

# Abschlussbericht



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## Unterausschuss Bedarfsplanung (UA BPL)

**Änderung der Regelungen für die Vereinbarung  
von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c  
Absatz 3 SGB V:**

**Erweiterung um die Vorhaltung einer Fachabteilung  
für Kinder- und Jugendmedizin als basisversor-  
gungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Ver-  
sorgung der Bevölkerung**

Stand: 1. Oktober 2020

Unterausschuss Bedarfsplanung  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

**Inhaltsverzeichnis**

1.	Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde .....	1
2.	Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden .....	6
3.	Darstellung der Änderungen im Regelungen-Fließtext.....	17
4.	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen .....	24
5.	Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK).....	26
6.	Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit .....	30
7.	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi).....	31
8.	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) und des Verbands leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (VLKKD).....	36
9.	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)...	41
10.	Stellungnahme des Deutschen Pflegerats (DPR) .....	43
11.	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen .....	46
12.	Wortprotokoll der mündlichen Anhörung .....	76
13.	Würdigung der Stellungnahmen.....	89
14.	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V .....	90
15.	Beschluss.....	92



1. **Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde**

# Beschlussentwurf



## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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**

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am XX. Monat 2020 beschlossen, die Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 24. November 2016 2012 (BAnz AT 21.12.2016 B3), zuletzt geändert am 19. April 2018 (BAnz AT 22.05.2018 B1) wie folgt zu ändern:

I. Die Regelungen werden wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 wird nach Nummer 2 vor dem Punkt folgende Nummer 3 eingefügt:  
„3. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3: 40 PKW-Fahrzeitminuten.“
- b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „Nummer 1“ die Wörter „oder für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt durch ein Komma. Nach der Angabe „Nummer 2“ wird die Angabe „oder Nummer 3“ eingefügt.

c)

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
In Satz 7 wird nach den Wörtern „dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird,“ das Wort „zusätzlich“ gestrichen.	keine Änderung

d)

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
In Satz 8 wird nach den Wörtern „dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird,“ das Wort „zusätzlich“ gestrichen.	keine Änderung

e) Nach Satz 8 wird folgender Satz 9 eingefügt:

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
„ <sup>9</sup> Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, mindesten 800 Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben PKW-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).“	„ <sup>9</sup> Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, <u>zusätzlich</u> mindesten 800 Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben PKW-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).“

f) Der bisherige Satz 9 wird zu Satz 10.

g) Im neuen Satz 10 wird nach den Wörtern „nach den Sätzen“ die Angabe „2 bis 8“ durch die Angabe „2 bis 9“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

a)

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
In Absatz 1 Satz 2 werden die Angabe „100 Einwohnern“ durch die Angabe „162 Einwohnern“ und die Angabe „(100 E./km <sup>2</sup> )“ durch die Angabe „(162 E./km <sup>2</sup> )“ ersetzt.	keine Änderung

b) In Satz 3 werden die Wörter „Abweichend von Satz 2 liegt“ gestrichen. Nach der Angabe „Nummer 2“ wird das Wort „liegt“ eingefügt.

c)

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
In Satz 3 wird die Angabe „20 Frauen“ durch die Angabe „33 Frauen“ ersetzt.	keine Änderung

d)

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt: „ <sup>4</sup> Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 27	Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt: „ <sup>4</sup> Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16

Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben je Quadratkilometer liegt.“	Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben je Quadratkilometer liegt.“
---	---

- e) Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5.
- f) Im neuen Satz 5 wird nach der Nummer 2 folgende Nummer 3 eingefügt:  
„3. für Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 40-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen.“
- g) Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6.
- h) Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:  
„1Für bestehende Krankenhäuser in Insellage gilt eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung abweichend vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Sätze 2 bis 9 (Betroffenheitsmaß) und abweichend von Absatz 1 (geringer Versorgungsbedarf) grundsätzlich als gegeben.“
- i)

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt: „2Für die notwendige Vorhaltung ist bei Krankenhäusern in Insellage abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 nur eine Fachabteilung Innere Medizin oder Chirurgie vorzuhalten.“	Keine Änderung

3. In § 5 wird Absatz 1 wie folgt geändert:

a)

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
Die Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst: „1. die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, und/oder“	Die Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst: „1. die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, und ab dem 19. Mai 2023 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 und/oder“

b) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende ersetzt durch die Wörter „und/oder“.

c) Nach der Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
„3. Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.“	„3. die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet ist, und das Modul Basisnotfallversorgung Kinder gemäß § 25 Absatz 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu

	einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.“
--	--

d) Die Sätze 2 und 3 werden gestrichen.

e)

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
Der bisherige Satz 4 wird Satz 2. Im neuen Satz 2 wird nach der Angabe „Satz 1“ die Angabe „und 2“ gestrichen.	Satz 2 wird wie folgt neu gefasst: ²Für bestehende Krankenhäuser in Inselanlagen sind notwendige Vorhaltungen nach Satz 1 Nummer 1 die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind.“ Der bisherige Satz 4 wird Satz 3.

f) Satz 5 wird gestrichen.

4. In § 5 wird Absatz 2 wie folgt geändert:

a)

KBV	GKV-SV/DKG(Vorbehalt)/PatV
In Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „Ärzte des Krankenhauses“ die Wörter „oder Belegärzte“ und nach den Wörtern „Facharzt des Krankenhauses“ die Wörter „oder Belegärzte“ eingefügt.	Keine Änderungen

b)

DKG/KBV	GKV-SV/PatV
In Satz 2 werden nach der Angabe „nach Satz 1“ das Wort „angestellte“ und nach den Wörtern „mindestens einer dieser“ das Wort „angestellte“ gestrichen.	Keine Änderungen

c) In § 5 Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „der Ziffern 1 und 2“ die Wörter „und Satz 2“ eingefügt

5. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Nummer 1“ die Angabe „oder Nummer 3“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Krankenhaus nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ die Angabe „oder Nummer 3“ eingefügt.

6. In § 7 wird Absatz 8 wie folgt geändert:

a)

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
In Satz 1 wird die Angabe „unter 50 Einwohner“ durch die Angabe „unter 81 Einwohner“ ersetzt.	Keine Änderung

b) In Satz 1 wird die Angabe „§ 3 Satz 6“ durch die Angabe „§ 3 Satz 7“ ersetzt.

DKG	GKV-SV/PatV
In Satz 2 wird die Angabe „unter 10 Frauen“ durch die Angabe „unter 17 Frauen“ ersetzt.	Keine Änderung

c)

DKG	GKV-SV/PatV
In Absatz 8 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt: „ <sup>3</sup> Liegt die Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 4 unter 14 Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben je Quadratkilometer, so kann die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 KHEntgG im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben nach § 3 Satz 9 bis auf 80 reduzieren, wenn räumliche Besonderheiten dies erfordern.“	Keine Änderung

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 2. Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

Stand: 12.06.2020

# Tragende Gründe



**zum Beschlussentwurf 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 Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung**

Vom xx.xx.2020

### Inhalt

1. Rechtsgrundlage .....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung .....	3
2.1 Allgemeines .....	3
2.2 Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen .....	5
2.2.1 Änderungen zu § 3 .....	5
2.2.2 Änderungen zu § 4 .....	10
2.2.3 Änderungen zu § 5 .....	16
2.2.4 Änderungen zu § 6 .....	19
2.3 Verfahrensbestimmungen .....	20
2.3.1 Änderungen zu § 7 .....	20
2.4 Inkrafttreten der Änderung .....	20

1. Rechtsgrundlage

GKV-SV	DKG
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,</li> <li>• Zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und</li> <li>• Zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.</li> </ul> <p>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</p>	(...)

2

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Allgemeines

GKV-SV	DKG
<p>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.</p> <p>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. Dieser Antrag beruht 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 Arbeits-</p>	<p>In der Sitzung des UA-Bedarfsplanung am 20.01.2020 wurde sowohl vom GKV-SV als auch der DKG der Antrag eingebracht, die bestehenden Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu ergänzen.</p> <p>Der Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes beruht 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. Hintergrund dieses Arbeitspapiers ist ein gemeinsames Gespräch mit dem Bundesminister für Gesundheit, Herrn Jens Spahn, am 25.06.2019 in dem der Bundesgesundheitsminister die Institutionen aufgefordert hat, Lösungsvorschläge für Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem abzustimmen.</p> <p>Das Ziel des Arbeitspapiers war es, kurzfristig gemeinsame Lösungsvorschläge für die in dem Gespräch diskutierten Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem abzustimmen.</p> <p>In diesem Arbeitspapier wird attestiert, dass die flächendeckende Grund- und Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die Versorgung mit den notwendigen Leistungsangeboten in den derzeitigen Vergütungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens noch ein deutliches Verbesserungspotential beinhaltet. Eine der zentralen Herausforderungen bei der Finanzie-</p>

3

GKV-SV	DKG
<p>papier wurde von den beteiligten Institutionen im Nachgang eines gemeinsamen Gespräches mit dem Bundesminister für Gesundheit, Herrn Jens Spahn, am 25.06.2019 erarbeitet und am 02.09.2019 an den Bundesgesundheitsminister verschickt. Das Ziel des Arbeitspapiers war es, kurzfristig gemeinsame Lösungsvorschläge für die in dem Gespräch diskutierten Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem abzustimmen.</p> <p>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 Gemeinsamen Bundesausschuss, insbesondere ein Erreichbarkeitsmaß in Pkw-Fahrzeitminuten, ein Betroffenenmaß und eine relevante Einwohnerdichte von Kindern und Jugendlichen im Versorgungsgebiet eines Krankenhauses.</p>	<p>Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Fallpauschalensystem ist die nicht ausreichende Finanzierung spezifischer (Vorhalte-)Kosten von Kliniken und Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche. Daher wird in dem gemeinsamen Arbeitspapier als Lösungsansatz zur Sicherung der notwendigen Grund- und Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche in ländlichen, strukturschwachen Regionen vorgeschlagen, die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) um die Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als notwendige Vorhaltungen von basisversorgungsrelevanten Leistungen nach § 5 Absatz 1 der Sicherstellungszuschläge-Regelungen zu ergänzen.</p> <p>Dieser Antrag wurde in der Sitzung des Unterausschusses Bedarfsplanung am 20.01.2020 angenommen.</p> <p>Die DKG hat einen weitergehenden Antrag formuliert. Demnach sollte eine Wiederaufnahme der Beratungen zum Anlass genommen werden, im vierten Jahr der Gültigkeit der Sicherstellungszuschläge-Regelungen, mithilfe von Auswirkungsanalysen eine Bestandsaufnahme und Einschätzung der bestehenden Kriterien durchzuführen und ggf. auf dieser Grundlage eine Anpassung der bestehenden Kriterien vorzunehmen. Der Sicherstellungszuschlag ist ein wichtiges, ergänzendes Finanzierungselement des DRG-Systems, der hinsichtlich seiner Wirkung regelmäßig überprüft werden sollte.</p> <p>Diesem Antrag wurde ebenfalls zugestimmt. Die entsprechenden Änderungen im bestehenden Regelungstext, die aus diesen Auswirkungsanalysen resultieren werden im Einzelnen im Paragraphenteil dargestellt.</p>

4

2.2 Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

2.2.1 Änderungen zu § 3

Zu § 3 Sätze 3 und 4

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>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.</p> <p>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</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 und Chirurgie würde eine 30-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 Pkw-Fahrzeitminuten wird deshalb für die pädiatrische Versorgung als angemessen erachtet.</p> <p>Die DKG hat bereits in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V vom 24. November 2016 die Aufnahme der Kinder- und Jugendmedizin eingefordert. 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. Diese Vorgabe entspricht der Forderung der „Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.“ und der „Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.“ im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 136c Abs. 3 SGB V. Hier wird ausgeführt: „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-</p>

5

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>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.<sup>1</sup></p> <p>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.<sup>[1]</sup> 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.</p>	<p>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: <a href="http://dakj.de/projekte/flaechendeckende-versorgung-kinder-jugendliche-deutschland/">http://dakj.de/projekte/flaechendeckende-versorgung-kinder-jugendliche-deutschland/</a>)<sup>2</sup>.</p> <p>Als Folgeänderung wird in Satz 4 festgelegt, dass ein geeignetes Krankenhaus die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 erfüllen muss. Notwendige Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 sind Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.</p>

<sup>1</sup> 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>.  
<sup>[1]</sup> Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2016) Laufende Raumbeobachtung – Raumsgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen, Bonn, abrufbar unter: [http://www.bbsr.bund.de/cfm\\_032mn\\_1067638/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/Kreistypen.html](http://www.bbsr.bund.de/cfm_032mn_1067638/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/Kreistypen.html).  
<sup>2</sup> G-BA; Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V; Anlage 5 zu den Tragenden Gründen; 24. November 2016

6

Variante A: GKV-SV		Variante B: DKG				
		<b>PKW-Fahrzeitminuten</b>				
		30	35	40	45	50
<b>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</b>		89 %	80 %	61 %	40 %	20 %
<p>Tabelle 1 Erreichbarkeit stationärer Kinder- und Jugendmedizin in dünn besiedelten ländlichen Kreise</p> <p>Quelle: Abrechnungs- und Leistungsdaten der Krankenkassen 2018</p>						

**Zur Position der DKG in § 3 Sätze 7 und 8**

Gemäß § 3 Sicherstellungszuschläge-Regelungen liegt eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 und 2 vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner (Nummer 1) bzw. 950 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren (Nummer 2) PKW-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten (Nummer 1) bzw. 40 Minuten (Nummer 2) aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß). Durch die Formulierung „zusätzlich“ werden Personen, die auch derzeit schon mehr als 30 (§ 5 Abs. 1 Nr. 1), bzw. 40 PKW-Fahrzeitminuten (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) benötigen, nicht in die Rechnung einbezogen. Nach Berechnungen der DKG

7

betrifft dies für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 insgesamt **mehr als 1,3 Mio. Einwohner** mit Fahrzeiten größer 30 Minuten. Diese 1,3 Mio. Einwohner werden bei der Berechnung nicht mit eingeschlossen und müssen bereits heute Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten auf sich nehmen, um das nächste Krankenhaus zu erreichen. Darüber hinaus entspricht dies rund 21,3 Tausend PLZ 8 Gebiete mit Fahrzeiten größer 30 Minuten.

Hierbei kann es zu der Situation kommen, dass durch Lage und Einzugsgebiet des Krankenhauses das Betroffenheitsmaß der entsprechenden Personenzahl bei isolierter Betrachtung des definierten Einzugsgebietes (30 bzw. 40 PKW-Minuten Radius) nicht überschritten wird, ggf. aber schon ohne Schließung der Fachabteilung eine hohe Anzahl von Personen länger als 30 bzw. 40 Minuten PKW-Fahrzeit aufbringen müssen. Diese müssen bei der Ermittlung des Betroffenheitsmaßes ebenfalls betrachtet werden, da durch einen Wegfall von Leistungen der Grundversorgung, die Fahrzeit für diesen Personenkreis sich weiter erhöhen wird.

Bereits in den **Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V** vom 24. November 2016 wird ausgeführt: „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.“<sup>3</sup> In diesen Tragenden Gründen wird nicht ausgeführt, dass es sich um zusätzlich mindestens 5000 Einwohner handelt.

Durch die Streichung des Wortes „zusätzlich“ in den Sätzen 7 und 8 wird eine Angleichung an die Tragenden Gründe vollzogen und die Ungleichbehandlung von Personen, die jetzt schon mehr als 30 oder 40 Minuten zum nächsten Krankenhaus aufwenden müssen, korrigiert.

Zu § 3 Sätze 9 und 10

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
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 dem Satz 9 wird die Voraussetzung für eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Blick auf das Betroffenheitsmaß für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin definiert. Die ergänzte Regelung in Satz 9 sieht eine spezifische Erfassung der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe (Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs) vor. Ausgehend von den bisherigen Regelungen für die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die eine flächendeckende Versorgung der

<sup>3</sup> Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V, 24. November 2016; Seite 3

8

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
in Deutschland regional sehr heterogen ist, zum Teil deutlich von der Verteilung der Gesamtbevölkerung abweicht und sich im Zeitablauf verändert. <sup>4</sup> 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 Prozent <sup>5</sup> 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 Infrastruktur <sup>6</sup> , erfasst jedoch spezifischer, wie sich Kinder im Raum verteilen.	Bevölkerung als gefährdet einstufen, wenn bei Schließung des Krankenhauses mindestens 5.000 Einwohner eine PKW-Fahrzeit von mehr als 30 Minuten erreichen, wird für die Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin entsprechend des bundesdurchschnittlichen Anteils von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18 Lebensjahrs von rund 16 Prozent <sup>7</sup> ein Betroffenheitsmaß von 800 Kindern vorgesehen (5.000 Einwohner x durchschnittlich rund 16 Prozent = 800 Kinder und Jugendliche < 18 Jahre). Analog der Änderung in den Sätzen 7 und 8 muss es sich nicht um „zusätzlich“ 800 Kinder und Jugendliche handeln.

<sup>4</sup> 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://dki.j.de/wp-content/uploads/2015/11/projekte-2012-zukunftsszenario-thesen.pdf>.

<sup>5</sup> Statistisches Bundesamt (2016). Bevölkerungsforschung auf Grundlage des Zensus 2011, Fachserie 1, Reihe 1.3 – 2015, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

<sup>6</sup> Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI), Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.) (2016). Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Leitfaden für die Praxis. Berlin, Bonn.

<sup>7</sup> Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Statistischen Bundesamtes mit Stichtag 31.12.2018. Demnach beträgt der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 16,38%. Abgerufen hier: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12411-0005&levelindex=0&level=1591083469631&structure>.

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020 | Stand: 02.06.2020 | 09:40:33

9

2.2.2 Änderungen zu § 4

Zur Position der DKG in § 4 Absatz 1 Satz 2

In den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB vom 24. November 2016 wird in § 4 ausgeführt, dass ein geringer Versorgungsbedarf definiert wird als eine durchschnittliche Einwohnerdichte unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km<sup>2</sup>). Dies würde der Typisierung als „dünn besiedelte ländliche Region“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entsprechen.

Die DKG hat bereits in ihren Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ausgeführt, dass diese Typisierung verfälscht dargestellt wird.<sup>8</sup>

In den „Erläuterungen zu den Raumbezügen“ 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 Kreise (Anzahl: 402) wird der „ländliche Raum“ anhand von „ländlichen Kreisen“ und „dünn besiedelten ländlichen Kreisen“ definiert.

Die „dünn besiedelten ländlichen Kreise“ sind demnach „Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km<sup>2</sup>.“

In den derzeitigen Sicherstellungsregelungen wird bezüglich der Festlegung eines geringen Versorgungsbedarfes nur auf einen Teil der Definition abgestellt. Der erste Teil der Definition (Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50%) wird hierbei völlig außer Acht gelassen und fließt in die Betrachtung nicht ein. In der Praxis muss aber das gesamte Gebiet in einem Erreichbarkeitskreis betrachtet werden. Das bedeutet, dass von der Gesamtbevölkerung im Versorgungsgebiet weniger als 50 Prozent in einer Groß- oder Mittelstadt leben darf und der Bevölkerungsanteil in den Kleinstädten und Landgemeinden mehr als 50 Prozent ausmacht.

Da der Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten durchschnittlich bei weit über 100 E./km<sup>2</sup> liegt, und in Landgemeinden durchschnittlich bei 70 E./km<sup>2</sup> (siehe nachstehende Tabelle) muss demnach ein geringer Versorgungsbedarf in dünn besiedelten ländlichen Kreisen zwingend über 100 E./km<sup>2</sup> festgelegt werden, da es ansonsten zu strukturellen Nachteilen kommt.

Zur Berechnung des geringen Versorgungsbedarfes wird von der DKG vor dem Hintergrund, dass die derzeitigen Vorgaben zu strukturellen Benachteiligungen führen, ein praktikables und praxisnahes Verfahren vorgeschlagen, welche die Strukturen realistisch abbildet. Da der geringe Versorgungsbedarf einheitlich über das gesamte Bundesgebiet definiert wird, müssen entsprechende Parameter gewählt werden, die auch in allen Bun-

<sup>8</sup> Anlage 2 zu den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V, 24. November 2016; Seite 7ff.

10

desländern zur Anwendung kommen können. Ansonsten besteht die Gefahr, dass basisversorgungsrelevante Krankenhäuser, die für die Versorgung in sehr dünn besiedelten Regionen absolut notwendig sind, aufgrund ihrer häufigen Ansiedelung in einem Mittelzentrum (Mittelstädte) keine Möglichkeit eines Sicherstellungszuschlags haben.

Unter diesem Aspekt, wird vorgeschlagen, zur Ermittlung eines angenommenen geringen Versorgungsbedarfes die „Gemeindeebene“ (Stand 31.12.2013, Anzahl: 11.235), als Grundlage zu nehmen. Das BBSR ordnet die Gemeinden in die Kategorien Groß-, Mittel-, Kleinstädte und Landgemeinden. Im Hinblick auf die Ansiedelung von Krankenhäusern in Mittelzentren, eignet sich eine Betrachtung auf dieser Grundlage. Durch die Ansiedelung von Krankenhäusern der Grundversorgung in Mittelstädten (in einem Umfeld von Kleinstädten und Landgemeinden) und die dadurch bedingte Gesamteinwohnerdichte, ist ein geringer Versorgungsbedarf **unter 162 Einwohner pro Quadratkilometer sachgerecht**. Wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich, wären rechnerisch damit Versorgungsgebiete mit einer kleineren Mittelstadt im Zentrum (Krankenhausstandort) und Kleinstädten und Landgemeinden in der Peripherie abgedeckt.

	Anzahl Gemeinden	Bevölkerung	Anteil Bevölkerung	Fläche	Anteil Fläche	Einw. / qkm
Gesamtbevölkerung (1-7)	11.235	80.767.463	100,00%	357.333	100,00%	226
2 – 7	11.220	66.992.140	82,94%	352.231	98,57%	190
3 - 7	11.159	55.736.084	69,01%	344.106	96,30%	162
4 - 7	11.034	48.373.771	59,89%	333.848	93,43%	145
5 - 7	10.387	32.818.261	40,63%	289.446	81,00%	113
6 und 7	9.205	20.010.636	24,78%	225.954	63,23%	89
nur 7	5.907	8.928.428	11,05%	129.019	36,11%	69

Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung; Raumabgrenzungen: Referenzdetalen und Karten; Stadt- und Gemeindetyp; Stand: 31.12.2013; eigene Berechnungen

Legende:

- 1 Große Großstadt (>500.000 Einw.)
- 2 Kleinere Großstadt (< 500.000 Einw.)
- 3 Größere Mittelstadt (>50.000 Einw.)
- 4 Kleinere Mittelstadt (<50.000 Einw.)
- 5 Größere Kleinstadt (>10.000 Einw.)

11

- 6 Kleine Kleinstadt (<10.000 Einw.)
- 7 Landgemeinde (<5000 Einw.)

**Zu § 4 Absatz 1 Sätze 3 und 4**

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
<p>In Satz 3 wurde eine redaktionelle Änderung vorgenommen, die sich aus der Ergänzung des Regelungstextes ergibt.</p> <p>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./km<sup>2</sup>) liegt. Der bundesdurchschnittliche Kinderanteil (Einwohner &lt; 18 Jahre/km<sup>2</sup>) an der Bevölkerung beträgt 16 %. Ausgehend von diesen Regelungen und unter Berücksichtigung des bundesdurchschnittlichen Kinderanteils wird der geringe Versorgungsbedarf für die Kinder- und Jugendmedizin auf 16 % der Erwachsenenfälle festgelegt. D.h. die Neuregelung legt auf Basis der zuvor ausgeführten Ableitung fest, 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 16 Kindern je Quadratkilometer (16 E. &lt; 18 Jahre/km<sup>2</sup>) liegt.</p>	<p>In Satz 3 wird eine Änderung vorgenommen, die sich aus der Ergänzung des Regelungstextes in Satz 2 ergibt.</p> <p>Der geringe Versorgungsbedarf für die Gynäkologie und Geburtshilfe wurde analog zur Regelung für die Innere Medizin und Chirurgie angepasst. Ein geringer Versorgungsbedarf liegt im Sinne von Sicherstellungszuschlägen für die Gynäkologie und Geburtshilfe vor, wenn die Bevölkerungsdichte von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 33 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren pro Quadratkilometer liegt. Die Berechnung wurde analog der 162 Einwohner bei der Inneren Medizin und Chirurgie durchgeführt. Die Anzahl von 33 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren ergibt sich aus der „Fortschreibung des Bevölkerungsstandes“ des Statistischen Bundesamtes mit Stichtag 31.12.2018<sup>9</sup>. Demnach beträgt der Anteil der Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren 20,47 % bezogen auf die Gesamtbevölkerung. 20,47 % von 162 Einw./qkm beträgt 33,16 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren.</p> <p>Die angepassten 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 162 Einwohnern je Quadratkilometer (162 E./km<sup>2</sup>) liegt.</p>

<sup>9</sup> Fortschreibung des Bevölkerungsstandes“ des Statistischen Bundesamtes mit Stichtag 31.12.2018. Demnach beträgt der Anteil der Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren 20,47%. Abgerufen hier: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12411-0013&levelindex=0&levelid=1591088941804#structure>  
 © Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020 | Stand: 02.06.2020 / 11:12:17

12

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
	<p>Der geringe Versorgungsbedarf für die Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern wurde analog zur Regelung für die Innere Medizin und Chirurgie angepasst. Ein geringer Versorgungsbedarf liegt im Sinne von Sicherstellungszuschlägen für die Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern dann vor, wenn die Bevölkerungsdichte von Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 27 Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr je Quadratkilometern (27 E. &lt; 18 Jahre/km<sup>2</sup>) liegt. Dies entspricht den 162 Einwohnern bei der Inneren Medizin und Chirurgie. Die Anzahl von 27 Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ergibt sich aus der „Fortschreibung des Bevölkerungsstandes“ des Statistischen Bundesamtes mit Stichtag 31.12.2018<sup>10</sup>. Demnach beträgt der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 20,47% bezogen auf die Gesamtbevölkerung. 20,47% von 162 beträgt 26,53 Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.</p>

**Zu § 4 Absatz 1 Satz 5 Nummer 3**

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>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.</p>	<p>Satz 5 Nummer 3 stellt klar, dass das Versorgungsgebiet für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern analog zu der in § 3 Satz 3 Nummer</p>

<sup>10</sup> Fortschreibung des Bevölkerungsstandes“ des Statistischen Bundesamtes mit Stichtag 31.12.2018. Demnach beträgt der Anteil der Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren 20,47%. Abgerufen hier: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12411-0013&levelindex=0&levelid=1591088941804#structure>  
 © Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020 | Stand: 02.06.2020 / 11:12:17

13

	3 für diese Vorhaltungen definierten Erreichbarkeitsnorm, die bewohnten geografischen Einheiten im 40 PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus umfasst.
--	--

Zu § 4 Absatz 2

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>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.</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>	<p>Die bestehende Regelung für Krankenhäuser in Insellage wird angepasst, da die bisherige Formulierung ausschließlich auf den geringen Versorgungsbedarf abgestellt hat. Die bisherige Ausnahmeregelung für Krankenhäuser auf Inseln hat ausschließlich den besonderen geographischen Gegebenheiten der Inseln bezüglich der deutlich höheren Einwohnerdichte als in Absatz 1 definiert, abgestellt. Eine Unterschreitung des Betroffenheitsmaßes wurde nicht als Ausnahmetatbestand genannt. Aufgrund der geringen Bevölkerungsanzahl wird die Betroffenheitsmaßvorgabe auf den Inseln z. T. unterschritten.</p> <p>Bspw. hat Helgoland auf Grundlage der statistischen Berichte des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein mit Stand 31.12.2018 lediglich 1.265 Einwohner.<sup>11</sup> Die bisherigen Vorgaben des Betroffenheitsmaßes können demnach nicht eingehalten werden. Hieraus resultiert, dass durch die Krankenkassen eine Ausweisung des Landes nach § 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntG regelmäßig beklagt wird. In der geänderten Regelung wird klargestellt, dass abweichend vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 (Betroffenheitsmaß) und Absatz 1 (geringer Versorgungsbedarf) ein Sicherstellungszuschlag für bestehende Krankenhäuser in Insellage vereinbart werden kann. 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</p>

<sup>11</sup> Statistikamt Nord – Bevölkerung der Gemeinden in Schleswig-Holstein 4. Quartal 2018 (XLSX-Datei) (Fortschreibung auf Basis des Zensus 2011), abgerufen hier am 02.06.2020: [https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische\\_Berichte/bevoelkerung/A\\_1\\_2\\_SA\\_1\\_2\\_vj\\_184\\_Zensus\\_SH.xlsx](https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/bevoelkerung/A_1_2_SA_1_2_vj_184_Zensus_SH.xlsx)

	dem Festland verbinden, ändern nichts an dem Status als Insel. In der Regelung für die Inselkrankenhäuser wurde eine Änderung vorgenommen, dass die Vorhaltung der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie nicht zwingend kumulativ sondern auch alternativ für die Auslösung eines Sicherstellungszuschlages vorgehalten werden kann. Auch die niedersächsische Landesregierung hat mit Verordnung vom 24. Oktober 2018 <sup>12</sup> geregelt, dass notwendige Vorhaltungen bei bestehenden Krankenhäusern in Insellage auch dann vorliegen, wenn nur eine der in § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 der Sicherstellungszuschläge-Regelung genannten Fachabteilungen besteht.
--	---

<sup>12</sup> Nds. GVBL 2018, Seite 227

2.2.3 Änderungen zu § 5

Zur Position GKV-SV / KBV / PatV in § 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 Erfassung 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.

Zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
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	Auf die besonderen Aspekte bezüglich der Erreichbarkeit dieser speziellen, auf Kinder und Jugendliche ausgerichteten Versorgungsleistung wird in Kapitel 2.1 und den Ausführungen zu § 3 Satz 3 eingegangen.

16

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.	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).
--	--

Zu § 5 Absatz 1 Satz 2

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
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.	Der bisherige Satz 2 wird aufgrund einer Rechtsbereinigung gestrichen. Die Sicherstellungszuschläge-Regelungen sind ein Instrument um im Interesse der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung bedarfsnotwendige Krankenhausleistungen vorzuhalten, auch, wenn diese mit den Fallpauschalen wegen des geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend finanziert werden können. Die vorzuhaltenden Krankenhäuser werden in den Landeskrankenhausplänen, gegliedert nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten, aufgenommen. Ein <u>Zusammenhang mit dem gestuften System von Notfallstrukturen besteht nicht.</u> Eine Verknüpfung mit dem gestuften System von Notfallstrukturen kann dazu führen, dass ein Krankenhaus zwar einen durch Landesrecht vorgegebenen Versorgungsauftrag hat, hierfür allerdings keine Finanzierung durch einen Sicherstellungszuschlag bekommen kann, da die Vorgaben des G-BA zu den bedarfsnotwendigen Vorhaltungen nicht erfüllt sind. Siehe hierzu auch die Begründung zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.

17

**Zu § 5 Absatz 1 Satz 5 (alt)**

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.

18

**2.2.4 Änderungen zu § 6**

**Zu § 6 Absatz 1 und 2**

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die Differenzierung der notwendigen Vorhalten 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.</p> <p>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.</p>	<p>Es werden notwendige redaktionelle Änderungen vorgenommen.</p>

19

2.3 Verfahrensbestimmungen

2.3.1 Änderungen zu § 7

Zu § 7 Absatz 8

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
Die Anpassungen dienen der Präzisierung der bisherigen Regelungen bzw. der Beseitigung eines redaktionellen Fehlers.	Die Anpassungen dienen der Präzisierung der bisherigen Regelungen bzw. der Beseitigung eines redaktionellen Fehlers. Der redaktionelle Fehler wird korrigiert, indem der Bezug in Satz 1 von § 3 Satz 6 auf § 3 Satz 7 korrigiert wird.  Die Präzisierung in Satz 1 ist eine Änderung aufgrund der Neufestlegung der Bevölkerungsdichte in § 4 Absatz 1 Satz 2. Die Präzisierung in Satz 2 ist eine Änderung aufgrund der Neufestlegung der Bevölkerungsdichte von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren in § 4 Absatz 1 Satz 3.  Die Neufestlegung in Satz 3 resultiert aus der neuen Regelung in § 4 Abs. 1 Satz 4 und wurde analog der Regelungen der Sätze 2 und 3 durchgeführt.

2.4 Inkrafttreten der Änderung

GKV-SV
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

20

sind. Daher ist der frühestmögliche Vereinbarungszeitraum für Sicherstellungszuschläge auf Grundlage der neuen Regelungen das Budgetjahr 2021.

### 3. Darstellung der Änderungen im Regelungen-Fließtext

Stand: 12.06.2020

# Regelung



## **des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

### **(Sicherstellungszuschläge-Regelungen)**

in der Fassung vom 24. November 2016  
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 21.12.2016 B3  
in Kraft getreten am 1. Januar 2017

zuletzt geändert am 19. April 2018  
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 22.05.2018 B1  
in Kraft getreten am 23. Mai 2018

Sicherstellungszuschläge-Regelungen Stand: 12. Juni 2020

**Inhalt**

<b>I.</b>	<b>Allgemeines .....</b>	<b>3</b>
	§ 1 Zweck der Regelungen .....	3
	§ 2 Gegenstand der Regelungen .....	3
<b>II.</b>	<b>Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen.....</b>	<b>3</b>
	§ 3 Flächendeckende Versorgung.....	3
	§ 4 Geringer Versorgungsbedarf.....	5
	§ 5 Notwendige Vorhaltungen .....	6
	§ 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren .....	9
<b>III.</b>	<b>Verfahrensbestimmungen.....</b>	<b>9</b>
	§ 7 Verfahrensregeln.....	9

I. Allgemeines

§ 1 Zweck der Regelungen

<sup>1</sup>Zweck dieser Regelungen ist es, bundeseinheitliche Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für basisversorgungsrelevante und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommene Krankenhäuser festzulegen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs die Vorhaltung von basisversorgungsrelevanten Leistungen nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren können. <sup>2</sup>Ein Krankenhaus ist basisversorgungsrelevant, wenn es für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung notwendig ist, weil bei Schließung des Krankenhauses kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann.

§ 2 Gegenstand der Regelungen

<sup>1</sup>Gegenstand der Regelungen ist

1. die Definition eines geringen Versorgungsbedarfs, der dazu führen kann, dass ein Krankenhaus trotz wirtschaftlicher Betriebsführung die Vorhaltung von basisversorgungsrelevanten Leistungen nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren kann,
2. die Festlegung von basisversorgungsrelevanten Leistungen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung,
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,
4. die Festlegung von Bestimmungen zur Berücksichtigung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 Satz 1 SGB V sowie
5. die Festlegung von Kriterien zur Prüfung der Einhaltung der Vorgaben dieser Regelungen durch die zuständige Landesbehörde.

<sup>2</sup>Basisversorgungsrelevante Leistungen im Sinne dieser Regelung sind die in § 5 bestimmten notwendig vorzuhaltenden Leistungen.

II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

§ 3 Flächendeckende Versorgung

<sup>1</sup>Ein Krankenhaus, für das ein Zuschlag nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vereinbart wird, muss für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen

3

Sicherstellungszuschläge-Regelungen Stand: 12. Juni 2020

sein. <sup>2</sup>Zum Nachweis der Voraussetzung nach Satz 1 wird überprüft, ob flächendeckend eine Erreichbarkeit von in Satz 3 festgelegten PKW-Fahrzeitminuten eines anderen geeigneten Krankenhauses vorliegt, und somit bei einer Schließung des Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wäre.

<sup>3</sup>Die PKW-Fahrzeitminuten betragen:

1. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1:  
30 PKW-Fahrzeitminuten
2. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2:  
40 PKW-Fahrzeitminuten
3. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3: 40 PKW-Fahrzeitminuten.

<sup>4</sup>Geeignete Krankenhäuser für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ~~oder für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1, Nummer 2 oder Nummer 3~~ sind jeweils die Krankenhäuser, die die entsprechenden Voraussetzungen nach § 5 (notwendige Vorhaltungen) erfüllen. <sup>5</sup>Bei 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. <sup>6</sup>Anschließend werden die PKW-Fahrzeiten der Einwohner dieser geographischen Einheiten zum zweitnächsten geeigneten Krankenhaus ermittelt und mit den PKW-Fahrzeiten nach Satz 3 verglichen. <sup>7</sup>Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, **zusätzlich [DKG: zusätzlich]** mindestens 5.000 Einwohner PKW-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß). <sup>8</sup>Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, **zusätzlich [DKG: zusätzlich]** mindestens 950 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren PKW-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
<sup>8</sup> Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, mindestens 800 Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben PKW-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).	<sup>9</sup> Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, <b>zusätzlich</b> mindestens 800 Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben PKW-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).

4

Sicherstellungszuschläge-Regelungen Stand: 12. Juni 2020

<sup>10</sup>Zur Berechnung der Parameter nach den Sätzen 2 bis 9 sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen, um das notwendige Maß an Genauigkeit zu gewährleisten.

**§ 4 Geringer Versorgungsbedarf**

(1) <sup>1</sup>Mit dem Sicherstellungszuschlag können nur Defizite aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs, nicht jedoch Defizite aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden.

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
<sup>2</sup> Ein geringer Versorgungsbedarf liegt für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>100 162 Einwohnern je Quadratkilometer (100 162 E./km<sup>2</sup>)</b> liegt. <sup>3</sup> Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>20 33 Frauen</b> im Alter zwischen 15 und 49 Jahren je Quadratkilometer liegt.	<i>[Keine Änderung der Regelungen]</i> <sup>2</sup> Ein geringer Versorgungsbedarf liegt für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km<sup>2</sup>)</b> liegt. <sup>3</sup> Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>20 Frauen</b> im Alter zwischen 15 und 49 Jahren je Quadratkilometer liegt.

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
<sup>4</sup> <del>Abweichend von Satz 2 liegt</del> Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>27 Kindern und Jugendlichen</b> , die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben je Quadratkilometer liegt.	<sup>4</sup> <del>Abweichend von Satz 2 liegt</del> Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>16 Kindern und Jugendlichen</b> , die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben je Quadratkilometer liegt.

<sup>5</sup>Das Versorgungsgebiet ergibt sich

Sicherstellungszuschläge-Regelungen Stand: 12. Juni 2020

5

1. für Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 30-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen,
2. für Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 40-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen.
3. für Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 40-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen.

<sup>6</sup>Bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen.

(2) <sup>1</sup>Für bestehende Krankenhäuser in Insellage gilt ~~unbeschadet des Betroffenheitsmaßes~~ eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung abweichend ~~von Absatz 4~~ vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Sätze 2 bis 9 (Betroffenheitsmaß) und abweichend von Absatz 1 (geringer Versorgungsbedarf) grundsätzlich ein ~~geringer Versorgungsbedarf~~ als gegeben.

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
<sup>2</sup> Für die notwendige Vorhaltung ist bei Krankenhäusern in Insellage abweichend von § 5 Abs. 1 Nummer 1 nur eine Fachabteilung Innere Medizin oder Chirurgie vorzuhalten.	<i>[Keine Änderung der Regelungen]</i>

**§ 5 Notwendige Vorhaltungen**

(1) <sup>1</sup>Notwendige Vorhaltungen sind

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
1. die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, und/oder	1. die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, und ab dem 19. Mai 2023 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 und/oder
2. die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe- und/oder	

6

Sicherstellungszuschläge-Regelungen Stand: 12. Juni 2020

3.

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.	die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet ist, und das Modul Basisnotfallversorgung Kinder gemäß § 25 Absatz 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.

<sup>2</sup>Der G-BA beschließt über die erforderliche Ergänzung der notwendigen Vorhaltungen um Vorgaben zu der untersten Stufe des Notfallstufensystems, sobald er einen wirksamen Beschluss zum gestuften System von Notfallstrukturen gemäß § 136c Absatz 4 SGB V gefasst hat. <sup>3</sup>Die nach Satz 2 zu beschließenden Ergänzungen gelten nicht für bestehende Krankenhäuser in Insellagen.

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
[Keine Änderung der Regelungen]	<sup>2</sup> Für bestehende Krankenhäuser in Insellagen sind notwendige Vorhaltungen nach Satz 1 Nummer 1 die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind.

<sup>43</sup>Vorhaltungen, die nicht von den Regelungen nach Satz 1 und 2 [DKG und 2] umfasst sind, können bei der Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags nicht berücksichtigt werden. <sup>4</sup>Sofern mit einem Krankenhaus ein Sicherstellungszuschlag für notwendige Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 vereinbart wird, ist zusätzlich die Vorhaltung einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin zuschlagfähig.

- (2) <sup>1</sup>Eine Fachabteilung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses,
  - 2.

KBV	GKV-SV / DKG (Vorbehalt) / PatV
angestellte Ärzte des Krankenhauses oder Belegärzte sind der Fachabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikations-	[Keine Änderung der Regelungen]

7

Sicherstellungszuschläge-Regelungen Stand: 12. Juni 2020

nachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer; ein angestellter Facharzt des Krankenhauses oder Belegarzt mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar;	angestellte Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer; ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 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 der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart.

DKG / KBV	GKV-SV / PatV
<sup>2</sup> Eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe der Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn ergänzend zu den Voraussetzungen nach Satz 1 angestellte examinierte Hebammen/Entbindungspfleger der Fachabteilung zugeordnet sind und mindestens eine dieser angestellten Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.	[Keine Änderung der Regelungen] <sup>2</sup> Eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe der Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn ergänzend zu den Voraussetzungen nach Satz 1 angestellte examinierte Hebammen/Entbindungspfleger der Fachabteilung zugeordnet sind und mindestens eine dieser angestellten Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.

(3) <sup>1</sup>Sofern die Fachabteilungen den Voraussetzungen des Absatz 2 Nummer 1 und 2 und Satz 2 nicht entsprechen, ist im Einzelfall zu prüfen, ob im betroffenen Krankenhaus eine Organisationsstruktur besteht, die den inhaltlichen Anforderungen der Ziffern 1 und 2 und Satz 2 entspricht. <sup>2</sup>Die Prüfung und Feststellung nach Satz 1 obliegt der zuständigen Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG.

(4) Sicherstellungszuschläge für Fachabteilungen der Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe können nur unter der Voraussetzung vereinbart werden, dass das Krankenhaus eine Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin nachweist, soweit es nicht über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügt.

8

Sicherstellungszuschläge-Regelungen Stand: 12. Juni 2020

§ 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

(1) <sup>1</sup>Mit einem Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf die basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 unzureichende Qualität aufweist, kann ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 KHEntG im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung erlässt, die vom Krankenhaus zu erfüllen sind.

<sup>2</sup>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 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 Nummer 2 unzureichende Qualität feststellt, ist kein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren.

<sup>3</sup>Liegt 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.

(2) <sup>1</sup>Geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 3, 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht einschränkt oder entzieht. <sup>2</sup>Geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, bei denen das Institut nach § 137a SGB V jedoch 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 1 Nummer 2 unzureichende Qualität feststellt, sind bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung nicht zu berücksichtigen.

III. Verfahrensbestimmungen

§ 7 Verfahrensregeln

(1) Diese Vorschrift regelt die Vorgaben für die Prüfung der Einhaltung der Voraussetzungen durch die zuständigen Landesbehörden nach § 5 Absatz 2 Satz 5 KHEntG.

(2) Die Einhaltung der Vorgaben ist jährlich durch die zuständige Landesbehörde zu überprüfen.

(3) Die Ermittlung der flächendeckenden Versorgung nach § 3 und des Versorgungsbedarfs nach § 4 erfolgt unabhängig von Bundeslandgrenzen.

9

Sicherstellungszuschläge-Regelungen Stand: 12. Juni 2020

(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 (Marktzeile) durchschnittlich nicht mehr als 1.000 Einwohner zuweist.

(5) <sup>1</sup>PKW Fahrzeiten werden ausgehend vom geographischen Mittelpunkt der Marktzeilen nach Absatz 4 und einer standortbezogenen Geolokalisierung der geeigneten Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 erfüllen, ermittelt. <sup>2</sup>Dabei wird den Einwohnern einer Marktzeile ausgehend von dem geographischen Mittelpunkt der Marktzeile die gleiche Fahrzeit zugeordnet. <sup>3</sup>Krankenhäuser, 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. <sup>4</sup>Nach Umsetzung des § 2a KHG werden die Auswirkungen der Verwendung des Kennzeichens nach § 293 Absatz 6 SGB V auf die standortbezogene Geolokalisierung der Krankenhäuser geprüft.

(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.

(7) <sup>1</sup>Weist 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. <sup>2</sup>Maßgeblich für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags sind ausschließlich der geringe Versorgungsbedarf und das daraus resultierende Defizit. <sup>3</sup>Der Nachweis nach Satz 1 ist jährlich gegenüber den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG zu erbringen.

(8)

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
<sup>1</sup> Liegt die Bevölkerungsdichte im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 2 unter 5081 Einwohner je Quadratkilometer, so kann die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 KHEntG im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zahl der Einwohner nach § 3 Satz 76 bis auf 500 reduzieren, wenn räumliche Besonderheiten dies erfordern.	[Keine Änderung der Regelungen] <sup>1</sup> Liegt die Bevölkerungsdichte im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 2 unter 50 Einwohner je Quadratkilometer, so kann die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 KHEntG im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zahl der Einwohner nach § 3 Satz 76 bis auf 500 reduzieren, wenn räumliche Besonderheiten dies erfordern.

10

Sicherstellungszuschläge-Regelungen Stand: 12. Juni 2020

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
<p><sup>2</sup>Liegt die Bevölkerungsdichte von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 3 unter 1017 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren je Quadratkilometer, so kann die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 KHEntg im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zahl der Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren nach § 3 Satz 8 bis auf 99 reduzieren, wenn räumliche Besonderheiten dies erfordern.</p>	<p>[Keine Änderung der Regelungen]</p> <p><sup>2</sup>Liegt die Bevölkerungsdichte von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 3 unter 10 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren je Quadratkilometer, so kann die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 KHEntg im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zahl der Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren nach § 3 Satz 8 bis auf 99 reduzieren, wenn räumliche Besonderheiten dies erfordern.</p>

DKG	GKV-SV / KBV / PatV
<p><sup>3</sup>Liegt die Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 4 unter 14 Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben je Quadratkilometer, so kann die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 KHEntg im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben nach § 3 Satz 9 bis auf 80 reduzieren, wenn räumliche Besonderheiten dies erfordern.</p>	<p>[Keine Änderung/Ergänzung]</p>

(9) <sup>1</sup>Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. <sup>2</sup>Der Nachweis ist durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers zu erbringen. <sup>3</sup>§ 5 Absatz 2 Satz 6 KHEntg bleibt unberührt.

#### 4. Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

##### Betroffene medizinische Fachgesellschaften gemäß § 136c Absatz 3 Satz 5 SGB V

Nr.	Name der Fachgesellschaft	Kurzform Name der Fachgesellschaft	Eingang SN (ja/nein/Verzicht)	Datum Eingang der SN	Teilnahme mdl. Anhörung (ja/nein)
1	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.	(DGAI)	Nein		
2	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	(DGGG)	Nein		
3	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	(DGKJ)	Ja (Gemeinsam mit GKinD und VLKKD)	17.07.2020	ja
4	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.	(DGOOC)	Ja (gemeinsam mit DGOU und DGU)	16.07.2020	ja
5	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	(DGSPJ)	Nein		
6	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	(DGU)	Ja (gemeinsam mit DGOOC und DGU)	16.07.2020	ja
7	Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V.	(GNPI)	Nein		
8	Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.	(GNP)	Nein		
9	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V.	(GPGE)	Nein		
10	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.	(GPP)	Nein		
11	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.	(DGKCH)	Nein		
12	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.	(DGIM)	Nein		
13	Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.	(GKinD)	Ja (Gemeinsame SN mit DGKJ und VLKKD)	15.07.2020	ja

**Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V**

Nr.	Name der Fachgesellschaft	Kurzform Name der Fachgesellschaft	Eingang SN (ja/nein/Verzicht)	Datum Eingang der SN	Teilnahme mdl. Anhörung (ja/nein)
20	Bundesärztekammer	BÄK	ja	17.07.2020	nein
21	Bundespsychotherapeutenkammer	BPtK	Nein		
22	Bundeszahnärztekammer	BZÄK	Nein		
23	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	BfDI	Verzicht	24.06.2020	

**Stellungnahmeberechtigte im Einzelfall**

Nr.	Name der Fachgesellschaft	Kurzform Name der Fachgesellschaft	Eingang SN (ja/nein/Verzicht)	Datum Eingang der SN	Teilnahme mdl. Anhörung (ja/nein)
24	Deutscher Pflegerat	DPR	ja	17.07.2020	Nein
25	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften	DGHWi	ja	17.07.2020	ja

## 5. Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK)

---



### **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine  
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 flächendecken-  
den Versorgung der Bevölkerung

Berlin, 17.07.2020

Korrespondenzadresse:  
Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 19.06.2020 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu einer Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V (Sicherstellungszuschläge-Regelungen): Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung aufgefordert.

Die Erstfassung der Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für die Fachabteilung Innere Medizin und die Fachabteilung Chirurgie einschließlich der Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung war am 24.11.2016 beschlossen worden. Mit einer Änderung der Regelungen vom 19.04.2018 wurden zusätzlich Sicherstellungszuschläge für geburtshilfliche Abteilungen festgelegt. Die nun geplante Änderung hat zum Ziel, die Regelungen um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin zu erweitern. Zudem sieht die Deutsche Krankenhausesellschaft die Notwendigkeit, „im vierten Jahr der Gültigkeit der Sicherstellungszuschläge-Regelung, mithilfe von Auswirkungsanalysen eine Bestandsaufnahme und Einschätzung der bestehenden Kriterien vorzunehmen“ und hält eine Anpassung bestehender Kriterien für geboten. Weitere Änderungen betreffen Insellagen, die Vorhaltung der Notfallversorgung, die Einbindung von Belegärzten, die Berücksichtigung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren und Ausnahmeregelungen.

Die im aktuell vorgelegten Beschlussentwurf vorgesehenen Änderungen werden im Folgenden dargestellt, dabei werden bei dissidenten Punkten jeweils die unterschiedlichen Positionen beschrieben.

### 1. Sicherstellungszuschläge für Kinder- und Jugendmedizin

- **Basisversorgungsrelevante Vorhaltungen:**
  - DKG: Es muss sich um eine Kinderklinik handeln bzw. das Krankenhaus muss eine Kinderabteilung vorhalten (Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern)
  - GKV-SV / KBV / PatV: Das Krankenhaus muss eine Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet ist und das Modul Basisnotfallversorgung Kinder gemäß § 25 Abs. 2 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c SGB erfüllt, vorhalten.
- **Gefährdung der flächendeckenden Versorgung / Betroffenheitsmaß:**
  - GKV-SV / KBV / PatV: Wenn bei einer Schließung **zusätzlich** mindestens 800 Kinder- und Jugendliche PKW-Fahrminuten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen.
  - DKG: Streichung des Wortes „zusätzlich“ - Nach Sicht der DKG sollen beim Betroffenheitsmaß auch die Kinder mitgezählt werden, die auch schon vor der Schließung des Krankenhauses mehr als 40-PKW-Minuten vom nächsten Krankenhaus mit einer Kinderklinik entfernt wohnten.
- **Geringer Versorgungsbedarf**, definiert als
  - DKG: eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen im Versorgungsgebiet unterhalb von **27** Kindern und Jugendlichen je Quadratkilometer.
  - GKV-SV / KBV / PatV: eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen im Versorgungsgebiet unterhalb von **16** Kindern und Jugendlichen je Quadratkilometer. Das Versorgungsgebiet soll also nach Sicht von GKV-SV / KBV / PatV dünner mit Kindern und Jugendlichen

besiedelt sein müssen, um sich für Sicherstellungszuschläge zu qualifizieren, als die DKG dies vorsieht.

Das Versorgungsgebiet umfasst die bewohnten geografischen Einheiten, die im 40-PKW-Minuten-Radius um das Krankenhaus liegen.

Zu diesen Regelungen hat es laut „Tragender Gründe“ im Vorfeld Absprachen mit pädiatrischen Fachverbänden und dem BMG gegeben. Es wird ausgeführt, dass GKV-SV, DKG, die Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) und Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKiND) im Nachgang eines gemeinsamen Gespräches mit dem Bundesminister für Gesundheit im September 2019 ein Arbeitspapier zur Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern im Fallpauschalensystem erarbeitet haben. Ziel sei es gewesen, kurzfristig gemeinsame Lösungsvorschläge für die Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem abzustimmen. Die vorliegenden Regelungen würden den ersten Lösungsvorschlag des Arbeitspapiers aufgreifen.

## **2. Von der DKG vorgesehene Anpassung bestehender Kriterien/Zahlen zu Sicherstellungszuschlägen in Innerer Medizin/Chirurgie und Geburtshilfe**

- Die DKG möchte bei der Festlegung der Betroffenheitsmaße für alle Fachgebiete das Wort „zusätzlich“ streichen. Dies bedeutet, dass beim Betroffenheitsmaß immer auch die entsprechenden Personen mitgezählt werden, die auch schon vor der potenziellen Schließung des Krankenhauses mehr als die vorgesehenen PKW-Fahrminuten aufbringen mussten.
- Anpassung der Betroffenheitsmaße für die Fachgebiete Innere Medizin/Chirurgie und Geburtshilfe: Die DKG sieht vor, statt der Kreisebene die Gemeindeebene als Grundlage zu nehmen, in der Folge würde die Einwohnerzahl pro Quadratmeter, ab der man von einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung spricht, steigen (Für Innere Medizin/Chirurgie von 100 Einwohner/km<sup>2</sup> auf 162 Einwohner/km<sup>2</sup>; für Geburtshilfe/Gyn von 20 Frauen/km<sup>2</sup> auf 33 Frauen/km<sup>2</sup>)

## **3. Insellagen**

Für Inseln wird zukünftig grundsätzlich eine Betroffenheit als gegeben angesehen; die Betroffenheitsmaße gelten hier nicht.

## **4. Berücksichtigung des gestuften Systems von Notfallstrukturen**

Zum Zeitpunkt der Erstfassung der Sicherstellungszuschläge lag der Beschluss zum gestuften System von Notfallstrukturen des G-BA noch nicht vor, es wurde aber damals bereits in den Sicherstellungszuschläge-Regelungen festgelegt, dass der G-BA „die erforderliche Ergänzung der notwendigen Vorhaltungen um Vorgaben zu der untersten Stufe des Notfallstufensystems“ beschließt, „sobald er einen wirksamen Beschluss zum gestuften System von Notfallstrukturen gemäß § 136c Abs. 4 SGB V gefasst hat.“

GKV-SV, KBV und PatV möchten daher bei den Fachabteilungen Innere Medizin/Chirurgie und Kinder- und Jugendmedizin vorschreiben, dass das Krankenhaus sich nur dann für Sicherstellungszuschläge qualifiziert, wenn es ab 19.05.2023 die entsprechende Stufe der Basisnotfallversorgung vorhält. Die DKG möchte es dagegen bei der Formulierung belassen, dass die Fachabteilung Innere/Chirurgie zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sein muss.

## **5. Einbindung von Belegärzten**

In § 5 Abs. 2 der Sicherstellungszuschlags-Regelungen wird der Begriff Fachabteilung definiert. Hier möchte die KBV den Zusatz einfügen, dass neben angestellten Ärzten auch Belegärzte der Fachabteilung zugeordnet werden können. Die Fachabteilungen sollen

---

## Stellungnahme der Bundesärztekammer

---

gewährleisten müssen, dass ein Facharzt der Abteilung jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein muss, nach dem Willen der KBV könnte diese Maßgabe dann auch durch einen Belegarzt erfüllt werden.

### **6. Berücksichtigung der planungsrelevante Qualitätsindikatoren**

Die Regelungen zur Berücksichtigung unzureichender Qualität bezogen auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen auch in Bezug auf die Vorhaltungen der Kinder- und Jugendmedizin gelten.

### **7. Abweichende Regelungen bei besonders niedriger Bevölkerungsdichte**

Bei sehr geringer Bevölkerungsdichte kann die zuständige Landesbehörde das Betroffenheitsmaß auch jetzt schon deutlich reduzieren, das heißt, dass Sicherstellungszuschläge in diesem Fall auch gewährt werden können, wenn weniger Einwohner von der Schließung eines Krankenhauses betroffen sind. Auch hier möchte die DKG die bislang vereinbarten Zahlen anpassen (anheben). Zudem sehen die Bänke auch für die Kinder- und Jugendmedizin unterschiedliche Zahlen vor, in dem Sinne, dass nach DKG die Bevölkerungsdichte höher sein könnte, damit die Ausnahmeregelung greift.

### **Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:**

Die Bundesärztekammer begrüßt nachdrücklich die Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um Regelungen für die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin insbesondere vor dem Hintergrund der bestehenden Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem. Die Regelungen sind jedoch daran zu messen, inwieweit bedarfsnotwendige Fachabteilungen mit der erforderlichen Strukturqualität tatsächlich gesichert werden.

Diese Zielsetzung sieht die Bundesärztekammer am ehesten durch die Vorschläge der DKG zu realisieren. Die Bundesärztekammer trägt ausdrücklich die Streichung des Wortes „zusätzlich“ in § 3 mit.

Darüber hinaus wird auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen für Fachabteilungen für Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe vom 06.03.2018 und die dort dargelegten Positionen u.a. auch zur Einbindung von Belegärzten hingewiesen.

## 6. Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit



POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstr. 13  
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117

FON (0228) 997799-1308

FAX (0228) 997799-5550

E-MAIL [referat13@bfdi.bund.de](mailto:referat13@bfdi.bund.de)

BEARBEITET VON Frau Virks

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 24.06.2020

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1111

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen**

**bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5a SGB V zur Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V (Sicherstellungszuschläge-Regelungen)**

BEZUG Ihr Schreiben vom 19. Juni 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Eine Stellungnahme gebe ich zur Änderung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen nicht ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Virks

57337/2020

ZUSTELL- UND LIEFERANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

VERKEHRSANBINDUNG Straßenbahn 61 und 65, Innenministerium  
Bus 550 und SB60, Innenministerium

## 7. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi)



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

<b>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)</b> Autorinnen: Elke Mattern, M.Sc. und Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde	
<b>17.07.2020</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>Beschlussentwurf:</b></p> <p>1. § 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>2. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2: 30 PKW-Fahrzeitminuten</p> <p>In Satz 3 wird nach Nummer 2 vor dem Punkt folgende Nummer 3 eingefügt:</p> <p>„3. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3: 30 PKW Fahrzeitminuten.</p>	<p>In den der Anlage der Tragenden Gründe zu §3 zu den Sätzen 3 und 4 heißt es in der Variante A durch den GKV-SV:                  „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.“</p> <p>Das im Raumordnungsgesetz (ROG) § 2 [1] formulierte Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse in ganz Deutschland ist zu berücksichtigen. Es bezieht sich ausdrücklich auf die Faktoren Infrastruktur und Daseinsvorsorge. In diesem Sinne widerspricht die DGHWi der Aussage des GKV-SV.</p> <p>Eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung sollte wohnortnah in allen Landesteilen vorgehalten werden, um gleichwertige Lebensverhältnisse zu gewährleisten. Dies beinhaltet eine entsprechende Erreichbarkeit auch pädiatrischer Abteilungen und kann nicht durch einen „für den ländlichen Raum realistische[n]“ Ist-Zustand begründet werden. Es erscheint nicht gerechtfertigt, dass eine chirurgische bzw. internistische Versorgung schneller gewährleistet sein muss als eine geburtshilfliche und damit auch neonatale, da geburtshilfliche Notfälle Eingriffe erfordern, die sich in ihrer Dringlichkeit nicht von chirurgischen bzw. internistischen Akutsituationen unterscheiden.</p> <p>Bei einer Fahrtzeit zwischen 31 und 45 Minuten erhöht sich das Risiko von Unregelmäßigkeiten der fetalen Herzfrequenz, von grünem Fruchtwasser als Hinweis auf fetalen Stress sowie von ungeplanten, außerklinischen Geburten [2]. Ravelli et al. [3] gehen bereits bei einem Fahrtweg von über 20 Minuten von einem erhöhten Sterberisiko aus. Darüber hinaus steigt die Anzahl präpartaler Krankenhausaufenthalte deutlich an [2]. Heller et al. [4] bewerten die Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-Zeit) im Hinblick auf geburtshilfliche Notfälle als einen relevanten Qualitätsfaktor. Eine E-E-Zeit von 20 Minuten wird als protektiv bewertet. Allerdings diskutieren die Autoren auch die Ereignis-Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-E-Zeit) als die möglicherweise bedeutsamere</p>

<p><b>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)</b>  <b>Autorinnen: Elke Mattern, M.Sc. und Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde</b></p>	
<p><b>17.07.2020</b></p>	
	<p>Größe für die Sicherheit von Mutter und Kind. Folgt man dieser Argumentation, so liegt auf der Hand, dass die Anfahrtswege zu einer Klinik in vielen Fällen die E-E-E-Zeit maßgeblich beeinflussen, da die kritischen Ereignisse (vgl. hierzu [2]) keineswegs erst in der Klinik zu erwarten sind. Die Auswirkungen der Entfernungen zur nächsten Klinik auf die perinatale Gesundheit von Mutter und Kind müssen bei der Fahrtzeit berücksichtigt und die Anfahrtswege zur Klinik sollten im Hinblick auf die Qualität der Versorgung und nicht aufgrund von Gegebenheiten kurzgehalten werden.</p> <p>1. Raumordnungsgesetz (ROG), § 2 Grundsätze der Raumordnung. Fassung aufgrund des Gesetzes zur Änderung raumordnungsrechtlicher Vorschriften vom 23.05.2017 (BGBl. I S. 1245), in Kraft getreten am 29.11.2017.</p> <p>2. Combier E, Charreire H, Le Vaillant M, Michaut F, Ferdynus C, Amat-Roze JM et al. Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. Health &amp; place. 2013;24:225-33. DOI: 10.1016/j.healthplace.2013.09.006</p> <p>3. Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, Erwich JJ, Rijninks van Driel GC, Tromp M, Eskes M, Abu-Hanna A, Mol BW. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. BJOG. 2011;118(4):457-65. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02816.x</p> <p>4. Heller G, Schnell R, Richardson DK, Misselwitz B, Schmidt S. Assessing the impact of delivery unit size on neonatal survival: estimation of potentially avoidable deaths in Hesse, Germany, 1990-2000. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2003;128(13):657-62. DOI: 10.1055/s-2003-38284</p> <p>Es ist kaum begründbar, dass Frauen im ländlichen Raum eine Fahrtzeit von 40 Minuten zugemutet wird, um überhaupt geburtshilfliche Versorgung zu erreichen, während in Ballungszentren eine Vielzahl von Kliniken mit hoher Versorgungsstufe finanziert werden. So sind z. B. in Berlin sieben der 19 vorhandenen Geburtskliniken Perinatalzentren Level I, was weit über die Kriterien des SGB V § 12 Satz 1: „ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig, [...] das Maß des Notwendigen nicht überschreiten[d]“ hinausgeht.</p>
<p><b>Beschlussentwurf:</b></p> <p>1. § 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>c) entsprechend Position der DKG:                  In Satz 7 wird nach den Wörtern „dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird,“ das Wort „zusätzlich“ gestrichen.</p> <p>und d) entsprechend Position der DKG:                  In Satz 8 wird nach den Wörtern „dessen</p>	<p>Die DGHWi schließt sich der Argumentation der DKG an.</p> <p>Durch Lage und Einzugsgebiet eines Krankenhauses kann es sein, dass eine hohe Anzahl von Personen länger als 30 bzw. 40 Minuten PKW-Fahrtzeit aufbringen müssen.</p> <p>Diese müssen bei der Ermittlung des Betroffenheitsmaßes bei Schließung einer Klinik ebenfalls berücksichtigt werden, da durch einen Wegfall von Leistungen der Grundversorgung die Fahrtzeit für diesen Personenkreis sich weiter erhöhen wird.</p> <p>Dies betrifft auch die Streichung des Wortes „zusätzlich“ in dem eingefügten Satz Nr. 9 vor dem Satz 10.</p>

<p><b>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)</b>  <b>Autorinnen: Elke Mattern, M.Sc. und Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde</b></p>	
<p><b>17.07.2020</b></p>	
<p>Zuschlagsfähigkeit überprüft wird," das Wort „zusätzlich“ gestrichen.</p>	
<p><b>Beschlussentwurf:</b>          „1 Für bestehende Krankenhäuser in Insellage gilt eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung abweichend vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Sätze 2 bis 9 (Betroffenheitsmaß) und abweichend von Absatz 1 (geringer Versorgungsbedarf) grundsätzlich als gegeben.“</p>	<p>Die DGHWi begrüßt die Änderung des zweiten Absatzes in §4 zugunsten von Kliniken in Insellage.          Es ist unverhältnismäßig, dass eine schwangere Frau ihre Wohnung, ihre/n Partner/in und ältere Kinder zum Ende der Schwangerschaft verlassen muss, um in einem Hotel in der Nähe einer Klinik auf die Geburt zu warten.</p>
<p><b>Beschlussentwurf:</b>  <b>b) entsprechend Position von DKG/KBV</b>          In Satz 2 soll nach der Angabe „nach Satz 1“ das Wort „angestellte“ und nach den Wörtern „mindestens einer dieser“ das Wort „angestellte“ gestrichen.</p>	<p>Die DGHWi unterstützt die Streichung des Wortes „angestellt“.          In der Position der DKG wird formuliert: „Eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe der Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn ergänzend zu den Voraussetzungen nach Satz 1 examinierte Hebammen/Entbindungspfleger der Fachabteilung zugeordnet sind und mindestens eine dieser Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.“          Es entspricht dem aktuellen Stand, dass freiberuflich tätige Hebammen in Kliniken als nicht angestellte Beleghebammen die Dienste im Kreißaal übernehmen.</p>
<p><b>Synopse</b>          §5 notwendige Vorhaltungen          (4) Sicherstellungszuschläge für Fachabteilungen der Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe können nur unter der Voraussetzung vereinbart werden, dass das Krankenhaus eine Kooperation mit einem</p>	<p>Die DGHWi weist mit diesem Beispiel auf das Fehlen eines gendgerechten Sprachgebrauchs hin.</p>

<b>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)</b> <b>Autorinnen: Elke Mattern, M.Sc. und Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde</b>	
<b>17.07.2020</b>	
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin nachweist, soweit es nicht über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügt.	

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

DGHWi		
Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein</b>
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein</b>

**8. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) und des Verbands leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (VLKKD)**



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

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ, Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (VLKKD)	
15.07.2020	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
	<p><b>Vorbemerkungen:</b></p> <p>Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass in Umsetzung des gemeinsamen Arbeitspapiers von GKV-Spitzenverband, DKG, DGKJ und GKinD vom 02.09.2019 der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Wiederaufnahme der Beratungen in der zuständigen Arbeitsgruppe beantragt haben, 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.</p> <p>Dass die bisherigen gesetzlichen Regelungen u.E. nicht geeignet sind, bedarfsnotwendige Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin mit der erforderlichen Strukturqualität wirklich zu sichern, haben wir mehrfach deutlich gemacht. Die Regelungen zum Sicherstellungszuschlag werden kaum eine Geschäftsführung davon abhalten, eine bedarfsnotwendige, aber defizitäre Kinderabteilung zu schließen, wenn diese das Gesamtunternehmen Krankenhaus gefährdet. Es ist zudem auch nicht sichergestellt, dass Mittel zielgerichtet in der defizitären pädiatrischen Fachabteilung eingesetzt werden.</p> <p>Uns ist aber bewusst, dass die Regelungen des G-BA für die Sicherstellungszuschläge nur auf der Grundlage dieses gesetzlichen Rahmens vereinbart werden können. An diesem Prozess wollen wir uns gerne konstruktiv beteiligen.</p> <p>Wichtig ist uns i.Ü. eine Öffnungsklausel unter Beteiligung der zuständigen Landesbehörde in Anlehnung an § 3 Abs. 2 Satz 4 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.</p> <p>Unsere Stellungnahme ist zwischen der DGKJ und GKinD sowie zusätzlich mit dem Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (VLKKD) abgestimmt.</p>
§ 3 Satz 9 <sup>9</sup> Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 liegt	<p><b>Grundsätzliches</b></p> <p>Bezüglich der Formulierung „zusätzlich“ schließen wir uns der Argumentation der DKG im übersandten Text der Tragenden Gründe voll inhaltlich an.</p>

<p><b>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ, Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (VLKKD)</b></p>	
<p><b>15.07.2020</b></p>	
<p>vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, <b>zusätzlich</b> mindestens 800 Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, PKW-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).</p>	<p><b>Erreichbarkeit</b></p> <p>Aktuell werden noch ca. 350 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland betrieben. Dem stehen zur (Notfall-)Versorgung von erwachsenen Patienten internistische und/oder chirurgische Fachabteilungen in ca. 1.140 Häusern zur Verfügung.</p> <p>Allein diese Zahlen machen deutlich, dass die flächendeckende (Notfall-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen gegenüber erwachsenen Patienten erheblich reduziert ist und dies obwohl mit dem gegenüber der Erwachsenen-Versorgung erhöhten Minutenwert für PKW-Fahrtzeit (40 statt 30 min.) gerechnet wird.</p> <p>Wie sich aktuell die flächendeckende Versorgung für Kinder und Jugendliche darstellt, macht beigefügte geografische Auswertung der PKW-Fahrtzeitminuten zur nächsten Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin nach der PLZ8-Systematik (<b>Anlage</b>) deutlich. Es werden erhebliche Flächen ausgewiesen, wo es zu einer Überschreitung der Grenze von 40 PKW-Fahrtzeitminuten kommt.</p> <p>Bezogen auf Deutschland sind <b>5% aller Kinder und Jugendlichen</b> betroffen. Das entspricht ca. 680.000 Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag.</p> <p>Der Anteil von Patienten ab dem 18. Geburtstag, die eine PKW-Fahrtzeit von mehr als 30 Minuten bis zum nächsten Grundversorgungs-Krankenhaus in Kauf nehmen müssen, liegt hingegen bei <b>2,6% aller Erwachsenen</b>, was ca. 1.805.000 Erwachsenen entspricht.</p> <p>Der relative Anteil betroffener Kinder und Jugendlicher ist also <b>doppelt so hoch</b> wie der Anteil betroffener Erwachsener.</p> <p>Das verdeutlicht die Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen gegenüber erwachsenen Patienten, die sich durch Schließungen weiterer pädiatrischer Fachabteilungen nicht noch verschärfen darf.</p> <p><b>Betroffenheitsmaß</b></p> <p>Das Betroffenheitsmaß von 800 halten wir für angemessen. Keinesfalls darf es sich jedoch um 800 <b>zusätzliche</b> Kinder und Jugendliche handeln (s. dazu die Argumentation der DKG).</p>
<p>§ 4 Satz 4:  <sup>4</sup> <del>Abweichend von Satz 2</del> liegt Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor,</p>	<p><b>Grundsätzliches</b></p> <p>Hinsichtlich der Festlegung der Bevölkerungsdichte schließen wir uns der Argumentation der DKG voll inhaltlich an.</p>

<p><b>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ, Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (VLKKD)</b></p>	
<p><b>15.07.2020</b></p>	
<p>wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>53</b> Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, je Quadratkilometer liegt.</p>	<p><b>Höhere Bevölkerungsdichte für Kinder und Jugendliche als Kompensation</b></p> <p>Ein einfaches „rechnerisches Herunterbrechen“ der Bevölkerungsdichte aufgrund des Bevölkerungsanteiles von rd. 16% wird dem Zweck der Regelung und der besonderen Bedeutung dieser Altersgruppe nicht gerecht.</p> <p>Oben zu § 3 Satz 9 hatten wir bereits darauf hingewiesen, dass durch die deutlich geringere Zahl von Fachabteilungen und die Erreichbarkeit überproportional viele Kinder und Jugendliche / Familien benachteiligt werden. Um diesen Effekt zumindest teilweise zu kompensieren, schlagen wir <b>als Ausgleich</b> für die o.g. erheblichen Unterschiede und die damit verbundene Ungleichbehandlung eine <b>Verdoppelung des rechnerischen Wertes für die Bevölkerungsdichte</b> vor.</p> <p>Nach unseren Berechnungen beträgt der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag an der Gesamtbevölkerung 16,38% am 31.12.2018 und 16,45% am 31.12.2019.</p> <p>16,45% von 162 entspricht 26,6 zzgl. Ausgleich von 100% (Verdoppelung) ergibt einen Wert von 53.</p> <p>Eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>53 Kindern und Jugendlichen je Quadratkilometer</b>, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halten wir daher für angemessen.</p>
<p><b>Zu § 5 Abs. 1 Nr. 1:</b> 1. die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, und ab dem 19. Mai 2023 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 und/oder die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet ist, und das Modul</p>	<p><b>Modul Basisnotfallversorgung Kinder</b></p> <p>Grundsätzlich kann den Vorstellungen des GKV gefolgt werden, als Voraussetzung die Erfüllung der Kriterien für die Basisnotfallversorgung Kinder gem. § 25 Abs. 2 der G-BA-Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen zu fordern.</p> <p>Allerdings sollte bedacht werden, dass die finanzielle Ausstattung dieser kleineren bedarfsnotwendigen Fachabteilungen mit Fallzahlen unterhalb von 2.000 Fällen p.a. oft nicht ausreicht, die erforderlichen Strukturen zu finanzieren (s. dazu auch unsere Vorbemerkungen oben). Hier werden die Unzulänglichkeiten der gesetzlichen Regelungen zum Sicherstellungszuschlag offensichtlich. Einerseits werden zu Recht Vorhaltungen eingefordert, aber an Regelungen zur auskömmlichen Finanzierung mangelt es.</p> <p>Wenn die bedarfsnotwendige Versorgung im Vordergrund steht, müssen Vorhaltung und Finanzierung zudem fachabteilungsbezogen sein. Das ist aber derzeit unter dem aktuellen gesetzlichen Rahmen nicht umsetzbar.</p>

<p><b>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ, Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (VLKKD)</b></p>	
<p><b>15.07.2020</b></p>	
<p>Basisnotfallversorgung Kinder gemäß § 25 Absatz 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.</p>	<p>Insofern schlagen wir, wie bereits oben angemerkt, eine Öffnungsklausel unter Beteiligung der zuständigen Landesbehörde vor in Anlehnung an § 3 Abs. 2 Satz 4 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.</p>

**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung**

<b>Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD)</b>		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

**9. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)**



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

<b>VKO (Vereinigung Kinderorthopädie)</b>	
<b>14.07.2020</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Zusätzlich sollten aufgeführt werden: Abteilungen für Kinderorthopädie.	Die zunehmende Spezialisierung im Bereich der operativen Kinder- und Jugendmedizin hat dazu geführt, dass dringlich durchzuführende Behandlungsmaßnahmen im konservativen wie operativen Bereich nicht mehr zwangsläufig von Abteilungen für Chirurgie und / oder Orthopädie und Unfallchirurgie übernommen werden (können). Unter diesem Aspekt erscheint es angezeigt, dass diese Fachbereiche explizit in der zur Diskussion stehenden Regelung Erwähnung finden. Unseres Erachtens ist es dabei unerheblich, ob es sich bei der Kindertraumatologie um eine Disziplin mit Teilgebietsstatus handelt.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>VKO Vereinigung Kinderorthopädie</b>		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Wir nehmen teil</b>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein</b>
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein</b>

## 10. Stellungnahme des Deutschen Pflegerats (DPR)



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

Deutscher Pflegerat (DPR)	
17.07.2020	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu § 3 Satz 9 Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, <b>zusätzlich</b> mindestens 800 Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, PKW-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).</p>	<p>Hier schließt sich der DPR e. V. den Ausführungen der DKG an: Existieren in der Bundesrepublik ca. 1100 Kliniken, die eine Notfallversorgung für Erwachsene vorhalten, so sind es für die Notfallversorgung von Kindern und Jugendliche nur ca. 350 Kliniken. Geht man von einer Fahrtzeit-Entfernung von 40 Minuten zur nächstgelegenen Klinik aus, so sind Kinder und Jugendliche nicht schon bei der Fahrtzeitberechnung 40 Minuten gegenüber Erwachsenen mit 30 Minuten benachteiligt, sondern es sind auch eine doppelte Anzahl von Kindern und Jugendlichen gegenüber Erwachsenen, die auch mit einer 40-minütigen Fahrtzeit nicht eine nächstgelegene Klinik für Kinder- und Jugendliche Notfallversorgung erreichen.</p> <p>Das Betroffenheitsmaß von 800 ist angemessen. Es darf sich jedoch nicht um 800 zusätzliche Kinder und Jugendliche handeln - die DKG führt unserer Ansicht nach hierzu korrekt aus.</p>
<p>Zu § 4 Satz 4: <del>4 Abweichend von Satz 2 liegt</del> Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb <b>von 54 Kindern und Jugendlichen</b>, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, je Quadratkilometer liegt.</p>	<p>Die Empfehlung des DPR e.V. hinsichtlich § 4 Satz 4 ist, dass die Benachteiligung, denen Kinder und Jugendliche durch die oben angeführte Berechnung ausgesetzt sind, durch eine doppelt so hohe Anzahl, wie die DKG sie empfiehlt, kompensiert wird.</p>
<p>Zu § 5 Abs. 1 Nr. 1:</p>	<p>Hinsichtlich des Moduls Basisnotfallversorgung Kinder ist aus Sicht des DPR e.V. den Empfehlungen des GKV SV zu folgen. Hier gilt als Voraussetzung, die Erfüllung der Kriterien für die</p>

<b>Deutscher Pflegerat (DPR)</b>	
<b>17.07.2020</b>	
<p>Die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, und ab dem 19. Mai 2023 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 und/oder die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet ist, und das Modul Basisnotfallversorgung Kinder gemäß § 25 Absatz 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.</p>	<p>Basisnotfallversorgung Kinder gem. § 25 Abs. 2 der G-BA-Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen zu fordern.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutscher Pflegerat		
Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	x
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

## 11. Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

### 1. Allgemeine Positionierung und Hinweise

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusentwurfes (Ja / Nein)
<p><b>BÄK</b></p>	<p>Die Bundesärztekammer begrüßt nachdrücklich die Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um Regelungen für die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin insbesondere vor dem Hintergrund der bestehenden Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem. Die Regelungen sind jedoch daran zu messen, inwieweit bedarfsnotwendige Fachabteilungen mit der erforderlichen Strukturqualität tatsächlich gesichert werden.</p> <p>Diese Zielsetzung sieht die Bundesärztekammer am ehesten durch die Vorschläge der DKG zu realisieren[.]</p> <p>Darüber hinaus wird auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen für Fachabteilungen für Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe vom 06.03.2018 und die dort dargelegten Positionen u.a. auch zur Einbindung von Belegärzten hingewiesen.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Kenntnisnahme. Es wird keine fachliche Begründung angeführt, die darlegt, warum sich die Bundesärztekammer dem Vorschlag der DKG anschließt.</p> <p>Hinsichtlich der Einbindung der Belegärzte sieht der GKV-Spitzenverband keine Änderungen an den bestehenden Regelungen vor und verweist auf seine Würdigung der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen für Fachabteilungen für Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe vom 06.03.2018.</p> <p><b>DKG</b></p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme der allgemeinen Ausführungen.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
		<p><u>Inhaltlich</u> verweist die Bundesärztekammer auf ihre „Positionen u.a. auch zur Einbindung von Belegärzten“ und beruft sich auf ihre Stellungnahme vom 06.03.2018.</p>	
<p><b>GKinD / DGKJ / VLKKD</b></p>	<p>Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass in Umsetzung des gemeinsamen Arbeitspapiers von GKV-Spitzenverband, DKG, DGKJ und GKinD vom 02.09.2019 der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Wiederaufnahme der Beratungen in der zuständigen Arbeitsgruppe beantragt haben, 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. Dass die bisherigen gesetzlichen Regelungen u.E. nicht geeignet sind, bedarfsnotwendige Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin mit der erforderlichen Strukturqualität wirklich zu sichern, haben wir mehrfach deutlich gemacht. Die Regelungen zum Sicherstellungszuschlag werden kaum eine Geschäftsführung davon abhalten, eine bedarfsnotwendige, aber defizitäre Kinderabteilung zu schließen, wenn diese das Gesamtunternehmen Krankenhaus gefährdet. Es ist zudem auch nicht sichergestellt, dass Mittel zielgerichtet in der defizitären pädiatrischen Fachabteilung eingesetzt werden. Uns ist aber bewusst, dass die Regelungen des G-BA für die Sicherstellungszuschläge nur auf der Grundlage dieses gesetzlichen Rahmens vereinbart werden können. An diesem Prozess wollen wir uns gerne konstruktiv beteiligen.</p> <p>Wichtig ist uns i.Ü. eine Öffnungsklausel unter Beteiligung der zuständigen Landesbehörde in Anlehnung an § 3 Abs. 2 Satz 4</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Kenntnisnahme. Der GKV-Spitzenverband teilt die Einschätzung, dass von einigen Krankenhäusern trotz der vorhandenen Förderinstrumente anstelle einer bedarfsnotwendigen Grundversorgung finanziell attraktivere Leistungen angeboten werden. Er unterstützt daher den Appell der DGKJ, dass - über die Sicherstellungs-Regelungen des G-BA hinaus – eine gesetzliche Regelung erforderlich ist, um von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern die Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrages verbindlich einfordern zu können. Darüber hinaus ist zu unterstreichen, dass die Fördermittel für bedarfsnotwendige Fachabteilungen auch zielgerichtet für die Vorhaltung dieser Versorgungsstrukturen eingesetzt werden sollen.</p> <p>Eine Öffnungsklausel in Bezug auf die Basisnotfallversorgung für Kinder wird abgelehnt. Der Argumentation, dass keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Vorhaltung von Basisnotfallstrukturen zur Verfügung stehen würden, kann nicht gefolgt werden. Denn über die Notfallstufenregelungen des G-BA gemäß § 136c Abs. 4 SGB V in Verbindung mit der Notfallstufenvergütungsvereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusentwurfes (Ja / Nein)
	<p>der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Unsere Stellungnahme ist zwischen der DGKJ und GKinD sowie zusätzlich mit dem Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (VLKKD) abgestimmt.</p>	<p>Nr. 5 KHEntgG werden gerade diese Vorhaltekosten finanziert. Sowohl alleinstehende Kinderkrankenhäuser als auch Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Allgemeinkrankenhäusern erhalten einen Notfallzuschlag, sofern sie die Mindestanforderungen des G-BA erfüllen. Die Folgenabschätzung des G-BA zur Erstfassung der Notfallstufen-Regelungen hat gezeigt, dass 362 Krankenhausstandorte mindestens die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung für Kinder erfüllen. Die Fachgesellschaft führt selbst aus, dass diese Zahl etwa der Gesamtzahl der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin entspricht, d.h. es ist davon auszugehen, dass nahezu jede Klinik mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin einen Notfallzuschlag erhalten kann. Durch die Definition der Stufe der Basisnotfallversorgung als bedarfsnotwendige Vorhaltung besteht darüber hinaus zukünftig die Möglichkeit, ein etwaiges Defizit, das auf diese Vorhaltungen zurückzuführen ist über einen Sicherstellungszuschlag auszugleichen, sofern die Anforderungen des § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfüllt sind.</p> <p>§ 136c Abs. 3 SGB V sieht die Definition von bundeseinheitlichen Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG vor. Die Länder haben heute schon die Möglichkeit, von den Vorgaben des G-BA abweichende Regelungen zu treffen. § 5</p>	

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusentwurfes (Ja / Nein)
		<p>Abs. 2 Satz 2 KHEntgG ermächtigt die Landesregierungen durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen.</p> <p><b>DKG</b></p> <p>Kenntnisnahme des allgemeinen Teils. Inhaltliche Ausführungen zu den konkreten Änderungsvorschlägen sind unter Punkt 5.1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 ausgeführt.</p>	
<p><b>DGOU / DGOOC / DGU</b></p>	<p><b>Zusätzlich sollten aufgeführt werden: Abteilungen für Kinderorthopädie.</b></p> <p>Die zunehmende Spezialisierung im Bereich der operativen Kinder- und Jugendmedizin hat dazu geführt, dass dringlich durchzuführende Behandlungsmaßnahmen im konservativen wie operativen Bereich nicht mehr zwangsläufig von Abteilungen für Chirurgie und / oder Orthopädie und Unfallchirurgie übernommen werden (können). Unter diesem Aspekt erscheint es angezeigt, dass diese Fachbereiche explizit in der zur Diskussion stehenden Regelung Erwähnung finden. Unseres Erachtens ist es dabei unerheblich, ob es sich bei der Kindertraumatologie um eine Disziplin mit Teilgebietsstatus handelt.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Ziel der Sicherstellungszuschläge-Regelungen ist es, eine wohnortnahe Basisversorgung sicherzustellen, sofern ein Krankenhaus aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs in einer Region diese Leistungen nicht aus den Mitteln des DRG-Systems kostendeckend anbieten kann. Bei Kinderorthopädischen und –traumatologischen Leistungen handelt es sich hingegen um hochspezialisierte Leistungen, die i.d.R. an Krankenhäusern der Spitzenmedizin angeboten werden. Daher wird die Vorhaltung dieser Leistungen bereits über die Zentrums-Regelungen sowie die Notfallstufen-Regelungen des G-BA gefördert.</p> <p><b>DKG</b></p>	<p><b>GKV-SV/PatV</b></p> <p>Nein</p> <p><b>DKG</b></p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
		Der vorgegebene Differenzierungsgrad ist praktikabel und dem Zweck der Regelungen ausreichend.	

## 2. Stellungnahmen zu § 3: Flächendeckende Versorgung

### 2.1. Sätze 3 und 3

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
<b>DGHWI</b>	<p>In den der Anlage der Tragenden Gründe zu §3 zu den Sätzen 3 und 4 heißt es in der Variante A durch den GKV-SV:            „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.“            Das im Raumordnungsgesetz (ROG) § 2 [1] formulierte Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse in ganz Deutschland ist zu berücksichtigen. Es bezieht sich ausdrücklich auf die Faktoren Infrastruktur und Daseinsvorsorge.</p>	<p>Eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung sollte wohnortnah in allen Landesteilen vorgehalten werden, um gleichwertige Lebensverhältnisse zu gewährleisten. Dies beinhaltet eine entsprechende Erreichbarkeit auch pädiatrischer Abteilungen und kann nicht durch einen „für den ländlichen Raum realistische[n]“ Ist-Zustand begründet werden.            Es erscheint nicht gerechtfertigt, dass eine chirurgische bzw. internistische Versorgung schneller gewährleistet sein muss als eine geburtshilfliche und damit auch neonatale, da geburtshilfliche Notfälle Eingriffe erfordern, die sich in ihrer</p>	<p><b>GKV-SV</b>            Zunächst einmal ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den in den Regelungen des G-BA festgelegten Pkw-Fahrzeitminuten um Schwellenwerte für den motorisierten Individualverkehr handelt. Für die Erreichbarkeit in Notsituationen bzw. für Notfälle wie vom DGHWi beschrieben, ist die Erreichbarkeit mit Rettungsmitteln entscheidend. Diese sind nicht Gegenstand der Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen.</p>	<p><b>GKV-SV</b>            Nein   <b>DKG</b>            Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	In diesem Sinne widerspricht die DGHWi der Aussage des GKV-SV.	<p>Dringlichkeit nicht von chirurgischen bzw. internistischen Akutsituationen unterscheiden.</p> <p>Bei einer Fahrtzeit zwischen 31 und 45 Minuten erhöht sich das Risiko von Unregelmäßigkeiten der fetalen Herzfrequenz, von grünem Fruchtwasser als Hinweis auf fetalen Stress sowie von ungeplanten, außerklinischen Geburten [2]. Ravelli et al. [3] gehen bereits bei einem Fahrtweg von über 20 Minuten von einem erhöhten Sterberisiko aus. Darüber hinaus steigt die Anzahl präpartaler Krankenhausaufenthalte deutlich an [2]. Heller et al. [4] bewerten die Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-Zeit) im Hinblick auf geburtshilfliche Notfälle als einen relevanten Qualitätsfaktor. Eine E-E-Zeit von 20 Minuten wird als protektiv bewertet. Allerdings diskutieren die Autoren auch die Ereignis-Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-E-Zeit) als die möglicherweise bedeutsamere Größe für die Sicherheit von Mutter und Kind. Folgt man dieser Argumentation, so liegt auf der Hand, dass die Anfahrtswege zu einer Klinik in vielen Fällen die E-E-E-Zeit maßgeblich beeinflussen, da die kritischen Ereignisse (vgl.</p>	<p>Die derzeitige Ausgangslage der Krankenhaus- und Versorgungsdichte im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Geburtshilfe basiert auf der Krankenhausplanung der Länder. Der G-BA kann daher nur Regelungen treffen, die diesen Status quo im dünn besiedelten ländlichen Raum durch Sicherstellungszuschläge absichern, sofern ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt. Die Tatsache, dass bereits heute in 61 % der ländlichen Kreise mehr als 800 Kinder- und Jugendliche unter 18 Jahren mehr als 40 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um einen Standort mit der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin zu erreichen, basiert auf der Krankenhausplanung der Länder. Es liegt nicht in der Regelungskompetenz des G-BA, hier in die Landeskrankenhausplanung einzugreifen. Das Gleiche gilt für eine potenzielle Überversorgung im städtischen Raum. Auch hier kann der G-BA nur auf den bestehenden, krankenhausesplanerisch festgelegten Strukturen aufsetzen.</p>	

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
		<p>hierzu [2]) keineswegs erst in der Klinik zu erwarten sind. Die Auswirkungen der Entfernungen zur nächsten Klinik auf die perinatale Gesundheit von Mutter und Kind müssen bei der Fahrtzeit berücksichtigt und die Anfahrtswege zur Klinik sollten im Hinblick auf die Qualität der Versorgung und nicht aufgrund von Gegebenheiten kurzgehalten werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raumordnungsgesetz (ROG), § 2 Grundsätze der Raumordnung. Fassung aufgrund des Gesetzes zur Änderung raumordnungsrechtlicher Vorschriften vom 23.05.2017 (BGBl. I S. 1245), in Kraft getreten am 29.11.2017.</li> <li>2. Combier E, Charreire H, Le Vaillant M, Michaut F, Ferdynus C, Amat-Roze JM et al. Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. Health &amp; place. 2013;24:225-33. DOI: 10.1016/j.healthplace.2013.09.006</li> <li>3. Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, Erwich JJ, Rijninks van Driel GC, Tromp M, Eskes M, Abu-Hanna A, Mol BW. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. BJOG. 2011;118(4):457-65. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02816.x</li> <li>4. Heller G, Schnell R, Richardson DK, Misselwitz B, Schmidt S. Assessing the impact of delivery unit size on neonatal survival: estimation of potentially avoidable deaths in Hesse, Germany, 1990-2000. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2003;128(13):657-62. DOI: 10.1055/s-2003-38284</li> </ol> <p>Es ist kaum begründbar, dass Frauen im ländlichen Raum eine Fahrtzeit von 40 Mi-</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Für die zu ergänzende Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin wird eine Erreichbarkeit des nächsten geeigneten Krankenhauses innerhalb von 40 Pkw-Fahrtzeitminuten festgelegt. Die DKG hat sich dabei an der Forderung der „Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.“ und der „Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.“ orientiert. Hier wird ausgeführt: „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 Fahrtzeit 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“.</p> <p><b>PatV</b></p>	

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusentwurfes (Ja / Nein)
		<p>nuten zugemutet wird, um überhaupt geburtshilfliche Versorgung zu erreichen, während in Ballungszentren eine Vielzahl von Kliniken mit hoher Versorgungsstufe finanziert werden. So sind z. B. in Berlin sieben der 19 vorhandenen Geburtskliniken Perinatalzentren Level I, was weit über die Kriterien des SGB V § 12 Satz 1: „ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig, [...] das Maß des Notwendigen nicht überschreiten[d]“ hinausgeht.</p>	<p>Die Patientenvertretung hatte bereits im Rahmen der Beschlussfassung zu § 3 Satz 3 Nr. 2 darauf hingewiesen, dass eine Fahrtzeit von 40 Minuten in der Geburtshilfe zu hoch ist und in diesem Bereich ebenfalls 30 Minuten angesetzt werden müssten. Das Votum der PatV war bei der Beschlussfassung überstimmt worden.</p>	

**2.2. Sätze 7 und 8**

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusentwurfes (Ja / Nein)
<b>BÄK</b>	<p>Die Bundesärztekammer trägt ausdrücklich die Streichung des Wortes „zusätzlich“ in § 3 mit.</p>		<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Die derzeitige Ausgangslage der Krankenhaus- und Versorgungsdichte basiert auf der Krankenhausplanung der Länder. Der G-BA kann daher nur Regelungen treffen, die diesen Status quo im dünn besiedelten ländlichen Raum durch Sicherstellungszuschläge absichern, sofern ein geringer Ver-</p>	<p><b>GKV-SV</b> Nein</p> <p><b>DKG</b> Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
			<p>sorgungsbedarf vorliegt. Es können dementsprechend nur diejenigen Einwohner berücksichtigt werden, die bei Schließung eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses neu in die Situation kommen, länger als 30 bzw. 40 PKW-Fahrzeiten in Kauf nehmen zu müssen. Ist es heute bereits in einer Region der Fall, dass die Bevölkerung länger als 30 bzw. 40 PKW-Fahrzeitminuten bis zu einem geeigneten Krankenhaus fahren muss, entspricht dies einer Entscheidung der Landeskrankenhausplanung und liegt nicht in der Regelungskompetenz des G-BA hier in die Landeskrankenhausplanung einzugreifen.</p> <p><b>DKG</b> zu den Ausführungen BÄK, DGWHI, GKinD / DGKJ / VLKGD, DPR</p> <p>Hier wird eine elementare Forderung der DKG aufgegriffen und durch alle Fachgesellschaften unterstützt. Die Begrifflichkeit „zusätzlich“ in § 3 Sätze 7 und 8 muss gestrichen werden und darf in § 3</p>	

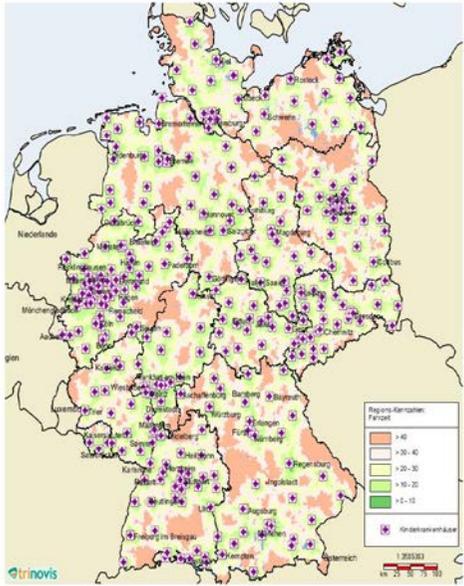
Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Satz 9 nicht aufgenommen werden.</p> <p>Durch die Formulierung „zusätzlich“ werden Personen, die auch derzeit schon mehr als 30 (§ 5 Abs. 1 Nr. 1), bzw. 40 PKW-Fahrzeitminuten (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) benötigen, nicht in die Rechnung einbezogen. Nach Berechnungen der DKG betrifft dies für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 insgesamt mehr als 1,3 Mio. Einwohner mit Fahrzeiten größer 30 Minuten. Diese 1,3 Mio. Einwohner werden bei der Berechnung nicht mit eingeschlossen und müssen bereits heute Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten auf sich nehmen, um das nächste Krankenhaus zu erreichen. Darüber hinaus entspricht dies rund 21,3 Tausend PLZ 8 Gebiete mit Fahrzeiten größer 30 Minuten.</p> <p>Hierbei kann es zu der Situation kommen, dass durch Lage und Einzugsgebiet des Krankenhauses das Betroffenheitsmaß der entsprechenden Personenzahl bei isolierter Betrachtung des definierten Einzugsgebietes (30 bzw. 40</p>	

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>PKW-Minuten Radius) nicht überschritten wird, ggf. aber schon ohne Schließung der Fachabteilung eine hohe Anzahl von Personen länger als 30 bzw. 40 Minuten PKW-Fahrzeit aufbringen müssen. Diese müssen bei der Ermittlung des Betroffenheitsmaßes ebenfalls betrachtet werden, da durch einen Wegfall dieser Leistungen die Fahrzeit für diesen Personenkreis sich weiter erhöhen wird.</p> <p>Durch die Streichung des Wortes „zusätzlich“ in den Sätzen 7 und 8 und Nichtaufnahme in § 3 Satz 9 wird die Ungleichbehandlung von Personen, die jetzt schon mehr als 30 oder 40 Minuten zum nächsten Krankenhaus aufwenden müssen, korrigiert.</p>	
<p><b>DGWHI</b></p>	<p><b>Sätze 7 und 8</b></p> <p>Die DGHWi schließt sich der Argumentation der DKG an.</p>	<p>Durch Lage und Einzugsgebiet eines Krankenhauses kann es sein, dass eine hohe Anzahl von Personen länger als 30 bzw. 40 Minuten PKW-Fahrzeit aufbringen müssen.</p> <p>Diese müssen bei der Ermittlung des Betroffenheitsmaßes bei Schließung einer Klinik ebenfalls berücksichtigt werden, da durch einen Wegfall von Leistungen der</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Die derzeitige Ausgangslage der Krankenhaus- und Versorgungsdichte basiert auf der Krankenhausplanung der Länder. Der G-BA kann daher nur Regelungen treffen, die diesen Status quo im dünn besiedelten ländlichen Raum durch Sicherstellungszuschläge</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
		<p>Grundversorgung die Fahrzeit für diesen Personenkreis sich weiter erhöhen wird. Dies betrifft auch die Streichung des Wortes „zusätzlich“ in dem eingefügten Satz Nr. 9 vor dem Satz 10.</p>	<p>absichern, sofern ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt. Es können dementsprechend nur diejenigen Einwohner berücksichtigt werden, die bei Schließung eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses neu in die Situation kommen, länger als 30 bzw. 40 PKW-Fahrzeiten in Kauf nehmen zu müssen. Ist es heute bereits in einer Region der Fall, dass die Bevölkerung länger als 30 bzw. 40 PKW-Fahrzeitminuten bis zu einem geeigneten Krankenhaus fahren muss, entspricht dies einer Entscheidung der Landeskrankenhausplanung und liegt nicht in der Regelungskompetenz des G-BA hier in die Landeskrankenhausplanung einzugreifen.</p> <p><b>DKG</b> siehe oben</p>	

2.3. Satz 9

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
GKind / DGKJ / VLKKD	<p><b>Grundsätzliches</b></p> <p>Bezüglich der Formulierung „zusätzlich“ schließen wir uns der Argumentation der DKG im übersandten Text der Tragenden Gründe voll inhaltlich an.</p>		<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Die derzeitige Ausgangslage der Krankenhaus- und Versorgungsdichte basiert auf der Krankenhausplanung der Länder. Der G-BA kann daher nur Regelungen treffen, die diesen Status quo im dünn besiedelten ländlichen Raum durch Sicherstellungszuschläge absichern, sofern ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt. Es können dementsprechend nur diejenigen Einwohner berücksichtigt werden, die bei Schließung eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses neu in die Situation kommen, länger als 30 bzw. 40 PKW-Fahrzeiten in Kauf nehmen zu müssen. Ist es heute bereits in einer Region der Fall, dass die Bevölkerung länger als 30 bzw. 40 PKW-Fahrzeitminuten bis zu einem geeigneten Krankenhaus fahren muss, entspricht dies einer Entscheidung der Landeskrankenhausplanung und liegt nicht in der Regelungskompetenz des G-BA hier in die Landeskrankenhausplanung einzugreifen.</p> <p><b>DKG</b></p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			siehe oben	
	<p><b>Erreichbarkeit</b></p> <p>Aktuell werden noch ca. 350 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland betrieben. Dem stehen zur (Notfall-)Versorgung von erwachsenen Patienten internistische und/oder chirurgische Fachabteilungen in ca. 1.140 Häusern zur Verfügung. Allein diese Zahlen machen deutlich, dass die flächendeckende (Notfall-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen gegenüber erwachsenen Patienten erheblich reduziert ist und dies obwohl mit dem gegenüber der Erwachsenen-Versorgung erhöhten Minutenwert für PKW-Fahrtzeit (40 statt 30 min.) gerechnet wird. Wie sich aktuell die flächendeckende Versorgung für Kinder und Jugendliche darstellt, macht beigefügte geografische Auswertung der PKW-Fahrtzeitminuten zur nächsten Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin nach der PLZ8- Systematik (<b>Anlage</b>) deutlich. Es werden erhebliche Flächen ausgewiesen, wo es zu einer Überschreitung der Grenze von 40 PKW-Fahrtzeitminuten kommt. Bezogen auf Deutschland sind <b>5% aller Kinder und Jugendlichen</b> betroffen. Das entspricht ca. 680.000 Kinder</p>	<p>Fahrtzeit zum nächstgelegenen Kinderkrankenhaus im Status Quo</p> 	<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme, s.o.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
	<p>und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag. Der Anteil von Patienten ab dem 18. Geburtstag, die eine PKW-Fahrtzeit von mehr als 30 Minuten bis zum nächsten Grundversorgungs-Krankenhaus in Kauf nehmen müssen, liegt hingegen bei <b>2,6% aller Erwachsenen</b>, was ca. 1.805.000 Erwachsenen entspricht. Der relative Anteil betroffener Kinder und Jugendlicher ist also <b>doppelt so hoch</b> wie der Anteil betroffener Erwachsener. Das verdeutlicht die Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen gegenüber erwachsenen Patienten, die sich durch Schließungen weiterer pädiatrischer Fachabteilungen nicht noch verschärfen darf.</p>			
	<p><b>Betroffenheitsmaß</b></p> <p>Das Betroffenheitsmaß von 800 halten wir für angemessen. Keinesfalls darf es sich jedoch um 800 zusätzliche Kinder und Jugendliche handeln (s. dazu die Argumentation der DKG).</p>		<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme, s.o.</p> <p><b>DKG</b> siehe oben</p>	<p><b>GKV-SV/PatV</b> Nein</p> <p><b>DKG</b> Nein</p>
DPR	<p>Hier schließt sich der DPR e. V. den Ausführungen der DKG an</p>	<p>Existieren in der Bundesrepublik ca. 1100 Kliniken, die eine Notfallversorgung für Erwachsene vorhalten, so sind es für die Notfallversorgung von Kindern und Jugendliche nur ca. 350 Kliniken. Geht man</p>	<p><b>GKV-SV</b> s.o.</p> <p><b>DKG</b></p>	<p><b>GKV-SV</b> Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
		<p>von einer Fahrtzeit-Entfernung von 40 Minuten zur nächstgelegenen Klinik aus, so sind Kinder und Jugendliche nicht schon bei der Fahrtzeitberechnung 40 Minuten gegenüber Erwachsenen mit 30 Minuten benachteiligt, sondern es sind auch eine doppelte Anzahl von Kindern und Jugendlichen gegenüber Erwachsenen, die auch mit einer 40-minütigen Fahrtzeit nicht eine nächstgelegene Klinik für Kinder- und Jugendliche Notfallversorgung erreichen. Das Betroffenheitsmaß von 800 ist angemessen. Es darf sich jedoch nicht um 800 zusätzliche Kinder und Jugendliche handeln - die DKG führt unserer Ansicht nach hierzu korrekt aus.</p>	<p>siehe oben</p>	

### 3. Stellungnahmen zu § 4: Geringer Versorgungsbedarf

#### 3.1. Absatz 1 Satz 4

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
<p><b>GKind / DGKJ / VLKKD</b></p>	<p><del>4Abweichend von Satz 2 liegt</del> Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durch-</p>	<p><b>Grundsätzliches</b> Hinsichtlich der Festlegung der Bevölkerungsdichte schließen wir uns der Argumentation der DKG voll inhaltlich an.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Die Erstfassung dieser Regelung sieht für die basisversorgungsrele-</p>	<p><b>GKV-SV/PatV</b> Nein <b>DKG</b></p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>schnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>53</b> Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, je Quadratkilometer liegt.</p>	<p><b>Höhere Bevölkerungsdichte für Kinder und Jugendliche als Kompensation</b>  Ein einfaches „rechnerisches Herunterbrechen“ der Bevölkerungsdichte aufgrund des Bevölkerungsanteiles von rd. 16% wird dem Zweck der Regelung und der besonderen Bedeutung dieser Altersgruppe nicht gerecht. Oben zu § 3 Satz 9 hatten wir bereits darauf hingewiesen, dass durch die deutlich geringere Zahl von Fachabteilungen und die Erreichbarkeit überproportional viele Kinder und Jugendliche / Familien benachteiligt werden. Um diesen Effekt zumindest teilweise zu kompensieren, schlagen wir als Ausgleich für die o.g. erheblichen Unterschiede und die damit verbundene Ungleichbehandlung eine Verdoppelung des rechnerischen Wertes für die Bevölkerungsdichte vor. Nach unseren Berechnungen beträgt der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag an der Gesamtbevölkerung 16,38% am 31.12.2018 und 16,45% am 31.12.2019. 16,45% von 162 entspricht 26,6 zzgl. Ausgleich von 100% (Verdoppelung) ergibt einen Wert von 53. Eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Versorgungsgebiet</p>	<p>vanten 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./km<sup>2</sup>) liegt. Dieser Ansatz entspricht der Typisierung als „dünn besiedelte ländliche Region“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Die Fachgesellschaft setzt davon abweichend auf einer Forderung der DKG auf, die einen geringen Versorgungsbedarfs ab einer Einwohnerdichte von weniger als 162 E./km<sup>2</sup> vorsieht. Diese Forderung widerspricht dem gesetzlichen Auftrag, der vorsieht, dass mit dem Sicherstellungszuschlag nur Defizite aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs, nicht jedoch Defizite aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden (vgl. BR-Drs. 277/15, S. 107f.). Die Forderung der DKG bedeutet, dass sie beabsichtigt, 96 % der Fläche Deutschlands als Regionen mit geringem Versorgungsbedarf</p>	<p>Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>des Krankenhauses unterhalb von <b>53 Kindern und Jugendlichen je Quadratkilometer</b>, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halten wir daher für angemessen.</p>	<p>zu deklarieren. Der damit verbundenen Aussage, dass in Deutschland so gut wie kein Krankenhaus kostendeckend betrieben werden könne, weil es zu wenig Patientinnen und Patienten im Einzugsgebiet der Krankenhäuser gebe, ist ausdrücklich zu widersprechen. Die Umkehrung des Regel-Ausnahme-Verhältnisses widerspricht der Intention des Gesetzgebers, der Sicherstellungszuschläge bereits mit der Einführung des DRG-Systems als eine Ausnahmeregelung vorgesehen hatte. Sie stellen laut Gesetzesbegründung vielmehr einen Finanzierungstatbestand dar, der in so wenigen Krankenhäusern vorliegt, dass er nicht Regelhaft im pauschalierten Entgeltsystem abbildbar ist (BT-Drs. 14/1245, S. 112). Der Aufsatzpunkt der Fachgesellschaft für die Herleitung des Schwellenwertes für einen geringen Versorgungsbedarf ist folglich falsch.</p> <p>Der Herleitung der Fachgesellschaft kann auch deshalb nicht gefolgt werden, weil sich durch die</p>	

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusentwurfes (Ja / Nein)
			<p>zusätzliche Berücksichtigung von Gebieten mit einer höheren Bevölkerungsdichte als 16 Kinder- und Jugendliche je Quadratkilometer nichts an der Situation von Kindern- und Jugendlichen in den Gebieten ändern würde, in denen die Wege bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus schon heute länger als 40 Pkw-Fahrzeitminuten dauern. Vielmehr würden durch eine Erhöhung der Bevölkerungsdichte zusätzlich Krankenhäuser in größeren Städten gefördert werden, deren etwaige Defizite nicht auf einen geringen Versorgungsbedarf zurückzuführen sind.</p> <p>Zu berücksichtigen ist, dass der im vorliegenden Beschlusentwurf des GKV-Spitzenverbandes gewählte Bezug auf die bundesdurchschnittliche Kinderdichte die reale Kinderdichte in dünn besiedelten ländlichen Regionen schon überschätzt. Diese liegt bei ca. 13,5 Kindern je Quadratkilometer. Eine weitere Anhebung des Kinderdichte-Schwellenwertes würde daher nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation im dünn</p>	

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>besiedelten ländlichen Raum führen.</p> <p><b>DKG</b></p> <p>Die Argumentation der Fachgesellschaften unterstützt grundsätzlich die Argumentation der DKG, dass ein geringer Versorgungsbedarf in dünn besiedelten ländlichen Kreisen zwingend über 100 E. /km<sup>2</sup> definiert werden muss, da es ansonsten zu strukturellen Nachteilen kommt.</p> <p>Der geringe Versorgungsbedarf für die Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern wurde analog zur Regelung für die Innere Medizin und Chirurgie angepasst. Ein geringer Versorgungsbedarf liegt im Sinne von Sicherstellungszuschlägen für die Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern dann vor, wenn die Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 27 Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr je Quadratkilometern (27 E. &lt; 18</p>	

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Jahre/km<sup>2</sup>)liegt. Dies entspricht den 162 Einwohnern bei der Inneren Medizin und Chirurgie.</p> <p>In den Tragenden Gründen wird ausführlich dargestellt, dass eine Bevölkerungsdichte unter 162 Einwohnern pro Quadratkilometer als eine sachgerechte und realistische Größe für einen geringen Versorgungsbedarf erachtet wird.</p> <p>Die vorgeschlagene Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wird demnach als konsistent und angemessen im Rahmen der Gesamtregelung erachtet.</p> <p>Die Anzahl von 27 Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ergibt sich aus der „Fortschreibung des Bevölkerungsstandes“ des Statistischen Bundesamtes mit Stichtag 31.12.2018. Demnach beträgt der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 20,47% bezogen auf die Gesamtbevölkerung. 20,47% von 162</p>	

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
			beträgt 26,53 Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	
DPR	4 <del>Abweichend von Satz 2</del> liegt Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von <b>54</b> Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, je Quadratkilometer liegt.	Die Empfehlung des DPR e.V. hinsichtlich § 4 Satz 4 ist, dass die Benachteiligung, denen Kinder und Jugendliche durch die oben angeführte Berechnung ausgesetzt sind, durch eine doppelt so hohe Anzahl, wie die DKG sie empfiehlt, kompensiert wird.	<b>GKV-SV</b> s.o.  <b>DKG</b> siehe oben	

### 3.2. Absatz 2 Satz 1

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
DGHWI	Die DGHWi begrüßt die Änderung des zweiten Absatzes in §4 zugunsten von Kliniken in Insellage.	Es ist unverhältnismäßig, dass eine schwangere Frau ihre Wohnung, ihre/n Partner/in und ältere Kinder zum Ende der Schwangerschaft verlassen muss, um in	<b>GKV-SV/PatV</b> Kenntnisnahme.  <b>DKG</b> Kenntnisnahme.	Nein

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
		einem Hotel in der Nähe einer Klinik auf die Geburt zu warten.		

**4. Stellungnahmen zu § 5: Notwendige Vorhaltungen**

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
<p><b>DGHWI</b></p>	<p><i>§5 notwendige Vorhaltungen [..]</i></p> <p><i>(4) Sicherstellungszuschläge für Fachabteilungen der Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe können nur unter der Voraussetzung vereinbart werden, dass das Krankenhaus eine Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin nachweist, soweit es nicht über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügt.</i></p> <p>Die DGHWi weist mit diesem Beispiel auf das Fehlen eines gendergerechten Sprachgebrauchs hin.</p>		<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Die Anregung zur gendergerechten Sprachweise wird übernommen.</p> <p><b>DKG</b></p> <p>Kenntnisnahme und Anmerkung, dass der Hinweis der DGHWi berechtigt ist. Mindestens bei neuen Regelungen sollte, analog der mittlerweile überwiegend praktizierten Vorgehensweise des Gesetzgebers, bei neuen Gesetzgebungsverfahren gendergerechte Formulierungen zu wählen, diesem Hinweis gefolgt werden.</p>	<p><b>GKV-SV/PatV</b></p> <p>Ja</p> <p>§ 5 notwendige Vorhaltungen</p> <p>(4) Sicherstellungszuschläge für Fachabteilungen der Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe können nur unter der Voraussetzung vereinbart werden, dass das Krankenhaus eine Kooperation mit einem Facharzt <b>oder</b></p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
				<p>einer <b>Fachärztin</b> für Kinder- und Jugendmedizin nachweist, soweit es nicht über eine Fachabteilung für Kinder und Jugendmedizin verfügt.</p> <p><b>DKG</b></p> <p>Ja, im Rahmen von Neuregelungen</p>

4.1. Absatz 1 Satz 1 Nr. 1

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
<p><b>GKind / DGKJ / VLKKD</b></p>	<p>[..] Insofern schlagen wir, wie bereits oben (<i>Anm. d. GS: S. Allgemeine Positionierung und Hinweise</i>) angemerkt, eine Öffnungsklausel unter Beteiligung der zu-</p>	<p>Grundsätzlich kann den Vorstellungen des GKV gefolgt werden, als Voraussetzung die Erfüllung der Kriterien für die Basisnotfallversorgung Kinder gem. § 25 Abs. 2 der G-BA-Regelungen zu einem</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Eine Öffnungsklausel in Bezug auf die Basisnotfallversorgung für Kin-</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Nein</p> <p><b>DKG</b></p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
	ständigen Landesbehörde vor in Anlehnung an § 3 Abs. 2 Satz 4 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.	gestuften System von Notfallstrukturen zu fordern. Allerdings sollte bedacht werden, dass die finanzielle Ausstattung dieser kleineren bedarfsnotwendigen Fachabteilungen mit Fallzahlen unterhalb von 2.000 Fällen p.a. oft nicht ausreicht, die erforderlichen Strukturen zu finanzieren (s. dazu auch unsere Vorbemerkungen oben). Hier werden die Unzulänglichkeiten der gesetzlichen Regelungen zum Sicherstellungszuschlag offensichtlich. Einerseits werden zu Recht Vorhaltungen eingefordert, aber an Regelungen zur auskömmlichen Finanzierung mangelt es. Wenn die bedarfsnotwendige Versorgung im Vordergrund steht, müssen Vorhaltung und Finanzierung zudem fachabteilungsbezogen sein. Das ist aber derzeit unter dem aktuellen gesetzlichen Rahmen nicht umsetzbar.	der wird abgelehnt. Der Argumentation, dass keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Vorhaltung von Basisnotfallstrukturen zur Verfügung stehen würden, kann nicht gefolgt werden. Denn über die Notfallstufenregelungen des G-BA gemäß § 136c Abs. 4 SGB V in Verbindung mit der Notfallstufenvergütungsvereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG werden gerade diese Vorhaltekosten finanziert. Sowohl alleinstehende Kinderkrankenhäuser als auch Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Allgemeinkrankenhäusern erhalten einen Notfallzuschlag, sofern sie die Mindestanforderungen des G-BA erfüllen. Die Folgenabschätzung des G-BA zur Erstfassung der Notfallstufenregelungen hat gezeigt, dass 362 Krankenhausstandorte die mindestens die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung für Kinder erfüllen. Die Fachgesellschaft führt selbst aus, dass diese Zahl etwa der Gesamtzahl der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin entspricht, d.h. es ist davon auszugehen, dass nahezu jede	Ja. „§ 5 Abs. 1 Nr. 3: a) Kinderkliniken oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Allgemeinkrankenhäusern und b) die Erfüllung der Kriterien des Moduls Basisnotfallversorgung Kinder gemäß § 25 Abs. 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V. Sicherstellungszuschläge im Sinne dieser Regelungen

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Klinik mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin einen Notfallzuschlag erhalten kann. Durch die Definition der Stufe der Basisnotfallversorgung als bedarfsnotwendige Vorhaltung besteht darüber hinaus zukünftig die Möglichkeit, ein etwaiges Defizit, das auf diese Vorhaltungen zurückzuführen ist, über einen Sicherstellungszuschlag auszugleichen.</p> <p><b>DKG</b> Den grundsätzlichen Überlegungen der beteiligten Fachgesellschaften, dass Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern als notwendige Voraussetzung die Erfüllung der Kriterien für die Basisnotfallversorgung Kinder gem. § 25 Abs. 2 der G-BA-Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen erreichen sollen, kann unter dem Aspekt gefolgt werden, dass die ebenfalls von den Fachgesellschaften geforderte Öffnungsklausel (oder eine analoge Vorgabe) in der Regelung mit aufgenommen</p>	<p>können auch dann vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG Auflagen erlässt, die die notwendigen Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 b Satz 1 innerhalb eines festzulegenden Ermessenszeitraums sicherstellen.“</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
			<p>wird. Diese Forderung orientiert sich an den inhaltlichen Ausführungen in § 3 Abs. 2 Satz 4 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Die Fachgesellschaften fordern hier sinngemäß eine Regelung, dass Sicherstellungszuschläge vereinbart werden können, sofern die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 Nummer 1 und 2 KHG Auflagen erlässt, die die Erfüllung der Kriterien für die Basisnotfallversorgung Kinder, nach einem definierten Zeitraum sicherstellen.</p>	
<p><b>DPR</b></p>	<p>Hinsichtlich des Moduls Basisnotfallversorgung Kinder ist aus Sicht des DPR e.V. den Empfehlungen des GKV SV zu folgen. Hier gilt als Voraussetzung, die Erfüllung der Kriterien für die Basisnotfallversorgung Kinder gem. § 25 Abs. 2 der G-BA</p>		<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme.</p> <p><b>DKG</b> siehe oben</p>	<p><b>GKV-SV</b> Nein</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
	Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen zu fordern.			

**4.2. Absatz 2 Satz 2**

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusstwurfes (Ja / Nein)
<b>DGWHI</b>	Die DGHWi unterstützt die Streichung des Wortes „angestellt“. ( <i>Anm. d. GS: Position DKG / KBV</i> )	<p>In der Position der DKG wird formuliert: „Eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe der Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn ergänzend zu den Voraussetzungen nach Satz 1 examinierte Hebammen/Entbindungspfleger der Fachabteilung zugeordnet sind und mindestens eine dieser Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.“</p> <p>Es entspricht dem aktuellen Stand, dass freiberuflich tätige Hebammen in Kliniken als nicht angestellte Beleghebammen die Dienste im Kreißaal übernehmen.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Der GKV-Spitzenverband sieht keine Änderung der bestehenden Regelungen vor. Er weist jedoch darauf hin, dass 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. Daher hat auch das Krankenhaus dies zu erfüllen und muss damit die Bereitstellung einer/s Hebamme/Entbindungspfleger, die/der physiologisch normale Geburten eigenverantwortlich leiten kann und mit der Qualitätssiche-</p>	<p><b>GKV-SV/PatV</b> Nein</p> <p><b>DKG</b> Nein</p>

			<p>                 rung der Klinik vertraut ist, innerhalb einer angemessenen Zeit gewährleisten.             </p> <p>                 Die angestellte Hebamme/der angestellte Entbindungspfleger ist damit auch Teil der Vorhaltungen, die durch Sicherstellungszuschläge finanziert werden können. Soweit § 5 Abs. 2 Satz 2 bestimmt, dass angestellte Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses der Fachabteilung zugeordnet sind, wird damit lediglich gefordert, dass ein Kernbestand an angestellten Hebammen/Entbindungspfleger der Abteilung zugeordnet sein muss.             </p> <p>                 Sofern regional tatsächlich Versorgungsdefizite im Hebammenbereich bestehen, stellt § 5 Absatz 3 sicher, dass 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 KHG prüfen und feststellen kann, dass im betroffenen Krankenhaus eine Organisationsstruktur besteht, die den inhaltlichen Anforderungen nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 1 und 2 und Satz 2 entspricht.             </p> <p> <b>DKG</b> </p>	
--	--	--	--	--

			<p>Die DKG nimmt zustimmend zur Kenntnis, dass die DGHWi sich inhaltlich der Begründung der DKG anschließt.</p> <p>Die Forderung nach angestellten Hebammen in Hauptfachabteilungen entspricht nicht mehr der Versorgungsrealität in einigen Bundesländern. In vielen Kliniken kann der Betrieb nur durch freiberufliche- oder Beleghebammen aufrecht gehalten werden. Die definierten inhaltlich qualitativen Anforderungen, dass die examinierten Hebammen/der examinierte Entbindungspfleger der Fachabteilung zugeordnet sein muss und mindestens eine dieser Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar sein muss, gilt auch für nicht angestellte Hebammen und Entbindungspfleger.</p>	
--	--	--	---	--

## 12. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

# **Wortprotokoll einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine 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**

Vom 31. August 2020

<b>Vorsitzender:</b>	Herr Prof. Hecken
<b>Beginn:</b>	11:01 Uhr
<b>Ende:</b>	11:45 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin

**Teilnehmer der Anhörung**

Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD):  
Herr Scheel

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC):  
Herr Prof. Dr. Rödl

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ):  
Herr Prof. Dr. Schneider

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi):  
Frau Böhm

Beginn der Anhörung: 11:01 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich begrüße Sie ganz herzlich zur 23. Sitzung des Unterausschusses Bedarfsplanung. Vor Eintritt in die Tagesordnung des Unterausschusses beginnen wir zunächst mit der mündlichen Anhörung zum Themenkomplex Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des SGB V: Erweiterung um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung. Dazu hat es schon gesetzliche Regelungen gegeben, die sicherstellen, dass das, was wir als Beschluss im Gemeinsamen Bundesausschuss umsetzen, jenseits des Stichtages für die entsprechenden Leistungen auch noch seine Umsetzung im kommenden Jahr erfährt.

Wir haben zu dem im Stellungnahmeverfahren gegebenen dissenten Entwurf eines Beschlusses Stellungnahmen erhalten von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin; von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie; von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie; von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie; von der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V.; vom Deutschen Pflegerat; von der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft und von der Bundesärztekammer.

Die Bundesärztekammer hat auf die Abgabe einer mündlichen Stellungnahme verzichtet. Die anderen Stellungnehmer sind zu der heutigen Anhörung eingeladen worden. Von dieser Einladung haben Gebrauch gemacht die Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland, also die GKinD. Hier müsste Herr Scheel als Geschäftsführer anwesend sein. Herr Scheel, sind Sie da?

(Herr Scheel (GKinD): Ja.)

Okay, Danke schön. – Als Leiter der Sektion Kinderorthopädie der DGOOC müsste Herr Professor Dr. Rödl anwesend sein. Herr Professor Rödl? – Er fehlt noch.

Für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin müsste Herr Professor Dr. Dominik Schneider anwesend sein.

(Herr Prof. Schneider (DGKJ): Ich bin anwesend.)

Wunderbar, Danke schön. – Für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft müsste Frau Kerstin Böhm anwesend sein.

(Frau Böhm (DGHWi): Ja, ich bin anwesend.)

Danke schön, Frau Böhm.

Dann frage ich in die Runde: Sind noch sonstige Vertreter von Organisationen, die Stellungnahmen abgegeben haben, obwohl Sie nicht gemeldet sind, anwesend? Ich höre niemanden. Dann ist das nicht der Fall. Ich stelle fest, dass Herr Schell, Herr Professor Schneider und Frau Böhm zurzeit anwesend sind. Herr Professor Rödl für die Sektion Kinderorthopädie in der DGOOC ist noch nicht anwesend.

Wir führen Wortprotokoll. Deshalb habe ich auch die Anwesenheit jetzt ausdrücklich festgestellt.

Die Sitzung wird aufgezeichnet und auch transkribiert, sodass alles auch ordnungsgemäß im Wortprotokoll aufgeführt ist. Ich bitte Sie deshalb darum – ansonsten würde ich Sie auch nicht verstehen –, dass Sie, wenn Sie sich zu Wort melden, Ihr Mikrofon einschalten, um entsprechend Ihre Bemerkungen ins Orbit senden zu können.

Wir gestalten die heutige Anhörung so, dass wir zunächst den Vertretern der Bänke die Möglichkeit geben, an die anwesenden Stellungnehmer Fragen zu stellen. Denn die heutige Anhörung soll in erster Linie dazu dienen, das, was Sie schriftlich dargestellt haben – das auch sehr umfangreich und sehr hilfreich war – noch einmal zu hinterfragen, sich Erläuterungen geben zu lassen, Unklarheiten gegebenenfalls zu beseitigen. Danach würde ich Ihnen aber auch noch einmal die Möglichkeit geben, die aus Ihrer Sicht wesentlichen Punkte, die vielleicht in der Frage- und Antwortrunde nicht angesprochen wurden, im Zusammenhang noch einmal darzustellen. Wobei ich ausdrücklich darauf hinweise, dass die schriftlich vorgelegten Stellungnahmen schon Gegenstand von Erörterungen waren, auch allen Vertretern der Bänke und auch der Patientenvertretung bekannt sind. Sodass wir dabei versuchen sollten, das wirklich auf die wesentlichen Punkte zu beschränken, um unnötige Redundanzen zu vermeiden.

Ich schaue jetzt in die Runde und frage: Gibt es zu einzelnen Punkten aus den Stellungnahmen Wortmeldungen von den Bänken, Patientenvertretern oder Ländervertretern an die anwesenden Stellungnehmer? Ich bitte dann um Wortmeldung, am besten im Chat. Also einfach im Chat ein „W“ schicken, dann würde ich Ihnen das Wort erteilen. Um das ein bisschen zu überbrücken, bevor es losgeht, habe ich eine Frage an Herrn Professor Schneider.

Herr Professor Schneider, Sie haben auch zum § 4 – geringer Versorgungsbedarf – sich positioniert als Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Mir ist in der Vorbereitung auf den heutigen Termin eine Stellungnahme Ihres Verbandes aus dem Stellungnahmeverfahren vom April 2018 untergekommen. Dort ging es um die Geburtshilfe und ähnliches. Damals hatten Sie sich dafür ausgesprochen, die Anzahl der Kinder, die bei 16 im Entwurf des GKV-SV festgelegt ist, auf 22 zu erhöhen. Sie hatten es damals damit begründet, dass diese Erhöhung von 16 auf 22 deshalb sachgerecht wäre, weil zu berücksichtigen sei, dass die Krankenhaushäufigkeit von Kindern und Jugendlichen um circa ein Drittel geringer sei als die von Erwachsenen. Das bedeute – so haben Sie seinerzeit ausgeführt –, dass für die stationäre Versorgung von Kindern und für die Definition „geringer Versorgungsbedarf“ auch eine adjustierte Kinderdichte von 16 plus ein Drittel, hier also aufgerundet auf 22 Einwohner unter 18 Jahre pro Quadratkilometer, anzuwenden sei.

Das ist, wenn ich das richtig gesehen habe, etwas anders, als das, was jetzt vorgetragen wird. Könnten Sie mir vielleicht auf die Sprünge helfen und noch einmal erläutern, wie man diesen § 4 und die Anzahl der Kinder am sachgerechtesten und auch den versorgungsrelevanten Gegebenheiten entsprechend definieren könnte.

**Herr Prof. Schneider (DGKJ):** Danke für die Möglichkeit zur Stellungnahme. – Ich muss sagen, dass ich die Stellungnahme zur Geburtshilfe nicht mehr hundertprozentig präsent habe und jetzt auch nicht noch einmal akut gelesen habe.

Wir haben hier eine Stellungnahme abgegeben, die sich noch einmal mehr an den Bedürfnissen auch jenseits der Neonatologie orientiert und haben eigentlich den Ansatz gewählt, dass wir uns die Bevölkerungsdichten angeschaut haben und auch die Vorgabe, die gewählt worden ist, dass Wegezeiten von über 40 Minuten in Kinderkliniken vermieden werden sollen. Das heißt, wir haben hier eine viel tiefergehende Analyse betrieben. Wir haben dann auch gesehen – und das ist der Unterschied in der Versorgungsdichte der Kinderkliniken im Vergleich zur Erwachsenenmedizin –, dass doch ein ganz erheblicher Anteil der Kinder, wenn man das bevölkerungsbasiert sieht, längere Fahrzeiten als 40 Minuten in die Kliniken zu befürchten hätte. Daraus haben wir letztlich diese höheren Zahlen jetzt kalkuliert. Das haben wir in dieser Detailtiefe bei der Stellungnahme für die Geburtshilfe damals nicht getan.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Schneider. – Wir haben jetzt eine Frage der Patientenvertretung.

**PatV:** Ich möchte für die Patientenvertretung eine Frage an Herrn Professor Schneider und Herrn Professor Scheel richten. Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme vor, dass in dem § 9, der die Sicherstellungszuschläge für Kinder regeln soll, das Wörtchen „zusätzlich“ gestrichen werden soll. Wir haben uns gefragt, welche Konsequenz das in der Versorgung hätte. Können Sie sagen, welchen Unterschied das ausmachen würde, wenn man das „zusätzlich“ hier streicht, für die Anzahl der Kinder, die betroffen wären, für die mehr als 40 Minuten Fahrzeit, für die Einrichtungen, die davon anzahlmäßig betroffen wären und für welche Regionen das eventuell einen Unterschied machen würde? – Danke schön.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank für diese Frage. – Dann beginnen wir wieder mit Herrn Schneider und dann Herr Scheel. – Bitte schön, Herr Schneider.

**Herr Prof. Schneider (DGKJ):** Danke für die Möglichkeit zur Stellungnahme. – Herr Scheel wird gleich die Daten noch einmal im Detail sicherlich besser referieren können, weil er dazu sehr gute Daten über die GKinD auch zur Verfügung hat.

Prinzipiell ging es uns bei der Empfehlung, das Wort „zusätzlich“ zu streichen, auch darum, dass wir sehen, wie unterschiedlich die Versorgungslandschaften für die Geburtshilfe, für die Innere Medizin und Chirurgie in der Fläche besetzt sind. Und wir wollen sehen, dass die Versorgung der Kinder als für sich genommen gewertet wird und nicht untermergt wird in eine Versorgungsstruktur in der Fläche der anderen Disziplinen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Schneider. – Herr Scheel, bitte.

**Herr Scheel (GKinD):** Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. – Wir haben in unserem Papier dazu Zahlen vorgelegt, die wir haben auswerten lassen, wie viele Kinder jetzt bereits betroffen sind. Das sind etwa 680 000 Kinder und Jugendliche, die bereits die 40 Pkw-Fahrzeitminuten überschreiten, die würden jetzt mit einbezogen werden. Wie sich das exakt auf die Anzahl der dann betroffenen Kinderabteilungen auswirkt, haben wir nicht auswerten lassen. Das kann ich Ihnen nicht sagen. Ich gehe aber davon aus, dass es keinen wesentlichen Unterschied machen wird.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Scheel. – Ich frage die Patientenvertretung: Ist Ihre Frage beantwortet?

**PatV:** Die Regionen, also Fläche oder Stadt, wären für uns noch wichtig. – Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Jetzt haben wir noch einmal die Patientenvertretung und dann die DKG.

**PatV:** Ich würde die Frage auch gerne noch ergänzen. Wir haben gelesen, dass Sie diese Zahl von 680 000 Kindern, die da betroffen sind, errechnet haben. Können Sie dazu noch etwas sagen, wie Sie zu dieser Zahl gekommen sind? Haben Sie da wirklich regionsbezogen geschaut, wie viele Kinder in den Regionen leben und das auf diese Weise ausgerechnet? Oder haben Sie das einfach über die Gesamtfläche ausgerechnet? Können Sie vielleicht konkret sagen, wie Sie zu den Zahlen gekommen sind, damit wir uns eher etwas darunter vorstellen können?

Wenn ich noch eine weitere Frage zu einem anderen Themenbereich loswerden darf, würde ich gerne noch Herrn Professor Schneider und Herrn Scheel bitten, noch etwas dazu zu sagen, warum Sie diese Öffnungsklausel, die Sie ja vorgeschlagen haben, für erforderlich erachten. – Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank für diese Frage. Beginnen wir mit Herrn Scheel und dann Herrn Schneider. – Herr Scheel, bitte – zunächst noch einmal die Konkretisierung zu diesen 680 000, wie die ge-griffen sind und dann zur Öffnungsklausel.

**Herr Scheel (GKind):** Wir haben natürlich diese Auswertung nicht selber machen können, weil wir dazu technisch gar nicht in der Lage sind. Sondern wir haben uns eines Dienstleisters bedient, der wohl auch die Auswertungen für den GKV-SV und die DKG macht.

Bezogen auf die Regionen: Die Auswertungsvorgabe war, auszuwerten auf Basis der bisherigen Regelungen, in der Regelung des G-BA herauszufiltern, wie viele Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag bereits jetzt von dieser 40-Minuten-Fahrzeitregelung betroffen sind. Man hat uns hierzu ausgewertet, dass das 680 000 Kinder und Jugendliche sind, was etwa 5 Prozent dieser Altersgruppe entspricht. – Soll ich die zweite Frage auch beantworten?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich stelle jetzt nur für das Protokoll fest, dass Herr Professor Rödl als Call-in-Benutzer-7 zugeschaltet ist, weil das andere nicht funktioniert hat. Er ist also auch anwesend. An Ihn können auch Fragen gerichtet werden.

Zweiter Teil jetzt, Herr Scheel; und dann Herr Professor Schneider vermutlich zur zweiten Frage. – Bitte schön.

**Herr Scheel (GKind):** Bei der zweiten Frage geht es um das Thema Ausnahmeregelungen für die Landesbehörden. Hier schwebt uns vor, dass es möglicherweise Kinderabteilungen gibt, wo man regional die Notwendigkeit sieht, die Sicherstellung zu sichern, ohne dass die Bedingungen hundertprozentig zutreffen. Wir halten es für sinnvoll, dass hier für die Länder noch eine Möglichkeit eröffnet wird, dort möglicherweise Ausnahmeregelungen zu definieren.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Scheel. – Herr Schneider, bitte.

**Herr Prof. Schneider (DGKJ):** Ich fange mit der zweiten Frage an. Ich hätte die Antwort nicht schöner formulieren können. Ich denke, das ist auch im Sinne der föderalen Planung sinnvoll.

Zur ersten Frage: In Deutschland haben wir 350 Kinderkliniken. Die Berechnung der Fahrzeiten ist nach einem Postleitzahlenverfahren erfolgt. Die Methodik war, dass Deutschland insgesamt in über 80 000 Raumregionen geteilt worden ist und dann die Fahrzeiten für diese Raumregionen zu den jeweiligen Kinderkliniken gemessen worden ist. Das ist dann in Bezug gesetzt worden mit den Bevölkerungszahlen. Daraus resultiert die Zahl von 680 000 betroffenen Kindern. Das ist also der Status, wie er jetzt ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Schneider. – Patientenvertretung, beantwortet das Ihre Frage?

**PatV:** Ja, vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Dann hat jetzt die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Fragerecht. Bitte schön.

**DKG:** Das hat sich bereits erledigt. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay, also keine Frage von der DKG. – Ich würde gerne einmal eine Frage an Frau Böhm von Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft stellen: Wir haben auch einen streitigen Punkt bei der Frage, wie mit Beleghebammen umzugehen ist. Ich hätte dazu gerne von Ihnen – sofern Sie das aus dem Stehgreif machen können –, ein bisschen Erhellung hinsichtlich der unterschiedlichen regionalen Strukturen.

Ich habe mir den vom IGES-Institut im Auftrag des BMG erstellten Bericht zur stationären Hebammenversorgung, der im Januar 2020 veröffentlicht worden ist, angeschaut. Dort sehe ich, dass wir in Nordrhein-Westfalen beispielsweise 2 420 festangestellte Hebammen haben, in Baden-Württemberg 1 476 – zum Teil in Teilzeit. In Bayern liegen wir aber nur bei 675 festangestellten Hebammen. Es hat dazu auch noch eine Befragung gegeben, an der 287 Kliniken teilgenommen haben, die nicht repräsentativ ist – aber immerhin. Diese Befragung hat ergeben, dass an 111 Kliniken ausschließlich angestellte Hebammen tätig waren und an 53 Kliniken – vor allem in Bayern – ausschließlich Beleghebammen. Bei 55 Kliniken gab es sowohl angestellte als auch Beleghebammen. Hebammen auf Leasingbasis waren quantitativ nur mit 2 Prozent vertreten. – Wie Hebammen auf Leasingbasis funktionieren, weiß ich nicht, will ich auch gar nicht wissen. – Sei es drum!

Ich bräuchte von Ihnen – wenn Sie das können – einfach eine Einschätzung, wie jetzt Bedarfsdeckung und Sicherstellung in diesem Themenkomplex gewährleistet werden könnten, wenn man sieht, dass es – vor allen Dingen sieht man das auch an den absoluten Zahlen in Bayern – eine Struktur gibt, die uns schon mehrfach begegnet ist, die sich dadurch auszeichnet, dass vielfach a) Belegabteilungen bestimmte Versorgungsleistungen erbringen und b) wahrscheinlich in diesen Belegabteilungen auch Beleghebammen tätig sind. – Auch, wenn das jetzt über das Bundesgebiet gemittelt alles chic ist, kann man ja durch hinreichend große Stichproben Prozentwerte auch so gestalten, dass man sagen kann, eigentlich ist alles in Ordnung. – Da stellt sich mir natürlich die Frage: Gibt es diese regionalen Unwuchten? Und was hat das für Folgen? Wenn man jetzt sagen würde, man besteht auf eine angestellte Hebamme – in Ihrer Stellungnahme beschäftigen Sie sich ja auch damit –, ist das in bestimmten Strukturen überhaupt realistisch? Das würde mich einfach mal abstrakt, generell interessieren, wenn Sie etwas dazu sagen können, Frau Böhm.

**Frau Böhm (DGHWi):** Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. – Tatsächlich habe ich mich jetzt nicht im Detail mit der IGES-Studie beschäftigt, sodass meine Aussagekraft dazu relativ gering ist. Allerdings haben wir in unserer Stellungnahme zum Beschlussentwurf schon die Streichung des Wortes „angestellt“ aus dem Aspekt befürwortet, dass Beleghebammen oder auch freiberufliche Hebammen in Kliniken tätig sind und die Versorgungsleistung übernehmen und nicht unbedingt in einem Angestelltenverhältnis sind. Das ist soweit meine Aussage, die ich dazu treffen kann. Wie im Detail die Vergleichbarkeit zwischen angestellten Hebammen, Beleghebammen in der Versorgungsleistungsstruktur ist und inwieweit das überhaupt von der IGES-Studie erfasst worden ist, dazu muss ich jetzt leider passen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Ich schaue in die Runde: Gibt es weitere Fragen von den Bänken? – Die Patientenvertretung noch einmal.

**PatV:** Ich möchte gerne noch einmal bei Frau Böhm nachfragen, ob Sie eine Aussage dazu machen kann, wie sich das mit der Qualität oder den möglichen Qualitätsunterschieden für die Versorgung durch angestellte Hebammen oder Beleghebammen abbildet. Es gibt ja auch beispielsweise die Forderung nach hebammengeleiteten Kreißsälen – soweit ich weiß auch aus Ihren Reihen. Das würde sich vermutlich mit Beleghebammen nicht umsetzen lassen. Aus unserer Sicht scheint die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu jeder Zeit mit angestelltem Personal grundsätzlich sicherer zu sein.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Frau Böhm.

**Frau Böhm (DGHWi):** Ich möchte hier auf verschiedene Punkte eingehen, die auch im Belegsystem jetzt nicht immer so umgesetzt sind. Es gibt verschiedene Strukturen im Belegsystem. Es gibt zum einen das Belegsystem, was zum Teil auch parallel zum Angestelltensystem funktioniert, in der eine Gebärende oder eine Schwangere sich eine Beleghebamme aussucht und dann mit ihr in einer 1:1-Betreuung in das entsprechende Krankenhaus geht, mit dem die Hebamme einen Belegvertrag hat. Damit erhält sie letztendlich eine höherwertige Betreuungsleistung, weil sie im klinischen Umfeld in einer sicheren 1:1-Betreuung von einer Hebamme begleitet wird. In den reinen Belegsystemhäusern kann das durchaus auch in Schichtdiensten organisiert sein, wo letztendlich die Bezahlung oder die Struktur unterschiedlich ist. Aber die Funktion im Schichtsystem garantiert es. – Das ist allerdings nicht mein Spezialgebiet. Daher möchte ich zu den organisatorischen Strukturen nicht zu sehr ins Detail gehen.

Die angestellten Hebammen – insofern kann ich Ihnen zustimmen – sind letztendlich vor Ort. Die Gebärende ist dann nicht abhängig, wenn beispielsweise eine Beleghebamme in den Krankenstand geht und dadurch ihre Betreuungsleistung wegfällt. Sondern in einem Krankenhaus mit angestellten Hebammen ist die Betreuungsleistung immer garantiert.

Wie gesagt: Zur Organisation von reinen Belegdiensten möchte ich mich jetzt nicht äußern. Aber Beleghebammen im 1:1-Verhältnis können eine höhere Betreuungsleistung garantieren. Während angestellte Hebammen immer vom Arbeitsaufkommen abhängig sind. Und der Belegschlüssel bzw. der Angestelltenschlüssel ist derzeit nicht in der Lage, zu garantieren, dass eine Hebamme ausschließlich eine Frau betreut oder vielleicht maximal zwei, wie es jetzt erst einmal als Ziel formuliert worden ist. – Ich hoffe, ich konnte Ihre Frage beantworten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Frau Böhm. – Patientenvertretung, ist die Frage beantwortet?

**PatV:** Ich habe nur noch einen Hinweis. Wir wissen ja auch, dass es vielen Frauen derzeit gar nicht möglich ist, eine Hebamme zu finden, die sie dann 1:1 beim Geburtsprozess auch begleiten würde. Man muss dabei auch bedenken, dass die Sicherstellung bei angestellten Hebammen sicherlich sicherer wäre.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, klar. – Patientenvertretung, damit da überhaupt kein falscher Zungenschlag reinkommt. Meine Frage war überhaupt keine Frage, die in irgendeiner Form antizipiert, was besser ist oder was nicht besser ist. Ich wollte lediglich eine Erläuterung haben, ob eine Sicherstellung möglich ist, wenn man sich bestimmte regionale Strukturen anschaut und die dort hinterlegten Zahlen sieht, wenn man nur auf festangestellte Hebammen geht. Das impliziert für mich in keinsten Weise, wenn das Krankenhaus sich auch der Beleghebammen bedienen kann, man sicherstellen müsste, dass hier eine Erreichbarkeit an 365 Tagen rund um die Uhr und auch die entsprechende Dienstleistung gewährleistet wäre, weil das hier in manchen Fällen nicht planbare Ereignisse sind. Ob sich das organisieren lässt, ist eine ganz andere Frage. Die müssen wir diskutieren.

Mir ging es schlicht und ergreifend darum: Es nützt nichts, wenn man irgendwie eine schöne Pyramide baut und unten im Fundament der Pyramide ist ein Denkfehler drin, sodass man sagt, man hat ein hübsches Konstrukt gemacht, aber in ein, zwei Ländern lässt sich das auf der Basis des Status quo einfach nicht realisieren. Das war jetzt nicht der Ruf des Vorsitzenden danach, zu sagen: Gucken wir mal, und schauen wir mal, und irgendwie wird sich das zusammenrücken. Damit Sie nicht irgendwie in die Irre geleitet werden und denken, ich hätte hier jetzt eine Position bezogen. Das war nur eine Wissensfrage. Denn wir müssen ja abwägen und am Ende des Tages auch in unseren Tragenden Gründen ausführen, wie wir mit unserem Beschluss Positionen und Situationen gleichwohl befriedigend abdecken, die sich in einzelnen Bundesländern unterschiedlich darstellen. – Das war einfach der Punkt.

Jetzt schaue ich mal zu den Bänken: Gibt es weitere, spezielle Fragen zu den Stellungnahmen? Sonst würde ich den Stellungnehmern jetzt noch einmal die Möglichkeit geben, aus Ihrer Sicht auf die wesentlichen Punkte, also wirklich die zwei, drei Essentials aus Ihren Stellungnahmen, hinzuweisen, damit wir das auch noch einmal aktuell im Kopf haben. – Ich sehe keine Wortmeldung.

Dann würde ich jetzt mit Herrn Professor Rödl beginnen, der noch gar nicht dran war. Die anderen waren schon dran. Anschließend würde ich über Herrn Scheel, Herrn Schneider zu Frau Böhm gehen. – Herr Professor Rödl, aus Ihrer Sicht die wesentlichen Punkte aus der Stellungnahme der Sektion Kinderorthopädie in der DGOOC. Sie haben das Wort.

**Herr Prof. Dr. Rödl (DGOOC):** Ganz herzlichen Dank! – Wir sind ja nur ein kleines Randgebiet, aber wir sehen doch, dass sich im Laufe der letzten Jahrzehnte die Entwicklung der chirurgischen und kinderorthopädischen Versorgung unheimlich spezialisiert hat. De facto ist es so, dass nach wie vor aber die Kinder mehr oder weniger von Orthopäden und Chirurgen für Erwachsene in Anführungszeichen „mitbehandelt“ werden und die spezialisierte Behandlung somit nicht allen Kindern zugutekommt. Wir würden daher anregen wollen, dass markiert wird,

dass hier tatsächlich auch eine auf Kinderorthopädie spezialisierte Abteilung mit in der Kinderklinik ist.

Es kann natürlich nicht jede Kinderklinik eine solche Abteilung haben, aber, dass man auch nach außen deutlich macht, dass wir hier nicht nur eine allgemeine Kinder- und Jugendexpertise haben, sondern auch eine Expertise auf dem Gebiet der chirurgischen kinderorthopädischen Behandlung, die ja eine der häufigsten chirurgischen Behandlung ist

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Rödl. Gibt es von den Bänken dazu Fragen? Das sehe ich nicht. – Dann Herr Scheel für die GKInD.

**Herr Scheel (GKInD):** Vielen Dank. – Ich konzentriere mich auch auf die wesentlichen Punkte. Es sind zwei Determinanten, wo wir sagen, da sind wir d'accord mit den Vorschlägen. Es geht um die Pkw-Fahrzeitminuten. Das ist ja ein eigener Beschluss der Fachgesellschaften. Ähnliches gilt auch für das Betroffenheitsmaß von 800. Auch da sehen wir keinen Handlungsbedarf.

Handlungsbedarf sehen wir – das ist auch Kern unserer Stellungnahme –, beim festzulegenden Wert für die Bevölkerungsdichte. Das ist eben schon einmal kurz andiskutiert worden. Aufgrund der Tatsache, dass bereits jetzt mit 5 Prozent doppelt so viele Kinder und Jugendliche prozentual betroffen sind und trotz der 40 statt 30 Pkw-Fahrzeitminuten, fordern wir einen Ausgleich, und zwar eine Verdoppelung des rein rechnerisch ergebenden Wertes für die Bevölkerungsdichte. Geht man vom DKG-Vorschlag aus, wären es 50 je Quadratkilometer; geht man von der geltenden Regelung aus, wären es 32 je Quadratkilometer. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Scheel. – Gibt es dazu Fragen? Das sehe ich nicht. – Dann Herr Professor Schneider.

**Herr Prof. Schneider (DGKJ):** Noch einmal Danke für die Möglichkeit zur Stellungnahme. – Ich würde an die Stellungnahme von Herrn Scheel gerne anschließen. Seitens der DGKJ muss es darum gehen, dass die Versorgung der Kinder für sich genommen gedacht wird, und dass wir die Versorgung sicherstellen für Kinder und nicht im Zusammenhang mit anderen Fachdisziplinen.

Wir sehen, wenn man die Vorschläge betrachtet, dass wir selbst bei einer ausgeweiteten 40-Minuten-Fahrzeitregelung doch einen erheblichen Anteil von Kindern haben – das sind nämlich doppelt so viele wie bei den Erwachsenen –, die da zu kurz kommen würden. Deswegen sehen wir als praktischen Weg, dies mit der Verdoppelung der Bevölkerungsdichte auszugleichen. Das halten wir für einen handhabbaren Weg. Ich denke auch, man muss im Sinne der regionalen Planung auch die Öffnungsklausel haben, dass in den Ländern das noch einmal gezielt gedacht werden muss.

Des Weiteren würde ich ganz gerne auch die Stellungnahme der orthopädischen Chirurgie aufgreifen. Wir unterstützen das absolut. Beispielsweise in unserer Initiative „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ werten wir auch die spezifische chirurgische Versorgung bei Kindern gezielt aus. Das führt mich zu dem Punkt, dass wir sicherstellen müssen – das ist jetzt vielleicht nicht alles Aufgabe oder im Rahmen des G-BA –, dass diese Zuschläge tatsächlich auch den Kinderabteilungen zugutekommen und nicht nur eine Sicherstellung, sondern eine Qualitätssicherung darbieten, wie wir das beispielsweise von den pädiatrischen Verbänden dargestellt bekommen, was eine qualitativ hochwertige Mindestversorgung für Kinder sein muss. Ich denke,

das muss man miteinander verknüpfen. – Ansonsten noch einmal herzlichen Dank, dass das Thema aufgegriffen worden ist. Wir halten das wirklich für eine sehr wichtige Initiative.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Schneider. Ich sehe dazu auch keine Wortmeldung. – Doch, die Patientenvertretung hat noch einmal eine Frage.

**PatV:** Vielen Dank, Herr Professor Schneider. – Sie haben jetzt noch einmal diese Problematik angesprochen, dass die Fahrzeiten insgesamt dazu führen, dass jetzt schon in der Regelung sehr viele Kinder länger als 40 Minuten fahren müssten. Können Sie sagen, wie sich das entwickeln würde, wenn man jetzt die Regelung verändert und dieses „zusätzlich“ nicht da hineinnimmt?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann müssen wir noch ein paar Krankenhäuser bauen. Aber gut. – Herr Schneider, bitte.

**Herr Prof. Schneider (DGKJ):** Von unserer Seite gerne. – Ich kann Ihnen dazu jetzt keine komplette Modellrechnung geben, wie viele Kliniken es wirklich betreffen würde. Das ist auch sehr komplex. Da habe ich auch nicht die genauen bevölkerungsbasierten Daten. Aber wenn man sich das einmal anschaut, dann haben wir einige Regionen – ein klassisches Beispiel wäre Berlin –, wo die Fahrzeiten relativ kurz sind, auch die Distanzen sehr kurz sind. Aber in anderen Gebieten – und das sind jetzt nicht nur Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg – betragen die durchschnittlichen Fahrzeiten zu den Kinderkliniken schon jetzt im Durchschnitt fast eine halbe Stunde. Beispielsweise sind es 25 Minuten in Schleswig-Holstein, 23 Minuten in Mecklenburg-Vorpommern. Das heißt, wir sind jetzt eigentlich schon in einer Situation, die für die Eltern und für die Kinder eine ziemliche Belastung darstellt. Gleichzeitig ist der wirtschaftliche Druck auf die Kinderkliniken sehr groß, weil gerade die kleinen Kinderkliniken defizitär sind. Wenn wir diesen Trend nicht aufhalten, dass mehr Kinderkliniken geschlossen werden, wird das in der Versorgung sehr schlecht werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Schneider. – Patientenvertretung, haben Sie eine Nachfrage?

**PatV:** Danke schön. Nein.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke. – Dann jetzt Frau Böhm, bitte.

**Frau Böhm (DGHWi):** Ich möchte mich auf zwei Punkte aus der Stellungnahme konzentrieren. Das ist einmal in Bezug auf die Fahrzeitminuten, die wir gerne bei 30 Minuten Pkw-Fahrzeit anstelle von 40 sehen würden. Hierzu allerdings auch noch einmal der Hinweis, dass unser Blickwinkel in der Beziehung auf die Geburtshilfe und auf die Neonatologie liegt. Uns erscheint die Begründung, dass die chirurgische oder internistische Versorgung mit 30 Minuten Fahrzeit gewährleistet sein muss, während die geburtshilfliche oder neonatologische Versorgung mit 40 Minuten festgelegt werden kann, durch die Dringlichkeit oder die Akutsituationen, die sich in der Geburtshilfe oder Neonatologie ergeben können, nicht ausreichend. Also hier auch das Plädoyer, 30 Pkw-Fahrzeitminuten einzuführen.

Der zweite Punkt, in dem wir Verbesserungsbedarf sehen, ist letztendlich der gendergerechte Sprachgebrauch, der bitte zu überarbeiten ist, wenn möglich Fachärztinnen oder Fachärzte mit aufzunehmen. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Frau Böhm. Also: Letzteres machen wir; ersteres wird diskutiert werden. Gibt es Fragen dazu? Ich sehe keine. Dann können wir die Anhörung an dieser Stelle beenden. Es gibt keine Wortmeldungen mehr. – Herr Schneider, Sie hatten sich noch einmal gemeldet? Sie hatten mit der Hand gewunken. Oder war das ein Reflex?

**Herr Prof. Schneider (DGKJ):** Reflexe habe ich auch, aber das war jetzt tatsächlich eine Wortmeldung. – Mit den 30 Minuten rennen Sie bei uns natürlich offene Türen ein. Man muss die neonatologische Versorgung natürlich auch noch einmal getrennt sehen von der pädiatrischen Versorgung jenseits der Neonatologie. Gerade in der neonatologischen Versorgung sind natürlich kurze Transportzeiten sicherer. Aber wir haben jetzt erst einmal die 40 Minuten nicht infrage gestellt; wir haben das erst einmal so akzeptiert. Für die neonatologische Versorgung muss man das sicherlich auch noch einmal anders werten. Das ist vielleicht auch nicht primär der Bestandteil der Diskussion hier.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Schneider. – Jetzt schaue ich noch einmal, ob jemand winkt oder irgendwelche Regungen zeigt. Also, wer sich jetzt bewegt, der bekommt unweigerlich das Wort erteilt. Jetzt sind sie alle eingefroren. – Jawohl, die Patientenvertretung hat sich bewegt, bitte schön.

**PatV:** Ich möchte noch einmal nachfragen und die Frage von meiner Kollegin noch einmal ein bisschen intensivieren. Auf die Frage, wie viele Kliniken denn nötig wären, um eine sachgemäße Versorgung von mindestens 40 Minuten oder weniger als 40 Minuten Fahrzeit hinzubekommen, gab es keine richtigen Antworten, außer die Aussicht, dass, wenn man das „zusätzlich“ nicht herausnimmt, die Versorgung schlecht werden würde. Also: Eine etwas bessere Quantifizierung würde uns schon weiterhelfen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer kann quantifizieren? – Herr Scheel? Herr Schneider? Also ich habe es so verstanden, dass Sie es nicht können. – Herr Scheel, bitte. Sie haben sich bewegt.

**Herr Scheel (GKiND):** Exakt quantifizieren können wir das natürlich nicht. Aber wir haben in unserer Stellungnahme eine Anlage beigefügt. Dort können Sie sehr genau die Regionen erkennen, wo wir jetzt schon eine schlechte Versorgung haben. Wir sind allerdings nicht mit dem Anspruch in die Diskussion gegangen, dass wir zusätzliche Kinderabteilungen eröffnen. Sondern unser Ziel ist, zu verhindern, dass weitere für die Versorgung notwendige Kinderabteilungen geschlossen werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Scheel! – Patientenvertretung?

**PatV:** Ja, schade. Wir würden eigentlich ganz gerne vom realen Ist-Bedarf ausgehen und dann schauen, wie man planen und sicherstellen könnte. Aber ich nehme zur Kenntnis, dass das nicht Ihr Ansatzpunkt war.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Gibt es weitere Fragen? Das sehe ich nicht. Dann setze ich erneut an: Ich bedanke mich ganz herzlich bei Frau Böhm, bei Herrn Professor Schneider, bei Herrn Professor Rödl und bei Herrn Scheel dafür, dass Sie uns hier Rede und Antwort gestanden haben.

Ich bedanke mich auch ausdrücklich noch einmal bei allen Stellungnehmern, die im schriftlichen Stellungnahmeverfahren sehr umfängliche und auch sehr konkrete Stellungnahmen eingebracht haben, die wir auszuwerten haben, und die wir dann in dem weiteren Entscheidungsprozess einbeziehen. Danke, dass Sie heute hier waren. – Damit ist die Anhörung beendet.

Schluss der Anhörung: 11:45 Uhr

### **13. Würdigung der Stellungnahmen**

Aufgrund der schriftlich und mündliche vorgetragenen Argumente zu den zur Stellungnahme gestellten Beschlussinhalten wird der Beschlussentwurf wie folgt geändert:

Es wird ein gendergerechter Sprachgebrauch übernommen.

#### **Position DKG**

Es wird eine Öffnungsklausel unter Beteiligung der zuständigen Landesbehörde in Anlehnung an § 3 Abs. 2 Satz 4 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern in den Beschlussentwurf eingefügt:

„§ 5 Abs. 1 Nr. 3: a) Kinderkliniken oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Allgemeinkrankenhäusern und

b) die Erfüllung der Kriterien des Moduls Basisnotfallversorgung Kinder gemäß § 25 Abs. 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V.

Sicherstellungszuschläge im Sinne dieser Regelungen können auch dann vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG Auflagen erlässt, die die notwendigen Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 b Satz 1 innerhalb eines festzulegenden Ermessenszeitraums sicherstellen.“

## 14. Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

12/11/2020 12:55 030184413788

BMG REFERAT 213

S. 01/02

Bundesministerium  
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 BerlinDr. Josephine Tautz  
Ministerialrätin  
Leiterin des Referates 213  
"Gemeinsamer Bundesausschuss,  
Strukturierte Behandlungsprogramme  
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in  
der GKV"

HAUSANSCHRIFT	Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT	11055 Berlin
TEL	+49 (0)30 18 441-4514
FAX	+49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL	213@bmg.bund.de
INTERNET	www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 12. November 2020  
AZ 213 - 21433 - 09

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 1. Oktober 2020**  
**hier: 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 Bevöl-**  
**kerung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 1. Oktober 2020 über eine Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird nicht beanstandet.

Es wird auf Folgendes hingewiesen:

Der Beschluss enthält unter Ziffer I. Nummer 4. Buchstabe d) eine Änderung in § 5 Absatz 2 Satz 2 und damit der ursprünglichen Vorgabe zur Vorhaltung von festangestellten Hebammen bzw. festangestellten Entbindungspflegern in der basisversorgungsrelevanten Fachabteilung für Gynäkologie oder Gynäkologie und Geburtshilfe. Gemäß des o.g. Beschlusses erfüllt ein Krankenhaus künftig die Vorgabe für einen Sicherstellungszuschlag auch dann, wenn anstelle einer festangestellten Hebamme oder eines festangestellten Entbindungspflegers eine Beleghebamme oder ein Entbindungspfleger innerhalb von 30 Minuten an 7 Tagen Rund-um-die-Uhr bei der Patientin verfügbar ist.

U-Bahn U 6:  
S-Bahn S1, S2, S3, S7:  
Straßenbahn M 1Oranienburger Tor  
Friedrichstraße

Seite 2 von 2

Aktuelle Analysen auf der Grundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser zeigen, dass in bayerischen Krankenhäusern, in denen besonders häufig Beleghebammen/Entbindungspfleger tätig sind, die Kaiserschnitttrate besonders hoch ist. Das BMG geht daher davon aus, dass der G-BA die Auswirkung der Neuregelung zeitnah durch geeignete Analysen überprüfen wird.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

  
Dr. Josephine Tautz

## 15. Beschluss

Veröffentlicht im BAnz am 8. Dezember 2020 (BAnz AT 08.12.2020 B3)



**Bundesanzeiger**

Herausgegeben vom  
Bundesministerium der Justiz  
und für Verbraucherschutz  
www.bundesanzeiger.de

**Bekanntmachung**

Veröffentlicht am Dienstag, 8. Dezember 2020  
BAnz AT 08.12.2020 B3

Seite 1 von 2

### Bundesministerium für Gesundheit

**Bekanntmachung  
eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen  
gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch:  
Erweiterung um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin  
als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung  
der Bevölkerung**

**Vom 1. Oktober 2020**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 1. Oktober 2020 beschlossen, die Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 24. November 2016 (BAnz AT 21.12.2016 B3), die durch die Bekanntmachung vom 18. Juni 2020 (BAnz AT 29.06.2020 B7) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I.

Die Regelungen werden wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 wird nach Nummer 2 vor dem Punkt folgende Nummer 3 eingefügt:  
„3. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3: 40 PKW-Fahrzeitminuten.“
- b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „Nummer 1“ die Wörter „oder für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt durch ein Komma. Nach der Angabe „Nummer 2“ wird die Angabe „oder Nummer 3“ eingefügt.
- c) In Satz 5 werden nach dem Wort „Einheiten“ die Wörter „sowie die Einwohnerinnen“ eingefügt.
- d) In Satz 6 werden nach den Wörtern „PKW-Fahrzeiten der“ die Wörter „Einwohnerinnen und“ eingefügt.
- e) In Satz 7 werden nach der Angabe „5 000“ die Wörter „Einwohnerinnen und“ eingefügt.
- f) Nach Satz 8 wird folgender Satz 9 eingefügt:  
„<sup>9</sup>Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 800 Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben PKW-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).“
- g) Der bisherige Satz 9 wird zu Satz 10.
- h) Im neuen Satz 10 wird nach den Wörtern „nach den Sätzen“ die Angabe „2 bis 8“ durch die Angabe „2 bis 9“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach der Angabe „100“ die Wörter „Einwohnerinnen und“ eingefügt.
- b) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Abweichend von Satz 2 liegt“ gestrichen. Nach der Angabe „Nummer 2“ wird das Wort „liegt“ eingefügt.
- c) Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:  
„<sup>4</sup>Für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 liegt ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 22 Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben je Quadratkilometer liegt.“
- d) Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5.
- e) Im neuen Satz 5 wird nach der Nummer 2 folgende Nummer 3 eingefügt:  
„3. für Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 40-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen.“
- f) Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6.



- g) Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:
- „<sup>1</sup>Für bestehende Krankenhäuser in Insellage gilt eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung abweichend vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Satz 2 bis 9 (Betroffenheitsmaß) und abweichend von Absatz 1 (geringer Versorgungsbedarf) grundsätzlich als gegeben.“
3. In § 5 wird Absatz 1 wie folgt geändert:
- a) Die Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst:
- „1. die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, und ab dem 19. Mai 2023 die Stufe der Basisnotfallversorgung gemäß Abschnitt III der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V und/oder“
- b) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende ersetzt durch die Wörter „und/oder“.
- c) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:
- „3. die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin und das Modul Basisnotfallversorgung Kinder gemäß § 25 Absatz 2 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.“
- d) Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:
- „<sup>2</sup>Für bestehende Krankenhäuser in Insellagen sind notwendige Vorhaltungen nach Satz 1 Nummer 1 die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind.“
- e) Der bisherige Satz 4 wird Satz 3.
- f) Satz 5 wird gestrichen.
4. In § 5 wird Absatz 2 wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „angestellte“ die Wörter „Ärztinnen und“ eingefügt.
- b) In Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Semikolon die Wörter „eine angestellte Fachärztin oder“ eingefügt.
- c) In Satz 1 Nummer 2 werden nach der Angabe „maximal 30 Minuten“ die Wörter „an der Patientin oder“ eingefügt.
- d) In Satz 2 wird nach der Angabe „nach Satz 1“ und nach den Wörtern „mindestens einer dieser“ das Wort „angestellte“ gestrichen.
- e) In § 5 Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „der Ziffern 1 und 2“ die Wörter „und Satz 2“ eingefügt.
- f) In § 5 Absatz 4 werden nach den Wörtern „eine Kooperation mit“ die Wörter „einer Fachärztin oder“ eingefügt.
5. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Nummer 1“ die Angabe „oder Nummer 3“ eingefügt.
- b) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „eine erhebliche Anzahl von“ die Wörter „Patientinnen und“ eingefügt.
- c) In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Krankenhaus nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ die Angabe „oder Nummer 3“ eingefügt.
6. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 werden nach der Angabe „1 000“ die Wörter „Einwohnerinnen und“ eingefügt.
- b) In Absatz 5 Satz 2 werden nach den Wörtern „Dabei wird den“ die Wörter „Einwohnerinnen und“ eingefügt.
7. In § 7 wird Absatz 8 wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden nach der Angabe „unter 50“ die Wörter „Einwohnerinnen und“ eingefügt.
- b) In Satz 1 werden nach den Wörtern „die Zahl der“ die Wörter „Einwohnerinnen und“ eingefügt.
- c) In Satz 1 wird die Angabe „§ 3 Satz 6“ durch die Angabe „§ 3 Satz 7“ ersetzt.
8. In § 7 Absatz 9 Satz 2 werden nach den Wörtern „das Testat“ die Wörter „einer Wirtschaftsprüferin oder“ eingefügt.

## II.

Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 1. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss  
 gemäß § 91 SGB V  
 Der Vorsitzende  
 Prof. Hecken