 2018 beschlossen und finden für Vereinbarungszeiträume zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2019 Anwendung.

Analog dazu ist vorzusehen, dass die voraussichtlich im letzten Quartal 2020 inkraftetenden Ergänzungen der Sicherstellungszuschlagsregelungen zur Kinder- und Jugendmedizin mit der Maßgabe versehen werden, dass sie auf Vereinbarungszeiträume zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2021 Anwendung finden. Hintergrund ist, dass die Budgetverhandlungen gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG prospektiv zu führen sind. Daher ist der frühestmögliche Vereinbarungszeitraum für Sicherstellungszuschläge auf Grundlage der neuen Regelungen das Budgetjahr 2021.

3. 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.

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
20.01.2020	UA BPL	Beauftragung der AG Sicherstellungszuschläge (AG SZ) zur Erarbeitung eines Beschlussentwurfs nebst Tragenden Gründen zur Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Erweiterung um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung
17.02.2020 24.03.2020 05.06.2020	AG SZ	Beratungen
12.06.2020	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Absätze 5 und 5a, 136c Absatz 3 Satz 5 SGB V

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
06.08.2020	AG SZ	orientierende Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
31.08.2020	UA BPL	Anhörung, Beschlussfassung zur Weiterleitung der Beschlussunterlagen an das Plenum
01.10.2020	G-BA	Beratung und Beschlussfassung
		Weiterleitung an das Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung gemäß § 136c Absatz 6 i.V.m. § 94 Absatz 1 SGB V
08.12.2020		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
09.12.2020		Inkrafttreten

Stellungnahmeverfahren

Der UA BPL hat am 12.06.2020 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Absätze 5 und 5a, 136c Absatz 3 Satz 5 SGB V beschlossen. Folgende Institutionen haben eine schriftliche Stellungnahme abgegeben:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD)
- Deutscher Pflegerat (DPR)
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi)
- Bundesärztekammer (BÄK)

(nähere Einzelheiten siehe zusammenfassende Dokumentation)

5. Zusammenfassende Dokumentation

(Anlage)

Berlin, den 1. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken