

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches So- zialgesetzbuch (SGB V)

Vom [Veröffentlichungsdatum]

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am [Veröffentlichungsdatum] folgende Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V beschlossen:

I. Die Regelungen werden wie folgt gefasst:

„

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

I. Allgemeines

§ 1 Zweck der Regelungen

¹Zweck 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. ²Ein 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

¹Gegenstand 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 Fahrtzeitminuten zur Überprüfung, ob ein anderes geeignetes Krankenhaus die Leistungen erbringen kann sowie einer Methodik zur Ermittlung der Fahrtzeitminuten,

4. die Festlegung von Bestimmungen zur Berücksichtigung von 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.

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

II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

§ 3 Flächendeckende Versorgung

¹Ein 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 sein.

DKG/KBV	GKV-SV
<p>²Zum Nachweis der Voraussetzung nach Satz 1 wird überprüft, ob flächendeckend eine Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrzeitminuten eines anderen geeigneten Krankenhauses vorliegt, und somit bei einer Schließung des Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wäre.</p>	<p>²Zum 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.</p>
	<p>³Die PKW-Fahrzeitminuten betragen</p> <p>für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1: 30 PKW-Fahrzeitminuten</p> <p>für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2: 45 PKW-Fahrzeitminuten.</p>
<p>³Geeignete Krankenhäuser sind die Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 (notwendige Vorhaltung) erfüllen.</p>	<p>⁴Geeignete 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 sind jeweils die Krankenhäuser, die die entsprechenden Voraussetzungen nach § 5 (notwendige Vorhaltungen) erfüllen.</p>
<p>⁴Bei der Ermittlung der Erreichbarkeit werden zunächst die geographischen Einheiten und Einwohner ermittelt, für die das Krankenhaus, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, das nächste (gemessen in PKW-Fahrzeitminuten) geeignete Krankenhaus ist.</p>	<p>⁵Bei 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.</p>
<p>⁵Anschließend werden die PKW-Fahrzeiten der Einwohner dieser geographischen Einheiten zum zweitnächsten geeigneten Krankenhaus ermittelt und</p>	<p>⁶Anschließend werden die PKW-Fahrzeiten der Einwohner dieser geographischen Einheiten zum zweitnächsten geeigneten Krankenhaus ermittelt und mit</p>

DKG/KBV	GKV-SV
<p>mit den PKW-Fahrzeiten nach Satz 4 verglichen.</p> <p>6Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner PKW-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).</p> <p>7Zur Berechnung der Parameter nach den Sätzen 2 bis 6 sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen, um das notwendige Maß an Genauigkeit zu gewährleisten.</p>	<p>den PKW-Fahrzeiten nach Satz 5 verglichen.</p> <p>7Eine 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 mindestens 5.000 Einwohner PKW-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).</p> <p>8Abweichend von Satz 7 liegt für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 dann eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 800 Kinder (Einwohner bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) PKW Fahrzeiten von mehr als 45 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).</p> <p>9Zur Berechnung der Parameter nach den Sätzen 2 bis 8 sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen, um das notwendige Maß an Genauigkeit zu gewährleisten.</p>

§ 4 Geringer Versorgungsbedarf

- (1) ¹Mit dem Sicherstellungszuschlag können nur Defizite aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs, nicht jedoch Defizite aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden. ²Ein geringer Versorgungsbedarf liegt vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km²) liegt.

DKG/KBV	GKV-SV
<p>³Das Versorgungsgebiet ergibt sich aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 30-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen.</p>	<p>³Abweichend von Satz 2 liegt für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 Kindern je Quadratkilometern (16 E. < 18 Jahre/km²) liegt.</p> <p>⁴Das Versorgungsgebiet ergibt sich</p> <p>1. für Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 30-</p>

<p>⁴Bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen.</p>	<p>PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen, 2. für Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 45-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen.</p> <p>⁵Bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen.</p>
---	---

- (2) Für bestehende Krankenhäuser in Insellage gilt unbeschadet des Betroffenheitsmaßes abweichend von Absatz 1 grundsätzlich ein geringer Versorgungsbedarf als gegeben.

§ 5 Notwendige Vorhaltungen

(1)

DKG/KBV	GKV-SV
<p>¹Notwendige Vorhaltungen sind die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind und/oder eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe.</p>	<p>¹Notwendige Vorhaltungen sind</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, oder 2. die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung.

²Der 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. ³Die nach Satz 2 zu beschließenden Ergänzungen gelten nicht für bestehende Krankenhäuser in Insellagen. ⁴Vorhaltungen, die nicht von den Regelungen nach Satz 1 und 2 umfasst sind, können bei der Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags nicht berücksichtigt werden.

- (2) 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. 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.

DKG/KBV	GKV-SV
<p>In Fachabteilungen für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe können die voranstehenden, in Nummer 2 geregelt</p>	<p>--</p>

Anforderungen zu den Qualifikationsnachweisen und zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals auch von Belegärzten erfüllt werden.	
---	--

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
--	² 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)

DKG/KBV	GKV-SV/PatV
¹ Sofern die Fachabteilungen den Voraussetzungen des Absatz 2 Ziffer 1 und 2 nicht entsprechen, ist im Einzelfall zu prüfen, ob im betroffenen Krankenhaus eine Organisationsstruktur besteht, die den inhaltlichen Anforderungen der Ziffern 1 und 2 entspricht. ² Die Prüfung und Feststellung nach Satz 1 obliegt der zuständigen Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG.	¹ Sofern die Fachabteilungen den Voraussetzungen des Absatz 2 Satz 1 Ziffer 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 entspricht. ² Die Prüfung und Feststellung nach Satz 1 obliegt der zuständigen Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG.

(4)

DKG/KBV	GKV-SV
Sicherstellungszuschläge für Fachabteilungen der Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe können nur unter der Voraussetzung vereinbart werden, dass die jeweilige Fachabteilung bei Antragstellung ein Jahr Bestand hat und das Krankenhaus eine Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin nachweist, soweit es nicht über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügt.	

§ 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

(1)

DKG/KBV/PatV	GKV-SV
<p>1Mit einem Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf die basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 unzureichende Qualität aufweist, kann ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG 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.</p> <p>2Liegt die geringe Auslastung des Krankenhauses noch unterhalb des Erwartungswertes aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs und gibt es deutliche Hinweise darauf, dass eine erhebliche</p>	<p>1Mit 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 unzureichende Qualität aufweist, kann ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG 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.</p> <p>2Mit 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.</p> <p>3Liegt 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</p>

DKG/KBV/PatV	GKV-SV
Anzahl von Patienten aufgrund von Qualitätsmängeln des Krankenhauses Fahrzeiten zu einem weiter entfernten Krankenhaus in Kauf nimmt, sollte die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags entfallen.	Krankenhaus in Kauf nimmt, sollte die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags entfallen.

(2)

DKG/KBV	GKV-SV/PatV
Geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweisen, sind bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung zu berücksichtigen, soweit die zuständige Landesbehörde den Versorgungsauftrag für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 nicht einschränkt oder entzieht.	<p>¹Geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweisen, sind bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung zu berücksichtigen, soweit die zuständige Landesbehörde den Versorgungsauftrag für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 nicht einschränkt oder entzieht.</p> <p>²Geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus nach § 5 Absatz 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 Nummer 2 unzureichende Qualität feststellt, sind bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung nicht zu berücksichtigen.</p>

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 KHEntgG.
- (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.
- (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 Raumbgliederungssystematik zu nutzen, die der niedrigsten geographischen Einheit (Marktzelle) durchschnittlich nicht mehr als 1.000 Einwohner zuweist.

- (5) ¹PKW-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. ²Dabei wird den Einwohnern einer Marktzelle ausgehend von dem geographischen Mittelpunkt der Marktzelle die gleiche Fahrzeit zugeordnet. ³Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 nicht erfüllen, werden bei der Berechnung der PKW-Fahrzeiten und der Bewertung der flächendeckenden Versorgung im Sinne dieser Vereinbarung nicht berücksichtigt. ⁴Nach Umsetzung des § 2a KHG werden die Auswirkungen der Verwendung des Kennzeichens nach § 293 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) ¹Weist ein Krankenhaus sowohl wegen eines geringen Versorgungsbedarfs nach § 4 als auch wegen unwirtschaftlicher Betriebsführung ein Defizit auf, kann ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden, sofern das Krankenhaus detailliert darlegt, welcher Anteil des Defizits auf den geringen Versorgungsbedarf zurückzuführen ist und welche Maßnahmen zur Beseitigung der Unwirtschaftlichkeit innerhalb der nächsten 12 Monate ergriffen werden. ²Maßgeblich für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags sind ausschließlich der geringe Versorgungsbedarf und das daraus resultierende Defizit. ³Der Nachweis nach Satz 1 ist jährlich gegenüber den Pfllegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG zu erbringen.

(8)

DKG/KBV	GKV-SV
<p>Liegt die Bevölkerungsdichte im Sinne des § 4 Absatz 1 unter 50 Einwohner je Quadratkilometer, so kann die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 KHEntgG im Einvernehmen mit den Pfllegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zahl der Einwohner nach § 3 Satz 6 bis auf 500 reduzieren, wenn räumliche Besonderheiten dies erfordern.</p>	<p>¹Liegt die Bevölkerungsdichte im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 2 unter 50 Einwohner je Quadratkilometer, so kann die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 KHEntgG im Einvernehmen mit den Pfllegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zahl der Einwohner nach § 3 Satz 6 bis auf 500 reduzieren, wenn räumliche Besonderheiten dies erfordern.</p> <p>²Liegt die Kinderdichte im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 3 unter 8 Kinder je Quadratkilometer, so kann die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 KHEntgG im Einvernehmen mit den Pfllegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zahl der Kinder nach § 3 Satz 7 bis auf 400 reduzieren, wenn räumliche Besonderheiten dies erfordern.</p>

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

II.

DKG	KBV/PatV/LV	GKV-SV
Die Änderung der Regelungen tritt am XX.XX.2018 in Kraft und findet für die Vereinbarungszeiträume ab dem Budgetjahr 2018 Anwendung.	Diese Regelungen treten am Tag. Monat 2018 mit der Maßgabe in Kraft, dass sie auf Vereinbarungszeiträume zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2017 Anwendung finden.	Diese Regelungen treten am Tag. Monat 2018 mit der Maßgabe in Kraft, dass sie auf Vereinbarungszeiträume zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2019 Anwendung finden.

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

Berlin, den [Veröffentlichungsdatum]

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

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

Vom xx.xx.2018

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 I. Allgemeines	2
2.2 II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen	4
2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4	4
2.2.2 Änderungen zu § 5	9
2.2.3 Änderungen zu § 6	13
2.3 III. Verfahrensbestimmungen.....	15
2.3.1 Änderungen zu § 7	15
2.4 Inkrafttreten der Änderung	15

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136c Absatz 3 SGB V als Grundlage für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) i. V. m. §5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bundeseinheitliche Vorgaben zu beschließen. Der G-BA hat insbesondere Vorgaben zu beschließen:

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

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 I. Allgemeines

DKG	GKV-SV
<p>Am 24.11.2016 hat der G-BA erstmalig Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beschlossen. In dieser Plenumsitzung wurde angekündigt, dass die Beratungen zur Erweiterung der sicherstellungszuschlagsrelevanten Leistungen um die Gynäkologie und Geburtshilfe wieder aufgenommen werden sollten, sobald die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vorliegen.</p> <p>Am 15.12.2016 beschloss der G-BA die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL). Als erste Leistungsbereiche wurden die Geburtshilfe, die gynäkologischen Operationen und die Mammachirurgie ausgewählt. Insgesamt wurden aus diesen Leistungsbereichen 11 Qualitätsindikatoren ausgewählt (Geburtshilfe: fünf Indikatoren, gynäkologische Operationen: drei Indikatoren, Mammachirurgie: drei Indikatoren).</p>	<p>Der G-BA hat in seinem Plenum 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.</p> <p>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. Ausschlaggebend dafür, dass die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Geburtshilfe im November 2016 zunächst nicht Teil des G-BA Beschlusses wurden, waren die von den Fachgesellschaften und</p>

In der Sitzung des Unterausschusses „Bedarfsplanung“ am 15.05.2017 wurde die Thematik erneut aufgerufen und die AG Sicherstellungszuschläge mit der Beratung dieser Fragestellung beauftragt.

den Landesplanungsbehörden angeführten Qualitätsprobleme von Geburtshilfen mit geringer Fallzahl. Der GKV-Spitzenverband hat für die Ausweitung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auf basisversorgungsrelevante Leistungen der Geburtshilfe den vorliegenden Beschlussvorschlag eingebracht, der als notwendige Vorhaltung sowohl eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe als auch eine pädiatrische Fachabteilung vorsieht. Die Vorhaltung beider Fachabteilungen am Standort gewährleistet eine qualitativ hochwertige Versorgung, die die Anforderungen der maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften erfüllt. Der durch Sicherstellungszuschläge erhaltenswerte Standard der Grundversorgung speziell von Kindern ist demnach durch die Kombination beider Fachabteilungen definiert. Ferner ist vorgesehen, dass für Standorte, die laut planungsrelevanter Qualitätsindikatoren eine unzureichende Qualität aufweisen, kein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist. Die im Regelungsentwurf des GKV-Spitzenverbandes vorgesehene Erreichbarkeitsnorm liegt bei 45 Minuten Pkw-Fahrzeit. Sie ist als Maximalwert medizinisch vertretbar. Gleichzeitig entspricht dieser Wert einer auch für den dünn besiedelten ländlichen Raum realistischen Untergrenze der auch heute schon in Deutschland akzeptierten Fahrzeit. Der Regelungsentwurf sieht ferner eine spezifische Erfassung der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe (d. h. Einwohner bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) vor. Eine spezifische Erfassung ist notwendig, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Bevölkerungsentwicklung (insbesondere die Zahl der Geburten bzw. der Kinder) in Deutschland regional sehr heterogen ist, zum Teil deutlich von der Verteilung der Gesamtbevölkerung abweicht und sich im Zeitablauf verändert.¹

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

2.2 II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4

DKG	GKV-SV
<p>Beibehaltung der bestehenden Vorgaben zur flächendeckenden Versorgung, zum geringen Versorgungsbedarf und zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen</p> <p>In den Regelungen 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 wird ausgeführt, dass Zweck dieser Regelungen ist, 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. 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.</p> <p>Hierfür wurde bereits in den bestehenden Regelungen eine Festlegung bezüglich der Erreichbarkeit alternativer Krankenhäuser in Minuten inklusive des notwendigen Betroffenheitsmaßes getroffen. Da die Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe wohnortnah und flächendeckend zu erbringen sind und häufig in Anspruch genommen</p>	<p>Zu § 3 Sätze 2 bis 9:</p> <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 ist für die Erweiterung der Sicherstellungsregelungen um die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung anzupassen, um eine für den ländlichen Raum realistische Untergrenze zu definieren, die gleichzeitig einen unter medizinischen Gesichtspunkten vertretbaren Schwellenwert darstellt. Diese Anpassung und notwendige, formale Folgeänderungen werden in den Sätzen 2 bis 6 umgesetzt. Dabei ist folgender Grundsatz zu berücksichtigen, der in der 204. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe pointiert formuliert wurde: <i>„Nicht kurze Wege, sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, erhöht die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind.“</i>⁵ Im Unterschied zu den basisversorgungsrelevanten Leistungen der Inneren Medizin und der Chirurgie ist demnach ein hoher Versorgungsstandard für die Leistungen der Geburtshilfe und Pädiatrie deutlich wichtiger als ein niedrigerer Erreichbarkeitsstandard. Ähnlich argumentiert die Deutsche</p>

⁵ 204. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2014), dokumentiert in Drucksache 18/3338: Bericht der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein (2015), S. 84.

werden, handelt es sich hierbei um basisversorgungsrelevante Leistungen. Aufgrund dessen sind die bestehenden Vorgaben auch für die Gynäkologie und Geburtshilfe sachgerecht und es werden 30 PKW Fahrzeitminuten zugrunde gelegt. So wird derzeit auch von der Politik für den Bereich der Geburtshilfe eine wohnortnahe Versorgung gefordert (vgl. Ergebnisse der Sondierungsgespräche von CDU, CSU und SPD, Finale Fassung vom 12.01.2018). Diese Forderung steht im Einklang mit dem 7. Thüringer Krankenhausplan (2017), der der Gynäkologie und Geburtshilfe, einen primär regionalen Versorgungsauftrag zuweist und damit wohnortnah vorgehalten werden soll. Auch der Landeskrankenhausplan NRW führt hierzu aus, dass für die Erreichbarkeit der Begriff der Wohnortnähe bei den Angeboten der örtlichen Versorgung von entscheidender Bedeutung sei. Er würde im Wesentlichen geprägt durch die Entfernung und die zeitliche Komponente zur Überbrückung dieser Entfernung. Eine wohnortnahe Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, sei danach dann sichergestellt, wenn ein Krankenhaus grundsätzlich nicht weiter als 15 bis 20 km entfernt sei, es sei denn, dass wegen topographischer oder verkehrsinfrastruktureller Gegebenheiten das Krankenhaus nicht in der sonst üblichen Zeit erreichbar und eine kürzere Entfernung angemessen ist.

Damit soll ein Krankenhaus der örtlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten in kürzerer Entfernung als 20 km liegen.² Die örtliche Versorgung würde überwiegend die allgemeine Innere Medizin und die allgemeine Chirurgie und mit Einschränkungen die Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfassen.³ Die Versorgung von Neugeborenen wird anhand eines zweistufigen Konzeptes, bestehend aus Perinatalzentren (PZ) und geburtshilflicher Regelversorgung, geplant. Die ortsnahe

Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., der Dachverband der großen pädiatrischen Fachgesellschaften (u. a. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.), die schon in 2012 angesichts des demografischen Wandels und der strukturellen Herausforderungen der Kinder- und Jugendmedizin die Erreichbarkeit einer stationären Einrichtung für Kinder und Jugendmedizin in maximal 40 Pkw-Fahrzeitminuten als ausreichend angesehen hat.⁶

Dieses Paradigma kommt auch in der Krankenhausplanung der Länder zum Ausdruck, die überwiegend sowohl die Geburtshilfe als auch die pädiatrische Fachabteilung nicht der einfachen Grundversorgung sondern einer höheren Versorgungsstufe zuordnen. Eine Erreichbarkeitsuntergrenze deutlich oberhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten sehen auch die Empfehlungen des Abschlussberichts „Runder Tisch Geburtshilfe“ vor, der vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen unter Beteiligung maßgeblicher medizinischer Fachgesellschaften (u. a. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.) erarbeitet und im Jahr 2015 veröffentlicht wurde. Dieser empfiehlt, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen können solle.⁷ Die im Regelungsvorschlag des GKV-Spitzenverbands vorgesehene Fahrzeitnorm in Höhe von 45 Minuten Pkw-Fahrzeit entspricht damit einer auch für den ländlichen Raum realistischen Untergrenze, die gleichzeitig unter medizinischen Gesichtspunkten sachgerecht ist.

² Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013), Krankenhausplan NRW 2015; S. 23, abrufbar unter: https://www.mhkgb.nrw/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenhausplan_NRW_2015/index.php

³ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013), Krankenhausplan NRW 2015; S. 34, abrufbar unter: https://www.mhkgb.nrw/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenhausplan_NRW_2015/index.php

⁶ 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>.

⁷ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe, Düsseldorf 2015, S. 13, abrufbar unter: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/staatskanzlei/abschlussbericht-runder-tisch-prostitution-nrw-englische-uebersetzung/1929>.

Versorgung findet weiterhin in Geburtskliniken (Entbindung reifer Neugeborener ohne Risiko) statt. Grundsätzlich umfasst damit die örtliche Versorgung in Nordrhein-Westfalen auch die Gynäkologie und Geburtshilfe.

Eigene Berechnungen zur Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses unter Zugrundelegung von sog. „PLZ8 Gebieten“ (n = 82.740)⁴ haben ergeben, dass im Mittel eine Strecke von 19,6 km einer 30-minütigen Fahrzeit entspricht. Dies entspricht der Vorgabe einer örtlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen.

Bei Zugrundelegung der Auswertung einer Erreichbarkeitsanalyse aller „PLZ8-Gebiete“ (n = 82.740) zum nächsten Krankenhaus mit einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe oder Geburtshilfe (n = 739) zeigt sich, dass 95 Prozent der Bevölkerung eine Fahrzeit von maximal 30 Minuten benötigt.

Bei Betrachtung ausschließlich der relevanten Krankenhäuser mit einer durchschnittlichen Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses (30 Minuten Radius) und weniger als 100 Einwohnern je Quadratkilometern („geringer Versorgungsbedarf“) benötigen immer noch knapp 80 Prozent der Bevölkerung eine Fahrzeit von maximal 30 Minuten (4,1 Mio. Einwohner, 81 Krankenhäuser). 88 % der Bevölkerung in diesen Gebieten benötigen eine Fahrzeit von 35 Minuten oder weniger. Nur 5,5 % der Bevölkerung benötigt derzeit eine Fahrzeit von mehr als 40 Minuten

Diese Ergebnisse zeigen, dass eine Anhebung der Erreichbarkeitsschwelle für die Sicherstellungsregelungen der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe an der derzeitigen Versorgungsstruktur vorbeigehen würde. Bei einer Erhöhung

Zu berücksichtigen ist ferner, dass diese Erreichbarkeitsnorm in einigen Ländern bereits heute dem Ist-Stand der Versorgung im ländlichen Raum entspricht. Beispielsweise stellt der Bericht der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in 2015 fest, dass bei normalen Straßenverhältnissen von jeder Gemeinde Schleswig-Holsteins innerhalb von 45 Pkw-Fahrzeitminuten eine Geburtsklinik erreicht werden kann.⁸

Auch eine bundesweite Analyse illustriert nachdrücklich, dass Erreichbarkeitsnormen unterhalb von 45 Pkw-Fahrzeitminuten im Bereich der Geburtshilfe den Status quo im ländlichen Raum unzureichend abbilden würden. Ausgewertet wurde dazu die Erreichbarkeit von Standorten mit einer Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe im dünn besiedelten ländlichen Kreisen nach dem Konzept der siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesamtes für Bau-, Stadt- und Raumforschung.⁹ 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 5.000 Einwohner mehr Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um eine Geburtsklinik zu erreichen. Die Auswertung zeigt beispielsweise, dass schon heute in 82 Prozent der ländlichen Kreise mindestens 5.000 Einwohner länger als 30 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um die nächste Geburtsklinik zu erreichen.

⁴ Eigene Berechnungen DKG: Mittels der "PLZ8 Gebiete" ist eine Raumgliederung möglich, die nicht nur kleinräumiger als die offiziellen Postleitzahl-Gebiete ist, sondern durch die Zusammenfassung von je ca. 500 Haushalten in einem Gebiet auch wesentlich homogener. Für „PLZ8 Gebiete“ werden die ca. 8.200 PLZ5-Gebiete Deutschlands jeweils mit einer zusätzlichen dreistelligen Nummer codiert. Dabei wurden alle PLZ in Bereiche unterteilt, die im Durchschnitt 500 Haushalte aufweisen, während die PLZ5-Gebiete im Mittel 10.000 Einwohner mit einer Streuung von 0 bis 50.000 enthalten.

⁸ Bericht der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein (2015): S. 56.

⁹ Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2016) Laufende Raumbearbeitung – Raumabgrenzungen: Siedlungsstrukturelle Kreistypen, Bonn, abrufbar unter: http://www.bbsr.bund.de/cn_032/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbearbeitung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html

der Erreichbarkeitsschwelle wäre die Gefahr eines weiteren Kapazitätsabbaus gegeben.

Die Notwendigkeit einer Anpassung des Wertes für das Betroffenheitsmaß wird ebenfalls nicht gesehen. Theoretisch wäre es am sachgerechtesten, wenn als Bezugsgröße der Anteil der Frauen im gebärfähigen Alter verwendet würde. Hierzu stehen aufgrund der Kleinteiligkeit der betrachteten Regionen keine statistischen Daten zur Verfügung. Auch eine hilfswise Betrachtung des Kinderanteils der Bevölkerung ist nicht sachgerecht, weil sich dadurch unklare Steuerungswirkungen ergeben können (gegenläufige Auswirkung bei Betroffenheitsmaß und Einwohnerdichte). Daher finden die bestehenden Vorgaben in der Form auch für die Gynäkologie und Geburtshilfe Anwendung.

Die bestehende Definition eines geringen Versorgungsbedarfs (Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer) wird zum derzeitigen Zeitpunkt ebenfalls beibehalten, obwohl dieser Wert als deutlich zu niedrig anzusehen ist. Bei der Berechnung der Bevölkerungsdichte werden auch sogenannte Mittelzentren miteinbezogen. Dadurch besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser, die für die Versorgung in sehr dünn besiedelten Regionen (<100 E/km²) notwendig sind, aber aufgrund ihrer Ansiedelung in einem Mittelzentrum den Wert von 100 Einwohnern pro km² in dem definierten Radius überschreiten.

Die Verknüpfung mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Gynäkologie und Geburtshilfe wird durch den bestehenden § 6 Absatz 1 Satz 1 Sicherstellungszuschläge-Regelungen umgesetzt. Dieser regelt, dass mit einem Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweist, ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden kann, sofern die zuständige Landesbehörde in Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung erlässt.

Tabelle 1: Erreichbarkeit stationärer Geburtshilfe in dünn besiedelten ländlichen Kreisen¹⁰

	Pkw-Fahrzeitminuten				
	50	45	40	35	30
Anteil ländlicher Kreise, in denen jeweils mehr als 5.000 Einwohner mehr als die genannten Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um einen Standort mit der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe zu erreichen	5 %	14 %	32 %	55 %	82 %

Quelle: Abrechnungs- und Leistungsdaten der Krankenkassen 2016

Auch ein Erreichbarkeitsschwellenwert von 40 Pkw-Fahrzeitminuten wird in über 30 Prozent der dünn besiedelten ländlichen Kreise für jeweils mindestens 5.000 Einwohner nicht erfüllt. Insgesamt zeigt sich: Erreichbarkeitsvorgaben unterhalb von 45 Pkw-Fahrzeitminuten für Vorhaltungen, die die Fachabteilung Geburtshilfe umfassen, gehen an der Realität in dünn besiedelten ländlichen Regionen vorbei. Es würden damit die Bemühungen vor Ort um eine qualitätsorientierte und zukunftsfeste Versorgungsstruktur im Bereich der Geburtshilfe und der Pädiatrie konterkariert.

In den Sätzen 7 bis 9 werden die Voraussetzungen für eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Blick auf das Betroffenheitsmaß für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung sowie für basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung

¹⁰ Definition des Kreistyps „dünn besiedelt und ländlich“ nach laufender Raumbearbeitung – Raumabgrenzungen: Siedlungsstrukturelle Kreistypen, abrufbar unter: http://www.bbsr.bund.de/cn_032/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbearbeitung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html.

Diese Regelung bietet die Gewähr, dass nur dann ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden kann, wenn die Landesbehörde Auflagen zur Qualitätssteigerung erlässt und darüber insgesamt eine Einigkeit der Selbstverwaltungsparteien vor Ort hergestellt wird.

Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und einer pädiatrischen Fachabteilung definiert.

Ausgehend von der bisherigen Regelung, die eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung als gefährdet einstuft, wenn bei Schließung des Krankenhauses mindestens 5.000 Einwohner zusätzlich eine Pkw-Fahrzeit von mehr als 30 Minuten erreichen, wird für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und einer pädiatrischen Fachabteilung entsprechend des bundesdurchschnittlichen Kinderanteils (Einwohner bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) von ca. 16 Prozent.¹¹ 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 Infrastruktur¹², erfasst jedoch spezifischer, wie sich Kinder (und damit auch Neugeborene bzw. Geburten) im Raum verteilen.

Zu § 4 Absatz 1 Sätze 3 bis 5

Die bisherigen Regelungen sehen für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung einen geringen Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km²) liegt. Ausgehend von diesen Regelungen sieht Satz 3 des Regelungsentwurfs vor, dass für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und einer pädiatrischen Fachabteilung unter Berücksichtigung des bundesdurchschnittlichen Kinderanteils ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von

¹¹ Statistisches Bundesamt (2016). Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011, Fachserie 1, Reihe 1.3 – 2015, Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.

¹² Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI), Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.) (2016). Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Leitfaden für die Praxis. Berlin, Bonn.

	16 Kindern je Quadratkilometer (16 E. < 18 Jahre/km ²) liegt. Satz 4 stellt klar, dass das Versorgungsgebiet für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und einer pädiatrischen Fachabteilung, analog zu der in § 3 Satz 3 für diese Vorhaltungen definierten Erreichbarkeitsnorm, die bewohnten geografischen Einheiten im 45 Pkw-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus umfasst.
--	---

2.2.2 Änderungen zu § 5

DKG/KBV	GKV-SV
<p>Zu § 5 Absatz 1</p> <p>Die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung ist ein wesentlicher Qualitätsaspekt der Krankenhausversorgung in Deutschland.</p> <p>Der G-BA hat die gesetzliche Aufgabe, eine Vorgabe zu der Frage zu beschließen, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist. Bei der Festlegung, welche Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig vorzuhalten sind, ist ein enger Maßstab anzuwenden. Neben Leistungen der Notfallversorgung (im Sinne der rettungsdienstlichen Definition) können Leistungen einbezogen werden, bei denen unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung erforderlich ist.</p> <p>Im Fokus dieser Betrachtung stehen daher die für die Grundversorgung notwendigen Leistungen bzw. Leistungsbereiche und nicht das ggf. für die Notfallversorgung relevante gesamte Spektrum an Leistungen des Krankenhauses. Im Sinne dieser Regelung ist die Versorgung mit der für die Basisversorgung relevanten Leistungen zu betrachten und sicherzustellen. Für jede als relevant erkannte Leistung bzw.</p>	<p>Zu § 5 Absatz 1 Satz 1</p> <p>Die bisherige Regelung der notwendigen Vorhaltungen wird ergänzt, um die Ausweitung der Sicherstellungszuschlagregelungen auf die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Geburtshilfe und der Pädiatrie zu ermöglichen. Die Regelung sieht vor, dass am Standort eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung vorgehalten werden muss. Das bedeutet auch, dass die notwendigen Vorhalten beider Fachabteilungen durch Sicherstellungszuschläge finanziert werden können. Inhaltlich wird damit eine zentrale Anforderung der medizinischen Fachgesellschaften aufgegriffen, die eine kombinierte Vorhaltung der geburtshilflichen und einer pädiatrischen Versorgung am Standort fordern, um die Sicherheit für Mütter und Kinder zu erhöhen.¹³ Die notwendige kinderärztliche 24-Stunden-Versorgung einer Fachabteilung kann dabei nicht mit einer kinderärztlichen Versorgung durch Belegärzte, Konsiliarärzte oder Kooperationen mit größeren Kliniken gleichgesetzt werden.¹⁴</p>

¹³ 204. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2014), Dokumentiert in Drucksache 18/3338: Bericht der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein (2015), S. 84

¹⁴ Bericht der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein (2015), S. 54

Leistungsbereiche ist daher die flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

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

Die Leistungen der Inneren Medizin oder der Chirurgie oder der Gynäkologie und Geburtshilfe sind somit im Sinne dieser Regelungen basisversorgungsrelevante Leistungen.

Eine Nichtberücksichtigung der Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe oder Geburtshilfe in der Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarungen von Sicherstellungszuschlägen erfolgte aufgrund der zu diesem Zeitpunkt noch fehlenden Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.

Das Krankenhaus verfügt über eine nachgewiesene Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (soweit es nicht selbst eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorhält). Mit dieser Vorgabe wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser den planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ grundsätzlich einhalten können. Eine eigenständige Fachabteilung ist nicht notwendig, da insbesondere die für die Sicherstellungszuschläge relevanten Geburtskliniken in ländlichen Regionen über ein definiertes Behandlungsspektrum verfügen. In der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) werden die Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV zugeordnet. In dieser Versorgungsstufe kann die Geburtshilfe sowohl hauptamtlich als auch belegärztlich geführt werden; über eine Pädiatrie verfügen die

<p>Einrichtungen der Versorgungsstufe IV nicht. Je nach dem Risikoprofil des Früh- oder Reifgeborenen soll eine differenzierte Zuweisung in eine adäquate Versorgungsstufe erfolgen. Alle Schwangeren mit einer zu erwartenden Behandlungsnotwendigkeit der Mutter oder des Neugeborenen sind risikoadaptiert bereits präpartal (vor der Geburt) in eine Einrichtung der höheren Versorgungsstufe zu verlegen. Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV sind für die flächendeckende wohnortnahe Versorgung notwendig.</p> <p>Kooperationen im Sinne dieser Regelungen setzen verbindliche Strukturen voraus. Dies beinhaltet eine schriftliche Vereinbarung mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin inklusive einer notwendigen Vertretungsregelung im Verhinderungsfalle (z. B. Urlaub).</p>	
--	--

DKG/KBV	GKV-SV/PatV
<p>Zu § 5 Absatz 2</p> <p>In § 5 Absatz 2 wird im Sinne dieser Regelung der Fachabteilungsbegriff definiert. Hierbei wird bisher vorausgesetzt, dass es sich bei den Ärzten der Fachabteilung, die die Anforderungen des § 5 Absatz 2 erfüllen, um angestellte Ärzte handeln müsse. Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe und Fachabteilungen für Geburtshilfe werden organisatorisch häufig als Belegabteilungen geführt und verfügen demnach nicht über angestellte Ärzte. Dies betrifft im Jahr 2016 insgesamt 144 Fachabteilungen (Daten nach § 21 KHEntgG), sodass vielerorts durch Belegärzte die notwendige Versorgung sichergestellt wird. Ein basisversorgungsrelevantes Krankenhaus im Sinne dieser Regelung, ist nach § 108 SGB V zugelassen, trägt damit zu einer bedarfsgerechten Versorgung nach § 1 Abs. 1 KHG bei und muss unter den in der Regelung definierten Voraussetzungen für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar sein, weil bei Schließung des Krankenhauses kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann. Eine definitorische Einengung des Begriffes auf Hauptfachabteilungen stellt insbesondere im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe eine massive</p>	<p>Zu § 5 Absatz 2 Satz 2</p> <p>Da gemäß § 4 Absatz 1 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) die Ärztin und der Arzt verpflichtet sind, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird, hat auch das Krankenhaus dies zu erfüllen und muss damit die Bereitstellung einer/s Hebamme/Entbindungspflegers, die/der physiologisch normale Geburten eigenverantwortlich leiten kann und mit der Qualitätssicherung der Klinik vertraut ist, innerhalb einer angemessenen Zeit gewährleisten. Die angestellte Hebamme wird damit auch Teil der Vorhaltungen, die durch Sicherstellungszuschläge finanziert werden kann. Soweit Satz 2 bestimmt, dass angestellte Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses der Fachabteilung zugeordnet sind, wird damit lediglich gefordert, dass ein Kernbestand an angestellten Hebammen/Entbindungspflegern der Abteilung zugeordnet sein muss.</p>

Ungleichbehandlung dar, sodass eine Öffnung für Fachabteilungen, die als Belegabteilungen an Krankenhäusern, welche nach § 108 SGB V zugelassen sind geführt und demnach beplant werden, zwingend notwendig ist. Beispielsweise in Bayern werden insbesondere über Belegabteilungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe oder Geburtshilfe große Teile der Versorgung sichergestellt.

Weitergehende Vorgaben bezüglich Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen, wie sie beispielsweise durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. in den „*Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung*“¹⁵ beschrieben werden, sind im Rahmen dieser Regelungen nicht geeignet, da insbesondere die für die Sicherstellungszuschläge relevanten Geburtskliniken in ländlichen Regionen, die über ein definiertes Behandlungsspektrum verfügen und die der Versorgungsstufe IV zugeordnet sind, bisher auch nicht Eingang in bestehende G-BA-Regelungen bezüglich z. B. der personellen Ausstattung mit Hebammen bzw. Entbindungspflegern gefunden haben. Zur Frage der personellen Ausstattung wird im Bericht der Landesregierung zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein ausgeführt: *„Die Krankenhausträger der Geburtskliniken stehen in der Verantwortung, die Einhaltung der „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung“ der Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sicherzustellen. Dieses gilt insbesondere für die personelle Ausstattung mit Hebammen, ärztlichem und pflegerischem Personal.“*¹⁶ Dieses gilt unabhängig von einem eventuellen Sicherstellungszuschlag für alle Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe. Grundsätzlich müssen die grundlegenden Qualitätsanforderungen in den entsprechenden allgemeingültigen Richtlinien definiert werden und nicht im Rahmen der

Zu § 5 Absatz 3

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

¹⁵ entnommen: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Bericht der Landesregierung zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein, Drucksache 18/3338 vom 08.08.2015, Anlage 2

¹⁶ Schleswig-Holsteinischer Landtag, Bericht der Landesregierung zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein, Drucksache 18/3338 vom 08.08.2015, Seite 86

<p>Regelungen über Sicherstellungszuschläge, da dieses nicht der gesetzlichen Zielsetzung entspricht.</p> <p>Sicherstellungszuschläge für Fachabteilungen der Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe können unter der Voraussetzung vereinbart werden, dass die jeweilige Fachabteilung bei Antragsstellung ein Jahr Bestand hat. Damit wird das Ziel verfolgt, dass nur die geburtshilflichen Fachabteilungen einen Sicherstellungszuschlag erhalten können, welche bereits einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die wohnortnahe Versorgung haben.</p>	
--	--

2.2.3 Änderungen zu § 6

DKG/KBV/PatV	GKV-SV
	<p>Zu § 6 Absatz 1 Satz 1</p> <p>Die vorgesehene Differenzierung der notwendigen Vorhalten nach § 5 Absatz 1 Nummern 1 und 2 zieht eine differenzierte Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach sich.</p> <p>Zu § 6 Absatz 1 Satz 2 und 3</p> <p>Schon in den Plenumsberatungen zur Erstfassung des Beschlusses nach § 136 Absatz 3 SGB V im November 2016 wurde erörtert, dass für die Geburtshilfe ein Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität existiert und daher die Finanzierung kleiner Versorgungseinheiten durch Sicherstellungszuschläge problematisch sei. Dieser Zusammenhang stelle auch den Unterschied von Geburtshilfe zu Chirurgie und Innerer Medizin dar. Maßgeblich aus diesem Grund war die Geburtshilfe nicht Gegenstand der Regelungen, die im November 2016 beschlossen wurden. Stattdessen wurde vereinbart, dass nach der im Dezember 2016 erfolgten Beschlussfassung zu den planungsrelevanten</p>

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

DKG/KBV	GKV-SV/PatV
	<p>Zu § 6 Absatz 2 Satz 2</p> <p>Um die Konsistenz der Regelungen mit Blick auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sicherzustellen, wird in Absatz 2 Satz 2 eingefügt. Demnach sind Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus nach § 5 Absatz 1 Nummer 2, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, bei der Berechnung der Erreichbarkeit nicht zu berücksichtigen, sofern das Institut nach § 137a SGB V in dem Jahr vor dem jeweiligen Vereinbarungsjahr im Rahmen seiner fachlichen Bewertung nach § 11 Absatz 8 plan. QI-RL für das vorangegangene Erfassungsjahr bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf eine oder mehrere der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 unzureichende Qualität feststellt hat.</p>

2.3 III. Verfahrensbestimmungen

2.3.1 Änderungen zu § 7

DKG/KBV	GKV-SV
	<p>Zu § 7 Absatz 8 Satz 1</p> <p>Die Anpassungen dienen der Präzisierung der bisherigen Regelungen bzw. der Beseitigung eines redaktionellen Fehlers.</p> <p>Zu § 7 Absatz 8 Satz 2</p> <p>Die Regelung nach Satz 2 formuliert für die Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 (Fachabteilungen Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und Pädiatrie) eine Öffnungsklausel für das Betroffenheitsmaß nach § 3 Satz 7 zur Berücksichtigung räumlicher Besonderheiten. Abgeleitet ist die Systematik aus der bestehenden Regelung nach Satz 1, die für die Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 (Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung) ebenfalls eine Öffnungsklausel für das Betroffenheitsmaß zwecks Berücksichtigung räumlicher Besonderheiten formuliert.</p>

2.4 Inkrafttreten der Änderung

DKG	GKV-SV
<p>Ein Inkrafttreten der Änderungen der Sicherstellungszuschlagsregelungen erfolgt im Laufe des Jahres 2018. Um für Krankenhäuser die Möglichkeit zu schaffen, bereits für das Budgetjahr 2018 einen Anspruch geltend zu machen, ist explizit aufgeführt, dass die Änderung der Regelungen für die Vereinbarungszeiträume ab dem Budgetjahr 2018 Anwendung findet.</p>	<p>Ein Inkrafttreten der Änderungen der Sicherstellungszuschlagsregelungen erfolgt im Laufe des Jahres 2018. 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.</p>

Da in der Praxis der weit überwiegende Anteil der Budgetvereinbarungen für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum nicht prospektiv abgeschlossen, sondern regelhaft erst ab dem 2. Halbjahr des Vereinbarungszeitraumes geführt werden, muss die Möglichkeit bestehen, bereits für das Budgetjahr 2018 einen Anspruch geltend machen zu können. Für Krankenhäuser, die bereits vor dem Inkrafttreten der Änderungen eine Budgetvereinbarung 2018 abgeschlossen haben, besteht die Möglichkeit eine Vorbehaltsklausel in die Budgetvereinbarung aufzunehmen, um den Anspruch zu wahren.

Analog dazu ist vorzusehen, dass die voraussichtlich Mitte 2018 inkrafttretenden Änderungen der Sicherstellungszuschlagsregelungen mit der Maßgabe versehen werden, dass sie auf Vereinbarungszeiträume zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2019 Anwendung finden. Hintergrund ist, dass die Budgetverhandlungen gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG prospektiv zu führen sind. Daher ist der frühestmögliche Vereinbarungszeitraum für Sicherstellungszuschläge auf Grundlage der neuen Regelungen das Budgetjahr 2019.

3. Würdigung der Stellungnahmen

(...)

4. Bürokratiekostenermittlung

(...)

5. Verfahrensablauf

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

Berlin, den TT.MM.JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

(...)



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von
Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Berlin, 06.03.2018

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 06.02.2018 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V aufgefordert.

Erstfassung der Regelungen

Die Erstfassung der Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen war am 24.11.2016 beschlossen worden. Zweck der Regelung ist es, bundeseinheitliche Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge festzulegen. Diese werden an Krankenhäuser vergeben, die aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs die Vorhaltung von basisversorgungsrelevanten Leistungen nicht kostendeckend finanzieren können und bei deren Schließung die flächendeckende Versorgung gefährdet ist, da kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann. Die Voraussetzungen sind dabei folgendermaßen definiert:

- **Geringer Versorgungsbedarf:** durchschnittliche Einwohnerdichte unterhalb 100 Einwohner je Quadratkilometer (E/km²)
- **Basisversorgungsrelevante Vorhaltungen:** Fachabteilung Innere Medizin und Fachabteilung Chirurgie einschließlich der Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung
- **Gefährdung der flächendeckenden Versorgung:** durch die Schließung des Krankenhauses müssen zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner PKW-Fahrminuten von mehr als 30 Minuten aufwenden, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß)

Bezogen auf die Versorgung von Notfällen sollen die notwendigen Vorhaltungen um Vorgaben zur untersten Stufe des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern ergänzt werden, sobald der Beschluss des G-BA hierzu vorliegt.

Die Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen beziehen sich auch auf planungsrelevante Qualitätsindikatoren (planQI). Bisher kann ein Krankenhaus, das bei planQI unzureichende Qualität aufweist, Sicherstellungszuschläge erhalten, solange Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung erlassen werden. Dies gilt gleichermaßen für Krankenhäuser, die als Alternative bei Schließung des Sicherstellungszuschläge beantragenden Krankenhauses in Frage kommen.

Nach § 5 Absatz 3 können die Landesplanungsbehörden im Einzelfall prüfen, ob in einem Krankenhaus eine Organisationsstruktur besteht die den inhaltlichen Anforderungen bezüglich der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen entsprechen.

Änderungen im aktuellen Beschlussentwurf

Die nun vorgelegten Änderungen der Regelungen wurden vorgenommen, da das Plenum bei der initialen Beschlussfassung festgelegt hatte, dass die Beratungen zur Aufnahme der Geburtshilfe in die Regelungen zu Sicherstellungszuschlägen erst nach einer Beschlussfassung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI) für die Geburtshilfe erfolgen sollten. Am 15.12.2016 hat der G-BA die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in den Bereichen Geburtshilfe, gynäkologische Operationen und Mammachirurgie vorgelegt, und aus diesen Leistungsbereichen insgesamt 11 Qualitätsindikatoren ausgewählt. Im Nachgang wurden nun die Beratungen zu den Sicherstellungszuschlägen wieder aufgenommen.

In dem nun vorgelegten Entwurf werden zwei unterschiedliche Ansätze zur Umsetzung vorgestellt, zum einen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärzt-

lichen Bundesvereinigung (KBV), zum anderen vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV). Die Patientenvertretung unterstützt unterschiedliche Standpunkte beider Seiten.

Vorschlag von DKG/KBV:

In diesem Vorschlag gibt es kaum Änderungen zur vorherigen Regelung.

Die notwendigen Vorhalten (bislang Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Notfallversorgung) werden um eine Fachabteilung „Geburtshilfe“ oder „Gynäkologie und Geburtshilfe“ ergänzt, dabei sollen die „Anforderungen zu den Qualifikationsnachweisen und zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals auch von Belegärzten erfüllt werden“ können. Voraussetzung soll sein, dass diese Fachabteilung bereits mindestens ein Jahr Bestand hat und eine Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin besteht, soweit keine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorgehalten wird.

In den Tragenden Gründen wird ausgeführt, dass die bestehenden Vorgaben für Sicherstellungszuschläge auch für die Gynäkologie und Geburtshilfe sachgerecht seien und 30 PKW-Fahrzeitminuten zugrunde gelegt würden. Zur Stützung dieser These werden die Sondierungsergebnisse von CDU, CSU und SPD zugrunde gelegt, in denen eine wohnortnahe Versorgung für den Bereich der Geburtshilfe gefordert würde. Desgleichen sei dies auch im 7. Thüringer Landeskrankenhausplan durch die Zuweisung eines primär regionalen Versorgungsauftrages für den Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie im Landeskrankenhausplan NRW festgelegt. Hier wird der Begriff der Wohnortnähe angeführt, der durch Entfernung und zeitliche Komponente geprägt sei. Krankenhäuser der örtlichen Versorgung sollten demnach nicht weiter als 20 km entfernt liegen. Nach eigenen Berechnungen würde dies einer Fahrzeit von ca. 30 Minuten entsprechen. Die DKG führt an, dass nach eigenen Berechnungen bei einer Betrachtung relevanter Krankenhäuser mit einer Einwohnerdichte unter 100E/km² 80% der Bevölkerung eine Fahrzeit von weniger als 30 Minuten und 88% von weniger als 35 Minuten hätten, nur 5% benötigten eine Fahrzeit von mehr als 40 Minuten. Die DKG folgert hieraus, dass eine Anhebung der Erreichbarkeitsschwelle an der derzeitigen Versorgungsstruktur vorbeigehen würde und die Gefahr eines weiteren Kapazitätsabbaus gegeben wäre.

Es wird außerdem darauf verwiesen, dass eine Anpassung des Wertes für das Betroffenheitsmaß nicht notwendig sei, da die relevante Bezugsgröße – Frauen im gebärfähigen Alter – aufgrund der Kleinteiligkeit der betroffenen Regionen nicht ermittelbar sei. Die hilfsweise Betrachtung des Kinderanteils sei nicht sachgerecht.

Vorschlag des GKV-SV:

Der GKV-SV sieht deutlich umfassendere Änderungen vor. Dabei wird das Ziel verfolgt, eine Qualitätssteigerung in der geburtshilflichen und der pädiatrischen Versorgung zu erreichen. In der Konsequenz führt dies zu einer Reduktion der Anzahl von Krankenhäusern, die die Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge erfüllen.

Zu diesem Zweck werden die Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge für die neuen Fachgebiete (Geburtshilfe und Pädiatrie) wie folgt ergänzt:

- Geringer Versorgungsbedarf: durchschnittliche **Kinderdichte unterhalb 16 Kindern je Quadratkilometer** (E/km²)
- Basisversorgungsrelevante Vorhaltungen: Fachabteilung Innere Medizin und Fachabteilung Chirurgie einschließlich der Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung **oder eine Fachabteilung für „Geburtshilfe“ oder „Gynäkologie und Geburtshilfe“ und eine pädiatrische Fachabteilung. Der Fachabteilung für Ge-**

burtshilfe muss eine examinierte Hebamme/Entbindungspfleger zugeordnet sein, die jederzeit (24/7) innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar ist

- Gefährdung der flächendeckenden Versorgung: durch die Schließung des Krankenhauses müssen zusätzlich **mindestens 800 Kinder PKW-Fahrminuten von mehr als 45 Minuten** aufwenden, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß)

Neu bei diesem Vorschlag ist auch, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren maßgeblich Einfluss auf die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen nehmen. So kann ein Krankenhaus, bei dem im Jahr vor dem Vereinbarungsjahr unzureichende Qualität festgestellt wurde, keine Sicherstellungszuschläge erhalten. Ebenso soll ein Krankenhaus, das im Vorjahr unzureichende Qualität aufwies, nicht als Alternativkrankenhaus berücksichtigt werden.

Der GKV-SV führt hierzu in den Tragenden Gründen an, dass ausschlaggebend für die Verschiebung der Regelungen für geburtshilfliche Abteilungen bis zu einer Beschlussfassung zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die von Fachgesellschaften und Landesplanungsbehörden angeführten Qualitätsprobleme von Geburtshilfen mit geringer Fallzahl gewesen seien. Die vorgesehene Erreichbarkeitsnorm von 45 Minuten sei als Maximalwert medizinisch vertretbar und entspreche der realistischen Untergrenze für den dünn besiedelten ländlichen Raum. Es wird eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe angeführt, aufgrund derer nicht kurze Wege, sondern die Qualität der Versorgung die Sicherheit für Mutter und Kind erhöht. Ein hoher Versorgungsstandard sei wichtiger als ein niedriger Erreichbarkeitsstandard. Es wird der Abschlussbericht „Runder Tisch Geburtshilfe“ angeführt, der vom Gesundheitsministerium NRW unter Beteiligung von Fachgesellschaften, darunter auch der Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe veröffentlicht wurde. Dort werde empfohlen, dass jede Schwangere innerhalb von 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen solle. Dies entspreche auch dem geltenden Standard für den ländlichen Raum in Schleswig-Holstein. Nach eigenen Auswertungen des GKV-SV sei dies auch bundesweiter Status quo im ländlichen Raum, danach benötigen bereits heute in 82% der ländlichen Kreise mind. 5.000 Einwohner mehr als 30 PKW-Minuten zur nächsten Geburtsklinik. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin würde zudem die Erreichbarkeit einer stationären Einrichtung für Kinder und Jugendmedizin in maximal 40 Minuten als ausreichend ansehen. Dies ist auch den Stellungnahmen der pädiatrischen Fachabteilungen zum Beschlussentwurf der Erstfassung zu entnehmen.

Der GKV-SV hält die spezifische Erfassung der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe notwendig um der regional unterschiedlichen Altersverteilung der Bevölkerung Rechnung zu tragen.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer Maßnahmen, die eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Geburtshilfe unterstützen. Dabei sollte jedoch im Auge behalten werden, dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung per se einen wichtigen Aspekt der Versorgung darstellt und, unter Einhaltung einer angemessenen Qualität, sichergestellt werden muss. Primäres Ziel sollte dabei sein, die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung zu erhalten und die Qualität der Versorgung durch inhaltlich-unterstützende und gegebenenfalls finanzielle Maßnahmen zu fördern.

Die Bundesärztekammer stellt in diesem Zusammenhang fest, dass es keine wissenschaftlichen Daten oder Rationale gibt, die eine Erhöhung der PKW-Fahrminuten um 50% - von 30 auf 45 Minuten – rechtfertigt. Es ist kaum erklärbar, warum einer schwangeren Frau und ihrem ungeborenen Kind in der Notsituation eine längere Fahrzeit zugemutet werden soll, als einer Patientin/einem Patienten mit einem internistischen oder chirurgischen Notfall. Die Einhaltung strukturell-qualitativer Mindeststandards ist für die Geburtshilfe von besonderer Bedeutung, dies gilt jedoch auch für die medizinische Versorgung schlechthin. Die Sicherstellungszuschläge sollten dazu dienen, die Einhaltung von Mindeststandards in allen basisversorgungsrelevanten Fächern in der Fläche zu ermöglichen. Mit PKW-Erreichbarkeitsmaßen von 45 Minuten (die unter schlechten Verkehrs- und Wetterbedingungen nochmals deutlich höher anzusetzen sind) ist dies nicht gewährleistet. In den tragenden Gründen verweist die GKV-Seite auf den Abschlussbericht des „Runden Tisches Geburtshilfe“ Nordrhein-Westfalen. Wörtlich führt die GKV-Seite dazu aus: „Eine Erreichbarkeitsuntergrenze deutlich oberhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten sehen auch die Empfehlungen des Abschlussberichts „Runder Tisch Geburtshilfe“ vor, ... Dieser empfiehlt, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen können solle.“ Tatsächlich ist der Abschlussbericht des „Runden Tisches“ viel differenzierter. Dort heißt es zunächst: „Die bei abnehmender Zahl geburtshilflicher Angebote erforderlichen Maßnahmen sollten die unterschiedliche lokale Infrastruktur berücksichtigen und ermöglichen, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann.“ Diese Handlungsempfehlung nennt also einen Rahmen (20 bis maximal 45 Minuten), der offenbar die unterschiedlichen Sichtweisen der Teilnehmer widerspiegelt. Tatsächlich macht der Abschlussbericht in der „Schlussbemerkung“ klar, dass zum Thema Erreichbarkeit gerade kein Konsens am Runden Tisch erreicht wurde: „Zu den gegensätzlichen Standpunkten flächendeckende Versorgung oder Zentralisierung konnte keine gemeinsame Empfehlung erarbeitet werden. Vor allem vor dem Hintergrund verschiedener versorgungsrelevanter Szenarien unter konkreten qualitätsorientierten Bedingungen für die klinische und außerklinische Geburt blieben die fachlichen Standpunkte konträr. Dies gilt auch für die Abwägung zwischen der freien Wahl des Geburtsortes und der übereinstimmend als notwendig bewerteten schnellen Erreichbarkeit einer leistungsfähigen geburtshilflichen Abteilung (aus Sicht der DGGG 30 bis 45 Minuten, bei Sekundärverlegung 20 Minuten).“ Die Position der Fachgesellschaft wird hier also zitiert, aber ausdrücklich als kontrovers bezeichnet. Und selbst diese Position wird nicht mit „45 Minuten“, sondern mit „30 bis 45 Minuten“ wiedergegeben. Sie trägt außerdem einen Zusatz: Das „weite Netz“ der „30 bis 45“-Minuten-Erreichbarkeit ist auch aus Sicht der DGGG nur unter der Bedingung vertretbar, dass für Sekundärverlegungen eine Erreichbarkeit von 20 Minuten gewährleistet werden kann.

Zweifelhaft ist nach Ansicht der Bundesärztekammer auch die Bezugsgröße der Anzahl der Kinder für das Betroffenheitsmaß. Richtig wäre hier, die Anzahl von Frauen im geburtsfähigen Alter als Bezugsgröße zu wählen. Es ist schwer vorstellbar, warum diese Daten nicht verfügbar sein sollten.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungsvorschlägen

Fachabteilung

Die Bundesärztekammer hat sich in ihren Stellungnahmen zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern bereits zu der vom G-BA vorgelegten Definition einer Fachabteilung geäußert. Die Bundesärztekammer verweist darauf, dass die Kran-

kenhauspläne der Länder bereits Vorgaben zur Abgrenzung von Fachabteilungen enthalten. Hier stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die verschiedenen Definitionsansätze zueinander stehen.

Inhaltlich ist zu dem vorliegenden Definitionsversuch anzumerken, dass ein wesentliches Kriterium fehlt. Krankenhausabteilungen zeichnen sich dadurch aus, dass der Träger des Krankenhauses für jede Abteilung mindestens einen Abteilungsarzt zu bestellen hat, der nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung beeinträchtigt wird.

Entfallen sollte hingegen die Vorgabe, dass es sich um eine „räumlich abgegrenzte“ Organisationseinheit handeln muss. Es stellt die Eigenständigkeit einer Fachabteilung nicht in Frage, wenn sie innerhalb des Krankenhauses Betten auf verschiedenen Stationen belegt. Die Bundesärztekammer bezweifelt zudem, dass sich der in den Bundesländern wenig einheitlich gehandhabte Fachabteilungsschlüssel eignet, um das Bestehen einer Fachabteilung zu definieren.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (planQI)

Die Bundesärztekammer hat das bisherige Konzept zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI) des G-BA und vor allem auch die Entwicklung des Konstrukts der Patientengefährdung bereits in einer Stellungnahme zum Vorbericht vom 29.07.2016 deutlich kritisiert. Hier heißt es: „Es ist vor allem nicht gelungen, ein überzeugendes Konzept dafür vorzulegen, wie aus einer Vielzahl von Indikatorergebnissen eine Gesamtqualitätsaussage über eine Fachabteilung eines Krankenhauses möglich sein soll. Die im Gesetz vorgesehenen und vom G-BA beauftragten Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse werden im Vorbericht als aufbereitete Informationssammlung interpretiert. Es ist zu befürchten, dass die zuständigen Landesbehörden durch diese Informationssammlung nur wenig Nutzen für ihre planerische Arbeit erhalten werden.“

In dem vorgelegten Beschlussentwurf fordert der GKV-SV, dass „mit einem Krankenhaus, bei dem das Institut nach § 137a SGB V in dem Jahr vor dem jeweiligen Vereinbarungsjahr im Rahmen seiner fachlichen Bewertung nach § 11 Absatz 8 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 (Anmerkung: Nummer 2 beschreibt Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung) unzureichende Qualität feststellt, (...) kein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren (ist)“.

Nach Ansicht der Bundesärztekammer ist dies eine vollkommen verfrühte Verschärfung der Verzahnung von planQI mit Sicherstellungszuschlägen. Bislang gibt es keinerlei Erfahrungen, inwieweit anhand der Indikatoren tatsächlich unzureichende Qualität der Fachabteilung festgestellt werden kann. Gemäß § 16 der planQI-RL ist eine Evaluation vorgesehen, deren erste Ergebnisse im Herbst 2018 vorliegen sollten. Die Ergebnisse der Evaluation sollten vor einer verschärften Verschränkung von planQI und Sicherstellungszuschlägen abgewartet werden. Die Bundesärztekammer gibt außerdem zu bedenken, dass die Gewährung der Sicherstellungszuschläge nach dem Vorschlag des GKV-SV allein auf Grundlage der Daten des IQTIG und nicht nach Bewertung der Daten durch die Landesbehörden erfolgen soll. Die Bundesärztekammer sieht die Bewertung der Landesbehörden als maßgeblich für eine adäquate Einordnung der signifikanten Abweichungen von den Referenzbereichen.

Aus diesem Grund spricht sich die Bundesärztekammer für eine Beibehaltung der bisherigen Regelungen zur Berücksichtigung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren in Bezug auf Sicherstellungszuschlägen auch für geburtshilfliche Abteilungen aus, wie von DKG, KBV und Patientenvertretung vorgeschlagen.

Belegärzte in der Geburtshilfe

Die Bundesärztekammer unterstützt die Forderung von DKG und KBV, dass die Anforderungen zu den Qualifikationsnachweisen und zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals, im Sinne eines kooperativen Belegarztwesens, auch von Belegärzten erfüllt werden können.

Fazit:

Die Bundesärztekammer unterstützt den Beschlussentwurf der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die Einführung hiervon abweichender PKW-Fahrzeitminuten und Bemessungsgrößen für geburtshilfliche Abteilungen kann nach Ansicht der Bundesärztekammer nur bei Verfügbarkeit einer entsprechenden Datengrundlage und Folgenabschätzung durchgeführt werden. Hier würde es sich zudem empfehlen, entsprechende Neuerungen zunächst in ausgewählten Modellregionen einzuführen und entsprechend zu evaluieren. Grundsätzlich muss es möglich sein, unterschiedliche regionale Gegebenheiten und Infrastrukturen zu berücksichtigen.

Von einer verschärften Verschränkung von planQI und Sicherstellungszuschlägen ist nach Meinung der Bundesärztekammer zum jetzigen Zeitpunkt abzuraten, solange der Nutzen nicht anhand wissenschaftlicher Evaluationen belegt ist. Auch hier schließt die Bundesärztekammer sich dem Vorschlag von DKG, KBV und Patientenvertretung an, nach dem die Landesbehörden im Falle unzureichender Qualität Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung, die vom Krankenhaus zu erfüllen sind, erlassen sollten.

Berlin, 06.03.2018



i.A.
Dr. med. Julia Searle, MPH
Referentin Dezernat 1


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

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	
05.03.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu § 5</p> <p>Ergänzung der Liste der zur Versorgung von Notfällen in der Grund- und Regelversorgung notwendig vorzuhaltenden Fachabteilungen um die Fachabteilung für Anästhesiologie.</p>	<p>Es ist aus Sicht der DGAI dringend erforderlich, die Liste der notwendigen Vorhaltungen in § 5 des GKV-SV- bzw. des DKG/KBV-Vorschlages um die Fachabteilung für Anästhesiologie zu ergänzen.</p> <p>Die Anästhesiologie ist für die Notfall- und Grundversorgung der Bevölkerung von essentieller Bedeutung. Das Vorhandensein einer Fachabteilung für Anästhesiologie ist unabdingbar für die Durchführung von Operationen und ebenfalls heilerfolgsrelevant für eine Reihe von interventionellen Eingriffen in der konservativen Medizin, bei der Akutschmerztherapie und bei bestimmten bildgebenden Verfahren. Sie ist auch in der Geburtshilfe bei der Versorgung von Kaiserschnittpatientinnen oder ggf. bei der Erstversorgung von Neugeborenen unverzichtbar.</p> <p>Ein anästhesiologischer Beleg- oder Konsiliararzt kann die Sicherstellung inkl. entsprechender Ausfallkompensation nicht hinreichend übernehmen. Die Anästhesiologie muss daher als notwendig vorzuhaltende Fachabteilung aufgeführt werden.</p> <p>Die rd. 1.200 Anästhesieabteilungen in deutschen Krankenhäusern sind zudem bei der Versorgung von Schwerverletzten und lebensbedrohlichen Notfällen prä- und innerklinisch in hohem Maße involviert. Sie stellen einen Großteil der Notärzte und versorgen kritisch kranke Patientinnen und Patienten in insbesondere in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung überwiegend anästhesiologisch geführten Intensiveinheiten.</p> <p>Die Notwendigkeit einer Anästhesieabteilung für die Behandlung von Notfällen wird von allen relevanten Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften betont, die in einem Positionspapier zur Notfallversorgung feststellen, dass „<i>Im Minimum (...) die Notfallbehandlung in den Fachgebieten Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie sichergestellt sein (muss).</i>“ (Dt Ärztebl 2010;107(7): A-268 / B-236 / C-232).</p> <p>Folgerichtig sieht der Vorschlag der GKV-SV/PatV zu § 8 der Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vor, dass bereits Krankenhäuser der Basis-notfallversorgung mindestens über die Fachabteilungen</p>



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	
05.03.2018	
	<p>Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesiologie am Standort verfügen müssen.</p> <p>Der Umstand, dass die Vorhaltung einer Fachabteilung für Anästhesiologie nicht aus dem Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V und i.d.R. auch nicht aus den Krankenhausplänen der Länder ableitbar ist, ist hier insoweit irrelevant, da die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen stets auch einer Einzelfallprüfung bedarf.</p>


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

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)	
28.02.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§3 Flächendeckende Versorgung	<p>Wissenschaftliche Daten welche Einwohnerzahl in welcher PKW-Fahrtzeit eine geburtshilfliche Klinik erreicht haben müssen fehlen. Aus skandinavischen Ländern wissen wir jedoch, dass eine Zentralisierung der Geburtshilfe sich nicht nachteilig auf die Versorgungsqualität auswirkt. Im Gegenteil zeigen Länder wie Finnland, Schweden und Norwegen eine geringere perinatale Mortalität als Deutschland.</p> <p>Im „Abschlussbericht des Runden Tisches Geburtshilfe“ des Landes NRW von 2015 wird von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bereits eine Fahrtzeit von 30-45 Minuten als angemessen angesehen. Eine PKW-Fahrtzeit von 45 Minuten (und schnellerer Verlegung z.B. mittels Hubschrauber) kann deshalb als angemessen angesehen werden.</p> <p>Wie in der 204. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bereits ausgeführt, erhöhen „nicht „kurze Wege“, sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines Perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind. Diese sollte an oberster Stelle stehen bei der Diskussion um optimale Versorgungsstrukturen.</p> <p>Die Anzahl der betroffenen Patientinnen ist hierbei nicht genauer definiert – die DGGG möchte aber darauf hinweisen, dass es sich bei 5.000 „Einwohnern“ um Männer und Frauen handelt und zusätzlich das Attribut „gebärfähige Frauen“ nicht berücksichtigt ist (welche in ländlichen Regionen wahrscheinlich eher einen zum Durchschnitt niedrigeren Anteil ausmachen). Vor diesem Hintergrund besteht Diskussionsbedarf, warum bei Kindern diese Anzahl in § 4 Absatz 1, Satz 3 geschätzt wurde, hier jedoch nicht darauf eingegangen wird. Insgesamt könnte die Anzahl – wenn man nur „alle“ Frauen betrachtet, z.B. mit 2 multipliziert werden. Dies würde bezogen auf die Gesamtbevölkerung von 10.000 Personen ca. 5.000 Frauen entsprechen.</p>
§5 Notwendige Vorhaltungen (Absatz 1)	<p>Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat in vorangegangenen Stellungnahmen bereits ausgeführt, dass die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind Vorrang vor einer wohnortnahen Versorgung haben sollte.</p> <p>Die Geburt ist hierbei ein Ereignis, bei dem es auch bei optimaler Vorplanung immer zu einem medizinischen Notfall der</p>


Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
28.02.2018

Mutter und des Neugeborenen kommen kann. Aus diesem Grunde empfiehlt die DGGG für die flächendeckende Versorgung mindestens die Anforderung eines Perinatalen Schwerpunktes im Sinne der Versorgungsstufe III nach der Richtlinie des GBA mit der Möglichkeit, dass ein Kinderarzt bei (ungeplanten) Frühgeburten oder einer notwendigen Versorgung Reifegeborener jederzeit verfügbar ist (24h pädiatrischer Präsenzdienst, in Ausnahmefällen Bereitschaftsdienst mit max. 10 min. Fahrtzeit). Frauen sollten im Rahmen der flächendeckenden Versorgung mindestens der Zugang zu einem Perinatalen Zentrum in angemessener Zeit ermöglicht werden.

Der Vorschlag der Aufnahme der pädiatrischen Fachabteilung durch den GKV-SV wird deshalb begrüßt. Daten, inwieweit dies bereits mit der aktuellen Versorgungsstruktur schon nicht gewährleistet ist, liegen den Autoren der Stellungnahme nicht vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Anforderungen nur schwer erfüllbar sind. Akzeptable Fahrtzeiten zu einer geburtshilflichen Abteilung (hier sind sicher auch Abteilungen ohne perinatalem Schwerpunkt enthalten) hat der GKV-Spitzenverband unter „tragende Gründe zu diesem Beschluss“ aufgelistet:

Tabelle 1: Erreichbarkeit stationärer Geburtshilfe in dünn besiedelten ländlichen Kreisen¹⁰

	Pkw-Fahrtzeitminuten				
	50	45	40	35	30
Anteil ländlicher Kreise, in denen jeweils mehr als 5.000 Einwohner mehr als die genannten Pkw-Fahrtzeitminuten benötigen, um einen Standort mit der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe zu erreichen	5 %	14 %	32 %	55 %	82 %

Quelle: Abrechnungs- und Leistungsdaten der Krankenkassen 2016

Die DGGG regt eine Überprüfung der aktuellen Versorgungslandschaft an und hält eine Aufrechterhaltung der Perinatalen Schwerpunkte in der flächendeckenden Versorgung für zwingend erforderlich.

In ländlichen Regionen, in denen dies schon jetzt nicht realisiert werden kann sollte ein Sicherstellungszuschlag an geburtshilfliche Abteilungen der Versorgungsstufe IV gewährt werden, damit durch Schließung von Abteilungen die Versorgungssituation nicht noch weiter verschlechtert wird und wenigstens diese Strukturen aufrecht erhalten bleiben. Es ist darüber hinaus erstrebenswert dass eine sekundäre Verlegung (PKW) aus der Stufe IV in zumindest eine Klinik mit



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)	
28.02.2018	
	Perinatologischem Schwerpunkt (Level III) innerhalb von 20 Minuten möglich ist
§5 Notwendige Vorhaltungen (Absatz 2)	Die Forderung nach angestellten Hebammen in Hauptfachabteilungen entspricht nicht mehr der Versorgungsrealität insbesondere in Bundesländern wie Bayern. In vielen Kliniken kann der Betrieb nur durch Beleghebammen aufrecht gehalten werden. Aufgrund des allgemeinen Hebammenmangels sieht die DGGG auch keinen Grund, explizit hier angestellte Hebammen in Satz (2) zu fordern, insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Absatz 3 den Landesbehörden hier erneut individuelle Prüfungen der Struktur eingeräumt werden.
§ 7 Verfahrensregeln (Absatz 9)	<p>„Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz aufweist“.</p> <p>Der DGGG ist vollkommen bewusst, dass der GBA hier keine Gestaltungsmöglichkeit hat, weil dieser Passus so im § 5 Abs. 2 KHEntG steht. Trotzdem möchten wir unsere Verwunderung zum Ausdruck bringen, dass hier das gesamte Krankenhaus betrachtet und durch diesen Passus der Pflicht zur Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen widersprochen wird. Sehr wohl kann ein Krankenhaus mit einer hochdefizitären Geburtshilfe (deren Aufrechterhaltung bei entsprechender Qualität zur flächendeckenden Versorgung notwendig ist) eine positive Gesamtbilanz durch entsprechende Strukturen aufweisen. Warum diese Krankenhäuser vom Sicherstellungszuschlag ausgeschlossen werden sollten erschließt sich der DGGG nicht – im Gegenteil würde dies zur Gefahr der Schließung der (defizitären) Geburtshilfe an diesen Häusern führen.</p>



DGK.

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

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. M-VL
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

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

Nachrichtlich : dirk.hollstein@g-ba.de; stefanie.ionuscheit@g-ba.de sylvia.baule@g-ba.de

Düsseldorf, den 06. März 2018

DGK_ V2018_011 Änderung Regelungen f. d. Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Stellungnahme gemäß § 136c Abs. 3 S. 5 SGB V

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

Bei dem Beschluss sind planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 Satz 1 SGB V zu berücksichtigen. Zweck der Regelung ist es letztendlich, Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen zu schaffen, um bedarfsnotwendige Kapazitäten vorzuhalten und eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der

Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund nimmt die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie-Herz- und Kreislaufforschung (e.V.) zum vorliegenden Entwurf wie folgt Stellung:

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Gemäß Beschluss des Unterausschusses Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 05. Februar 2018 ist der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 S. 5 SGB V gegeben worden. Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens soll dabei der Beschlussentwurf zu den oben genannten Änderungen gemäß der beigefügten Anlage 1 sein. Die tragenden Gründe sollen dabei als Unterstützung für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt werden.

Vorab sei an dieser Stelle anzumerken, dass bereits die im Rahmen der Erstfassung der Regelungen vorgetragenen Bedenken nach wie vor Geltung beanspruchen. Insbesondere die Versorgung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen sind aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie nicht beziehungsweise vollkommen unzureichend berücksichtigt und stellen daher einen wesentlichen Kritikpunkt an der Regelung auch in ihrer Neufassung dar. Zudem auch im Rahmen des aktuellen Verfahrens darauf verwiesen werden, dass die vorliegenden Dokumente lediglich die Positionen von GKV-Spitzenverband einerseits und Deutscher Krankenhausgesellschaft / Kassenärztlicher Bundesvereinigung andererseits wiedergeben, ohne dass eine eindeutige Position hierbei erkennbar wäre. Gemäß Anschreiben vom 06. Februar 2018 soll der Unterausschuss Bedarfsplanung seine Beratung weitestgehend abgeschlossen haben. Das Ergebnis dieser Beratung erschließt sich aus den vorliegenden Unterlagen jedoch nicht. Gleichwohl wird zum Inhalt der insbesondere von GKV-Spitzenverband einerseits und Deutscher Krankenhausgesellschaft andererseits abgegebenen Positionen nachfolgend Stellung genommen:

B. Stellungnahme

Zu § 3: Flächendeckende Versorgung

In der Behandlung internistischer Krankheitsbilder kommt der Akutbehandlung des Herzinfarktes eine besondere Stellung zu. Sowohl die Sterblichkeit als auch das Auftreten bleibender Folgeschäden sind ganz entscheidend von dem Zeitintervall zwischen Beginn der Symptomatik und der Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes (Reperfusion) abhängig. Diese kardiologische Versorgung muss daher in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden, in der bisher lediglich allgemein (etwa auch im Rahmen der Regelungen die notwendigen Vorhaltungen betreffend, § 5) von der internistischen Versorgung gesprochen wird.

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

In Deutschland verstarben im Jahr 2010 fast 60.000 Menschen am akuten Herzinfarkt. Die Krankenhaussterblichkeit des STEMI liegt weiterhin bei 7-9%. Auch die Folgen des Infarktes wie Herzinsuffizienz, Reinfarkt und Rhythmusstörungen sind von ganz erheblicher medizinischer und ökonomischer Bedeutung. Viele Todesfälle treten in der Frühphase eines STEMI aufgrund von Kammerflimmern auf. Bei nach Herz-Kreislauf-Stillstand wieder belebten Patienten mit ST-Streckenhebungen im EKG stellt die sofortige Herzkatheteruntersuchung mit dem Ziel der primären PCI die Strategie der Wahl dar.

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

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

Die Zeitintervalle bis zur Therapie einfache und sofort nachvollziehbare Indikatoren für die Versorgungsqualität von Herzinfarktpatienten. Daher sollten diese Zeitintervalle in jedem

Krankenhaus, welches an der Versorgung von Infarktpatienten teilnimmt, routinemäßig erfasst und regelmäßig überprüft werden.

Die Definition, wann eine flächendeckend ausreichende Erreichbarkeit anhand von Fahrzeitminuten gegeben ist, hat sich letztendlich ausweislich der gesetzlichen Begründung auch an regionalen und geografischen Kriterien zu orientieren. Die Festlegung von 30 oder ggf. 45 Minuten (Vorschlag GKV-SV) erscheint dabei willkürlich gewählt und berücksichtigt nicht gegebenenfalls bestehende Besonderheiten im Einzelfall. Die in § 7 Abs. 6 vorgesehene Möglichkeit der Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten ist aus Sicht der DGK jedenfalls zu unbestimmt, um im konkreten Einzelfall Planungssicherheit zu gewährleisten.

Zu § 4: Geringer Versorgungsbedarf

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

Zu § 5: Notwendige Vorhaltungen

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

Im aktuellen Entwurf Vorschlag von DKG / KBV wird zwar sinnvollerweise von DKG/KBV auch der gynäkologische Belegarzt als gleichgestellt aufgeführt. Jedoch muss dies auch für die anderen Disziplinen gelten, da eine Ungleichbehandlung nicht nachvollziehbar ist und das Merkmal der Notwendigkeit einer eigenständigen Fachabteilung kein geeignetes Differenzierungskriterium ist. Belegärzte sind qualifizierte und erfahrene Fachärzte die

vertraglich an das jeweilige Krankenhaus gebunden sind. Es ist nicht nachvollziehbar warum Belegärzte der anderen Fachdisziplinen hier nicht eingeschlossen werden.

Zu § 6: Planungsrelevante Qualitätsfaktoren

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

Hinzu kommt, dass die Forderung des GKV-SV dazu führt, dass direkt auf der Basis planungsrelevanter Qualitätsindikatoren eine Streichung des Sicherstellungszuschlags im Folgejahr erfolgt, wenn in Bezug auf eine oder mehrere der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 unzureichende Qualität festgestellt wird. Zudem sollen geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus nach § 5 Absatz 1 Nummer 2, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung nicht berücksichtigt werden, wenn 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 Nummer 2 unzureichende Qualität festgestellt wurde.

Rechnerisch auffällige Qualitätsindikatoren bedeuten keineswegs, dass tatsächlich ein Qualitätsmangel vorliegt. Hier ist immer eine inhaltliche Klärung im Sinne einer intellektuellen Prüfung, z.B. durch den strukturierten Dialog, erforderlich. Daher dürfen derartige Indikatoren erst nach einer solchen Überprüfung herangezogen werden.

C. Zusammenfassung

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

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

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Hugo A. Katus
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Steffen Massberg
Vorsitzender
Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin

Prof. Dr. Bernd Nowak
Autor und Vorsitzender
Ausschuss Bewertungsverfahren
Ständiger Ausschuss
Qualität- / Leistungsbewertung in der
Kardiologie

Prof. Dr. Hans M. Hoffmeister
Autor und Vorsitzender
Ständiger Ausschuss *Kardiologische Versorgung*



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	
21.02.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.
	Bei der ersten Aussendung im Herbst 2016 stand in der linken Spalte der Vorschlag des GKV-SV, in der rechten Spalte der Vorschlag der DKG. Jetzt ist es umgekehrt. Die Kommentare beziehen sich auf die Spaltenverteilung in der jetzigen Aussendung.
	Die DGKCH unterstützt grundsätzlich den in der rechten Spalte stehenden Vorschlag des GKV-SV wegen der besonderen Akzentuierung der kinderärztlichen Betreuungsnotwendigkeit. Dabei sollte aber bedacht werden, dass es nicht nur um die Präsenz in der Geburtshilfe geht. Auch Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Adoleszente müssen im akuten Erkrankungsfall eine alters-adäquate Versorgungsmöglichkeit erreichen können, und auch eine solche Kinderklinik sollte – unabhängig von der Geburtshilfe – bei entsprechender regionaler Struktur Sicherstellungszuschläge erhalten können.
	Der Vorschlag des GKV-SV wird auch gut geheißen wegen der Festlegung bzgl. Hebammen.
§5, (4)	Sollte der Entwurf von DKG/KBV zum Tragen kommen, ist die „Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ bzgl. Erreichbarkeit (7/24?) und Anfahrt (30 min.?) zu präzisieren. Wir unterstützen aber auch hier grundsätzlich den Vorschlag des GKV-SV mit der Forderung nach einer Fachabteilung Kinderheilkunde. Für die Geburtshilfe können wir das nicht beurteilen.


**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)	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Vorbemerkung	<p>Dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist bezüglich Kinder- und Jugendmedizin zuzustimmen. Der Vorschlag der DKG ist aus folgenden Gründen abzulehnen:</p> <p>Regelungen zur Grundversorgung dürfen Kinder und Jugendliche nicht benachteiligen. Die Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen findet nicht in Fachabteilungen der Innere Medizin, sondern in Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin statt. Da bundesweit deutlich weniger Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin (357 im Jahr 2016) existieren als für Innere Medizin (1.169 im Jahr 2016), ist der Regelungsbedarf zur Sicherstellung einer Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen sogar deutlich größer als derjenige für Erwachsene.</p> <p>Eine Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen kann und darf nicht akzeptiert werden.</p> <p>Änderungsvorschläge Die Änderungsvorschläge beziehen sich jeweils auf die Textvorschläge des GKV-Spitzenverbandes. Eine Kommentierung der DKG-Vorschläge haben wir aus den o.g. Gründen nicht vorgenommen.</p>
II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen	
§ 3 Flächendeckende Versorgung (GKV-SV)	<p>Die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur flächendeckenden Versorgung sind grundsätzlich zu begrüßen. Im Sinne einer Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen ist allerdings nicht nachvollziehbar, dass die maximalen Fahrtzeiten bis zur nächsten Versorgungsmöglichkeit statt 30 Minuten 45 Minuten betragen sollen. Unter dem Dach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) vereinten Verbände hatten in Würdigung der Versorgungsrealität eine maximale Fahrtzeit von 40 Minuten konsentiert. Damit wäre eine Gefährdung der flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistung für Kinder bei einer Fahrtzeit von 40 Minuten erreicht.</p>
§ 3 Satz 3 (GKV-SV): Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1: 30 PKW-Fahrtzeitminuten für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1	Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 3 zu den Fahrtzeitminuten für Kinder von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
Satz 1 Nummer 2: 45 <u>40</u> PKW-Fahrzeitminuten.	
<p>§ 3 Satz 8 (GKV-SV): Abweichend von Satz 7 liegt für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 dann eine Gefährdung der flächen-deckenden Versorgung vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 800 Kinder (Einwohner bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) PKW Fahr-zeiten von mehr als 45 <u>40</u> Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).</p>	Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 8 zum Betroffenheitsmaß von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.
§ 4 Geringer Versorgungsbedarf (GKV-SV)	Auch die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zum geringen Versorgungsbedarf sind grundsätzlich zu begrüßen.
<p>§ 4 Abs. 1 Satz 3 (GKV-SV): Abweichend von Satz 2 liegt für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 46 <u>22</u> Kindern je Quadratkilometern (46 <u>22</u> E. < 18 Jahre/km²) liegt.</p>	<p>Allerdings schlagen wir vor die Definition „geringer Versorgungsbedarf für Kinder“ mit einer Einwohnerdichte von 16 Kinder je Quadratkilometer auf 22 Kinder je Quadratkilometer zu erhöhen.</p> <p>Ein geringer Versorgungsbedarf liegt nach dem GKV-SV-Vorschlag vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 Kindern je Quadratkilometer (16 E. < 18 Jahre/km²) liegt. Dem zugrunde liegt die Formulierung (GKV-SV und DKG), dass ein geringer Versorgungsbedarf bei unter 100 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt. Näherungsweise geht der GKV-SV in seinem Vorschlag davon aus, dass bei einem Bevölkerungsanteil von 16% unter 18 Jahre hier dieser Wert anzuwenden ist.</p> <p>Berücksichtigt werden sollte allerdings aus unserer Sicht auch, dass die Krankenhaushäufigkeit von Kindern und Jugendlichen um 1/3 geringer ist, als die von Erwachsenen. Das bedeutet für die stationäre Versorgung von Kindern, dass für die Definition „geringer Versorgungsbedarf“ eine adjustierte Kinderdichte von 16 + 1/3, hier aufgerundet auf 22 E. < 18 Jahre/km² anzuwenden ist.</p> <p>Mit dieser Änderung wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass eine defizitäre Kinderabteilung bei 22 E. < 18 Jahre/km² dies auch aufgrund von geringem Versorgungsbedarf und nicht wegen Unwirtschaftlichkeit ist.</p>



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
<p>§ 4 Abs. 1 Satz 4 Ziffer 2 (GKV-SV): Das Versorgungsgebiet ergibt sich „2. für <u>bestehende</u> Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 45-PKW- Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen für die das Krankenhaus das nächstgelegene nach PKW- Fahrzeitminuten ist.“</p>	<p>In Absatz 1 Satz 4 Ziffer 2 (möglicherweise auch für Ziffer 1) einen logischen Fehler, auf den wir aufmerksam machen wollen und um dessen Korrektur wir ausdrücklich bitten. Die Definition des Versorgungsgebietes darf sich nicht beschränken auf den 45- bzw. 40-PKW-Fahrzeitminuten-Radius, sondern muss aus allen Kommunen bestehen, für die die zu betrachtende Klinik die nächstgelegene ist. Ansonsten würden alle Regionen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses mit Geburtshilfe und Pädiatrie, die bereits jetzt Fahrzeiten von mehr als 45 bzw. 40 Minuten in Kauf nehmen müssen, nicht angemessen berücksichtigt.</p>
<p>§ 5 Notwendige Vorhaltungen (GKV-SV)</p>	<p>Aus den geschilderten Gründen (Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen bei flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistungen) muss auch die Vorhaltung von stationärer Grundversorgung für Kinder und Jugendliche als notwendige Vorhaltung definiert werden. Diese Regelung würde indirekt die Sicherung der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen in den Blick nehmen und fördert gleichzeitig die sehr sinnvolle Verknüpfung von Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin (ehem. Pädiatrie).</p>
<p>§ 5 Abs. 1 Satz 1 (GKV-SV): <i>Notwendige Vorhaltungen sind</i> <i>1. die Fachabteilung Innere Medizin, <u>Kinder- und Jugendmedizin</u> und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, oder</i> ...</p>	<p>Aus diesem Grund sollte auch § 5 Absatz 1 Satz 1 geändert werden. Alternativ als Mindeststandard muss die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Regelung unter Ziffer 2 aufgenommen werden: <i>„2. die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung.“</i> Eine erhaltenswerte Grundversorgung ist unbedingt und vorrangig die Kombination aus Geburtshilfe und Pädiatrie, da sie die 24-Stunden-Versorgung von kranken Neugeborenen sicherstellt.</p>

Gesellschaft für Neuropädiatrie · Chausseestraße 128 – 129 · 10115 Berlin

An den

Gemeinsamen Bundesausschuss

Unterausschuss Bedarfsplanung

Herrn Prof. Dr. Hecken / Herr Hollstein

PF 12 06 06, 10596 Berlin

Per Mail an: sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

N/ g.olbrisch@dgkj.de

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

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

05.03.2018

Stellungnahmeverfahren:

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

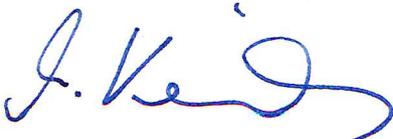
Sehr geehrte Damen und Herren,

als zur Stellungnahme berechtigte Fachgesellschaft möchten wir uns inhaltlich voll und ganz der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 05.03.2018 (siehe Anhang/Anlage) anschließen.

Insbesondere Kinder mit neuropädiatrischen Krankheitsbildern bedürfen einer fachärztlich pädiatrischen stationären Versorgungsoption in angemessener Entfernung vom Wohnort. Dies können nur Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin gewährleisten.

Wir unterstützen in dem vorgelegten Beschlussentwurf zur Änderung der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen die Position des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich, der für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen besondere Regelungen vorsieht.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Matthias Kieslich, Vizepräsident

Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.

Vizepräsident: Prof. Dr. Matthias Kieslich

Schriftführer: Dr. Andreas Sprinz

Vertreter Österreich: Dr. Manuela Baumgartner

Präsidentin: Prof. Dr. Ulrike Schara

Schatzmeister: Prof. Dr. Thomas Lücke

Vertreterin Schweiz: PD Dr. Andrea Klein

Vertreter der Vertragsärzte: Dr. Folkert Fehr

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Bedarfsplanung
PF 12 06 06, 10596 Berlin

Per Mail an:
sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

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

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

wir danken für die Möglichkeit Stellung nehmen zu können. Unsere Stellungnahme haben wir in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) erarbeitet.

Kinder und Jugendliche machen nur rund 16 % unserer Bevölkerung aus. Dennoch haben auch sie bzw. gerade sie als besonders schützenswerte Altersgruppe im Falle einer stationären Versorgung ebenso wie Erwachsene ein Recht auf eine fachärztliche Versorgung. Diese findet in Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin statt, nicht in Abteilungen für Innere Medizin. Dies flächendeckend in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnort zu sichern, sehen wir als gemeinsame Aufgabe, die durch das Instrument der Sicherstellungszuschläge nach § 136c Absatz 3 SGB V gut gelingen kann.

Unsere Position sehen wir durch den Koalitionsvertrag bestätigt, wo explizit in Zeile 581ff festgehalten wird: „Die Belange und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen bedürfen der besonderen Berücksichtigung im Gesundheitssystem, in Medizin und Forschung.“

Daher unterstützen wir in dem vorgelegten Beschlussentwurf zur Änderung der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen die Position des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich, der für die stationäre Versorgung von Kindern besondere Regelungen vorsieht.

Wir appellieren an den Gemeinsamen Bundesausschuss bei dem anstehenden Beschluss, die Grundlage für eine flächendeckende fachärztliche stationäre Versorgung von Kindern zu legen.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin
Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann

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

Hausadresse:
Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendmedizin Tübingen
Abt. Neuropädiatrie, Entwicklungs-
neurologie, Sozialpädiatrie
Hoppe-Seyler-Str. 1
72076 Tübingen
Tel. +49 7071 29-84735
Fax: +49 7071 29-5473
kraegeloh-mann@dgkj.de

Tübingen, 05.03.2018

Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann

Anlage
Stellungnahme-Formblatt



**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)	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Vorbemerkung	<p>Dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist bezüglich Kinder- und Jugendmedizin zuzustimmen. Der Vorschlag der DKG ist aus folgenden Gründen abzulehnen:</p> <p>Regelungen zur Grundversorgung dürfen Kinder und Jugendliche nicht benachteiligen. Die Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen findet nicht in Fachabteilungen der Innere Medizin, sondern in Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin statt. Da bundesweit deutlich weniger Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin (357 im Jahr 2016) existieren als für Innere Medizin (1.169 im Jahr 2016), ist der Regelungsbedarf zur Sicherstellung einer Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen sogar deutlich größer als derjenige für Erwachsene.</p> <p>Eine Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen kann und darf nicht akzeptiert werden.</p> <p>Änderungsvorschläge Die Änderungsvorschläge beziehen sich jeweils auf die Textvorschläge des GKV-Spitzenverbandes. Eine Kommentierung der DKG-Vorschläge haben wir aus den o.g. Gründen nicht vorgenommen.</p>
II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen	
§ 3 Flächendeckende Versorgung (GKV-SV)	<p>Die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur flächendeckenden Versorgung sind grundsätzlich zu begrüßen. Im Sinne einer Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen ist allerdings nicht nachvollziehbar, dass die maximalen Fahrtzeiten bis zur nächsten Versorgungsmöglichkeit statt 30 Minuten 45 Minuten betragen sollen. Unter dem Dach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) vereinten Verbände hatten in Würdigung der Versorgungsrealität eine maximale Fahrtzeit von 40 Minuten konsentiert. Damit wäre eine Gefährdung der flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistung für Kinder bei einer Fahrtzeit von 40 Minuten erreicht.</p>
§ 3 Satz 3 (GKV-SV): Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1: 30 PKW-Fahrtzeitminuten für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1	Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 3 zu den Fahrtzeitminuten für Kinder von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
Satz 1 Nummer 2: 45 <u>40</u> PKW-Fahrzeitminuten.	
§ 3 Satz 8 (GKV-SV): Abweichend von Satz 7 liegt für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 dann eine Gefährdung der flächen-deckenden Versorgung vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 800 Kinder (Einwohner bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) PKW Fahr-zeiten von mehr als 45 <u>40</u> Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).	Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 8 zum Betroffenheitsmaß von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.
§ 4 Geringer Versorgungsbedarf (GKV-SV)	Auch die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zum geringen Versorgungsbedarf sind grundsätzlich zu begrüßen.
§ 4 Abs. 1 Satz 3 (GKV-SV): Abweichend von Satz 2 liegt für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 <u>22</u> Kindern je Quadratkilometern (16 <u>22</u> E. < 18 Jahre/km ²) liegt.	<p>Allerdings schlagen wir vor die Definition „geringer Versorgungsbedarf für Kinder“ mit einer Einwohnerdichte von 16 Kinder je Quadratkilometer auf 22 Kinder je Quadratkilometer zu erhöhen.</p> <p>Ein geringer Versorgungsbedarf liegt nach dem GKV-SV-Vorschlag vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 Kindern je Quadratkilometer (16 E. < 18 Jahre/km²) liegt. Dem zugrunde liegt die Formulierung (GKV-SV und DKG), dass ein geringer Versorgungsbedarf bei unter 100 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt. Näherungsweise geht der GKV-SV in seinem Vorschlag davon aus, dass bei einem Bevölkerungsanteil von 16% unter 18 Jahre hier dieser Wert anzuwenden ist.</p> <p>Berücksichtigt werden sollte allerdings aus unserer Sicht auch, dass die Krankenhaushäufigkeit von Kindern und Jugendlichen um 1/3 geringer ist, als die von Erwachsenen. Das bedeutet für die stationäre Versorgung von Kindern, dass für die Definition „geringer Versorgungsbedarf“ eine adjustierte Kinderdichte von 16 + 1/3, hier aufgerundet auf 22 E. < 18 Jahre/km² anzuwenden ist.</p> <p>Mit dieser Änderung wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass eine defizitäre Kinderabteilung bei 22 E. < 18 Jahre/km² dies auch aufgrund von geringem Versorgungsbedarf und nicht wegen Unwirtschaftlichkeit ist.</p>



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
<p>§ 4 Abs. 1 Satz 4 Ziffer 2 (GKV-SV): Das Versorgungsgebiet ergibt sich „2. für <u>bestehende</u> Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 aus den bewohnten geographischen Einheiten, <u>die im 45-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen für die das Krankenhaus das nächstgelegene nach PKW-Fahrzeitminuten ist.</u>“</p>	<p>In Absatz 1 Satz 4 Ziffer 2 (möglicherweise auch für Ziffer 1) einen logischen Fehler, auf den wir aufmerksam machen wollen und um dessen Korrektur wir ausdrücklich bitten. Die Definition des Versorgungsgebietes darf sich nicht beschränken auf den 45- bzw. 40-PKW-Fahrzeitminuten-Radius, sondern muss aus allen Kommunen bestehen, für die die zu betrachtende Klinik die nächstgelegene ist. Ansonsten würden alle Regionen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses mit Geburtshilfe und Pädiatrie, die bereits jetzt Fahrzeiten von mehr als 45 bzw. 40 Minuten in Kauf nehmen müssen, nicht angemessen berücksichtigt.</p>
<p>§ 5 Notwendige Vorhaltungen (GKV-SV)</p>	<p>Aus den geschilderten Gründen (Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen bei flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistungen) muss auch die Vorhaltung von stationärer Grundversorgung für Kinder und Jugendliche als notwendige Vorhaltung definiert werden. Diese Regelung würde indirekt die Sicherung der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen in den Blick nehmen und fördert gleichzeitig die sehr sinnvolle Verknüpfung von Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin (ehem. Pädiatrie).</p>
<p>§ 5 Abs. 1 Satz 1 (GKV-SV): <i>Notwendige Vorhaltungen sind</i> <i>1. die Fachabteilung Innere Medizin, <u>Kinder- und Jugendmedizin</u> und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Nottfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, oder</i> ...</p>	<p>Aus diesem Grund sollte auch § 5 Absatz 1 Satz 1 geändert werden. Alternativ als Mindeststandard muss die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Regelung unter Ziffer 2 aufgenommen werden: <i>„2. die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung.“</i> Eine erhaltenswerte Grundversorgung ist unbedingt und vorrangig die Kombination aus Geburtshilfe und Pädiatrie, da sie die 24-Stunden-Versorgung von kranken Neugeborenen sicherstellt.</p>


**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)	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Vorbemerkung	<p>Dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist bezüglich Kinder- und Jugendmedizin zuzustimmen. Der Vorschlag der DKG ist aus folgenden Gründen abzulehnen:</p> <p>Regelungen zur Grundversorgung dürfen Kinder und Jugendliche nicht benachteiligen. Die Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen findet nicht in Fachabteilungen der Innere Medizin, sondern in Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin statt. Da bundesweit deutlich weniger Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin (357 im Jahr 2016) existieren als für Innere Medizin (1.169 im Jahr 2016), ist der Regelungsbedarf zur Sicherstellung einer Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen sogar deutlich größer als derjenige für Erwachsene.</p> <p>Eine Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen kann und darf nicht akzeptiert werden.</p> <p>Änderungsvorschläge Die Änderungsvorschläge beziehen sich jeweils auf die Textvorschläge des GKV-Spitzenverbandes. Eine Kommentierung der DKG-Vorschläge haben wir aus den o.g. Gründen nicht vorgenommen.</p>
II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen	
§ 3 Flächendeckende Versorgung (GKV-SV)	<p>Die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur flächendeckenden Versorgung sind grundsätzlich zu begrüßen. Im Sinne einer Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen ist allerdings nicht nachvollziehbar, dass die maximalen Fahrtzeiten bis zur nächsten Versorgungsmöglichkeit statt 30 Minuten 45 Minuten betragen sollen. Unter dem Dach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) vereinten Verbände hatten in Würdigung der Versorgungsrealität eine maximale Fahrtzeit von 40 Minuten konsentiert. Damit wäre eine Gefährdung der flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistung für Kinder bei einer Fahrtzeit von 40 Minuten erreicht.</p>
§ 3 Satz 3 (GKV-SV): Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1: 30 PKW-Fahrtzeitminuten für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1	Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 3 zu den Fahrtzeitminuten für Kinder von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
Satz 1 Nummer 2: 45 <u>40</u> PKW-Fahrzeitminuten.	
<p>§ 3 Satz 8 (GKV-SV): Abweichend von Satz 7 liegt für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 dann eine Gefährdung der flächen-deckenden Versorgung vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 800 Kinder (Einwohner bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) PKW Fahr-zeiten von mehr als 45 <u>40</u> Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).</p>	Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 8 zum Betroffenheitsmaß von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.
§ 4 Geringer Versorgungsbedarf (GKV-SV)	Auch die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zum geringen Versorgungsbedarf sind grundsätzlich zu begrüßen.
<p>§ 4 Abs. 1 Satz 3 (GKV-SV): Abweichend von Satz 2 liegt für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 46 <u>22</u> Kindern je Quadratkilometern (46 <u>22</u> E. < 18 Jahre/km²) liegt.</p>	<p>Allerdings schlagen wir vor die Definition „geringer Versorgungsbedarf für Kinder“ mit einer Einwohnerdichte von 16 Kinder je Quadratkilometer auf 22 Kinder je Quadratkilometer zu erhöhen.</p> <p>Ein geringer Versorgungsbedarf liegt nach dem GKV-SV-Vorschlag vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 Kindern je Quadratkilometer (16 E. < 18 Jahre/km²) liegt. Dem zugrunde liegt die Formulierung (GKV-SV und DKG), dass ein geringer Versorgungsbedarf bei unter 100 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt. Näherungsweise geht der GKV-SV in seinem Vorschlag davon aus, dass bei einem Bevölkerungsanteil von 16% unter 18 Jahre hier dieser Wert anzuwenden ist.</p> <p>Berücksichtigt werden sollte allerdings aus unserer Sicht auch, dass die Krankenhaushäufigkeit von Kindern und Jugendlichen um 1/3 geringer ist, als die von Erwachsenen. Das bedeutet für die stationäre Versorgung von Kindern, dass für die Definition „geringer Versorgungsbedarf“ eine adjustierte Kinderdichte von 16 + 1/3, hier aufgerundet auf 22 E. < 18 Jahre/km² anzuwenden ist.</p> <p>Mit dieser Änderung wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass eine defizitäre Kinderabteilung bei 22 E. < 18 Jahre/km² dies auch aufgrund von geringem Versorgungsbedarf und nicht wegen Unwirtschaftlichkeit ist.</p>



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
<p>§ 4 Abs. 1 Satz 4 Ziffer 2 (GKV-SV): Das Versorgungsgebiet ergibt sich „2. für <u>bestehende</u> Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 45-PKW- Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen für die das Krankenhaus das nächstgelegene nach PKW- Fahrzeitminuten ist.“</p>	<p>In Absatz 1 Satz 4 Ziffer 2 (möglicherweise auch für Ziffer 1) einen logischen Fehler, auf den wir aufmerksam machen wollen und um dessen Korrektur wir ausdrücklich bitten. Die Definition des Versorgungsgebietes darf sich nicht beschränken auf den 45- bzw. 40-PKW-Fahrzeitminuten-Radius, sondern muss aus allen Kommunen bestehen, für die die zu betrachtende Klinik die nächstgelegene ist. Ansonsten würden alle Regionen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses mit Geburtshilfe und Pädiatrie, die bereits jetzt Fahrzeiten von mehr als 45 bzw. 40 Minuten in Kauf nehmen müssen, nicht angemessen berücksichtigt.</p>
<p>§ 5 Notwendige Vorhaltungen (GKV-SV)</p>	<p>Aus den geschilderten Gründen (Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen bei flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistungen) muss auch die Vorhaltung von stationärer Grundversorgung für Kinder und Jugendliche als notwendige Vorhaltung definiert werden. Diese Regelung würde indirekt die Sicherung der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen in den Blick nehmen und fördert gleichzeitig die sehr sinnvolle Verknüpfung von Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin (ehem. Pädiatrie).</p>
<p>§ 5 Abs. 1 Satz 1 (GKV-SV): <i>Notwendige Vorhaltungen sind</i> <i>1. die Fachabteilung Innere Medizin, <u>Kinder- und Jugendmedizin</u> und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, oder</i> ...</p>	<p>Aus diesem Grund sollte auch § 5 Absatz 1 Satz 1 geändert werden. Alternativ als Mindeststandard muss die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Regelung unter Ziffer 2 aufgenommen werden: <i>„2. die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung.“</i> Eine erhaltenswerte Grundversorgung ist unbedingt und vorrangig die Kombination aus Geburtshilfe und Pädiatrie, da sie die 24-Stunden-Versorgung von kranken Neugeborenen sicherstellt.</p>


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

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	
05.03.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu § 5</p> <p>Ergänzung der Liste der zur Versorgung von Notfällen in der Grund- und Regelversorgung notwendig vorzuhaltenden Fachabteilungen um die Fachabteilung für Anästhesiologie.</p>	<p>Es ist aus Sicht der DGAI dringend erforderlich, die Liste der notwendigen Vorhaltungen in § 5 des GKV-SV- bzw. des DKG/KBV-Vorschlages um die Fachabteilung für Anästhesiologie zu ergänzen.</p> <p>Die Anästhesiologie ist für die Notfall- und Grundversorgung der Bevölkerung von essentieller Bedeutung. Das Vorhandensein einer Fachabteilung für Anästhesiologie ist unabdingbar für die Durchführung von Operationen und ebenfalls heilerfolgsrelevant für eine Reihe von interventionellen Eingriffen in der konservativen Medizin, bei der Akutschmerztherapie und bei bestimmten bildgebenden Verfahren. Sie ist auch in der Geburtshilfe bei der Versorgung von Kaiserschnittpatientinnen oder ggf. bei der Erstversorgung von Neugeborenen unverzichtbar.</p> <p>Ein anästhesiologischer Beleg- oder Konsiliararzt kann die Sicherstellung inkl. entsprechender Ausfallkompensation nicht hinreichend übernehmen. Die Anästhesiologie muss daher als notwendig vorzuhaltende Fachabteilung aufgeführt werden.</p> <p>Die rd. 1.200 Anästhesieabteilungen in deutschen Krankenhäusern sind zudem bei der Versorgung von Schwerverletzten und lebensbedrohlichen Notfällen prä- und innerklinisch in hohem Maße involviert. Sie stellen einen Großteil der Notärzte und versorgen kritisch kranke Patientinnen und Patienten in insbesondere in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung überwiegend anästhesiologisch geführten Intensiveinheiten.</p> <p>Die Notwendigkeit einer Anästhesieabteilung für die Behandlung von Notfällen wird von allen relevanten Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften betont, die in einem Positionspapier zur Notfallversorgung feststellen, dass „<i>Im Minimum (...) die Notfallbehandlung in den Fachgebieten Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie sichergestellt sein (muss).</i>“ (Dt Ärztebl 2010;107(7): A-268 / B-236 / C-232).</p> <p>Folgerichtig sieht der Vorschlag der GKV-SV/PatV zu § 8 der Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vor, dass bereits Krankenhäuser der Basis-notfallversorgung mindestens über die Fachabteilungen</p>



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	
05.03.2018	
	<p>Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesiologie am Standort verfügen müssen.</p> <p>Der Umstand, dass die Vorhaltung einer Fachabteilung für Anästhesiologie nicht aus dem Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V und i.d.R. auch nicht aus den Krankenhausplänen der Länder ableitbar ist, ist hier insoweit irrelevant, da die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen stets auch einer Einzelfallprüfung bedarf.</p>


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

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)	
28.02.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§3 Flächendeckende Versorgung	<p>Wissenschaftliche Daten welche Einwohnerzahl in welcher PKW-Fahrtzeit eine geburtshilfliche Klinik erreicht haben müssen fehlen. Aus skandinavischen Ländern wissen wir jedoch, dass eine Zentralisierung der Geburtshilfe sich nicht nachteilig auf die Versorgungsqualität auswirkt. Im Gegenteil zeigen Länder wie Finnland, Schweden und Norwegen eine geringere perinatale Mortalität als Deutschland.</p> <p>Im „Abschlussbericht des Runden Tisches Geburtshilfe“ des Landes NRW von 2015 wird von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bereits eine Fahrtzeit von 30-45 Minuten als angemessen angesehen. Eine PKW-Fahrtzeit von 45 Minuten (und schnellerer Verlegung z.B. mittels Hubschrauber) kann deshalb als angemessen angesehen werden.</p> <p>Wie in der 204. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bereits ausgeführt, erhöhen „nicht „kurze Wege“, sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines Perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind. Diese sollte an oberster Stelle stehen bei der Diskussion um optimale Versorgungsstrukturen.</p> <p>Die Anzahl der betroffenen Patientinnen ist hierbei nicht genauer definiert – die DGGG möchte aber darauf hinweisen, dass es sich bei 5.000 „Einwohnern“ um Männer und Frauen handelt und zusätzlich das Attribut „gebärfähige Frauen“ nicht berücksichtigt ist (welche in ländlichen Regionen wahrscheinlich eher einen zum Durchschnitt niedrigeren Anteil ausmachen). Vor diesem Hintergrund besteht Diskussionsbedarf, warum bei Kindern diese Anzahl in § 4 Absatz 1, Satz 3 geschätzt wurde, hier jedoch nicht darauf eingegangen wird. Insgesamt könnte die Anzahl – wenn man nur „alle“ Frauen betrachtet, z.B. mit 2 multipliziert werden. Dies würde bezogen auf die Gesamtbevölkerung von 10.000 Personen ca. 5.000 Frauen entsprechen.</p>
§5 Notwendige Vorhaltungen (Absatz 1)	<p>Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat in vorangegangenen Stellungnahmen bereits ausgeführt, dass die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind Vorrang vor einer wohnortnahen Versorgung haben sollte.</p> <p>Die Geburt ist hierbei ein Ereignis, bei dem es auch bei optimaler Vorplanung immer zu einem medizinischen Notfall der</p>


Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
28.02.2018

Mutter und des Neugeborenen kommen kann. Aus diesem Grunde empfiehlt die DGGG für die flächendeckende Versorgung mindestens die Anforderung eines Perinatalen Schwerpunktes im Sinne der Versorgungsstufe III nach der Richtlinie des GBA mit der Möglichkeit, dass ein Kinderarzt bei (ungeplanten) Frühgeburten oder einer notwendigen Versorgung Reifegeborener jederzeit verfügbar ist (24h pädiatrischer Präsenzdienst, in Ausnahmefällen Bereitschaftsdienst mit max. 10 min. Fahrtzeit). Frauen sollten im Rahmen der flächendeckenden Versorgung mindestens der Zugang zu einem Perinatalen Zentrum in angemessener Zeit ermöglicht werden.

Der Vorschlag der Aufnahme der pädiatrischen Fachabteilung durch den GKV-SV wird deshalb begrüßt. Daten, inwieweit dies bereits mit der aktuellen Versorgungsstruktur schon nicht gewährleistet ist, liegen den Autoren der Stellungnahme nicht vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Anforderungen nur schwer erfüllbar sind. Akzeptable Fahrtzeiten zu einer geburtshilflichen Abteilung (hier sind sicher auch Abteilungen ohne perinatalem Schwerpunkt enthalten) hat der GKV-Spitzenverband unter „tragende Gründe zu diesem Beschluss“ aufgelistet:

Tabelle 1: Erreichbarkeit stationärer Geburtshilfe in dünn besiedelten ländlichen Kreisen¹⁰

	Pkw-Fahrtzeitminuten				
	50	45	40	35	30
Anteil ländlicher Kreise, in denen jeweils mehr als 5.000 Einwohner mehr als die genannten Pkw-Fahrtzeitminuten benötigen, um einen Standort mit der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe zu erreichen	5 %	14 %	32 %	55 %	82 %

Quelle: Abrechnungs- und Leistungsdaten der Krankenkassen 2016

Die DGGG regt eine Überprüfung der aktuellen Versorgungslandschaft an und hält eine Aufrechterhaltung der Perinatalen Schwerpunkte in der flächendeckenden Versorgung für zwingend erforderlich.

In ländlichen Regionen, in denen dies schon jetzt nicht realisiert werden kann sollte ein Sicherstellungszuschlag an geburtshilfliche Abteilungen der Versorgungsstufe IV gewährt werden, damit durch Schließung von Abteilungen die Versorgungssituation nicht noch weiter verschlechtert wird und wenigstens diese Strukturen aufrecht erhalten bleiben. Es ist darüber hinaus erstrebenswert dass eine sekundäre Verlegung (PKW) aus der Stufe IV in zumindest eine Klinik mit



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)	
28.02.2018	
	Perinatologischem Schwerpunkt (Level III) innerhalb von 20 Minuten möglich ist
§5 Notwendige Vorhaltungen (Absatz 2)	Die Forderung nach angestellten Hebammen in Hauptfachabteilungen entspricht nicht mehr der Versorgungsrealität insbesondere in Bundesländern wie Bayern. In vielen Kliniken kann der Betrieb nur durch Beleghebammen aufrecht gehalten werden. Aufgrund des allgemeinen Hebammenmangels sieht die DGGG auch keinen Grund, explizit hier angestellte Hebammen in Satz (2) zu fordern, insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Absatz 3 den Landesbehörden hier erneut individuelle Prüfungen der Struktur eingeräumt werden.
§ 7 Verfahrensregeln (Absatz 9)	„Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz aufweist“. Der DGGG ist vollkommen bewusst, dass der GBA hier keine Gestaltungsmöglichkeit hat, weil dieser Passus so im § 5 Abs. 2 KHEntG steht. Trotzdem möchten wir unsere Verwunderung zum Ausdruck bringen, dass hier das gesamte Krankenhaus betrachtet und durch diesen Passus der Pflicht zur Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen widersprochen wird. Sehr wohl kann ein Krankenhaus mit einer hochdefizitären Geburtshilfe (deren Aufrechterhaltung bei entsprechender Qualität zur flächendeckenden Versorgung notwendig ist) eine positive Gesamtbilanz durch entsprechende Strukturen aufweisen. Warum diese Krankenhäuser vom Sicherstellungszuschlag ausgeschlossen werden sollten erschließt sich der DGGG nicht – im Gegenteil würde dies zur Gefahr der Schließung der (defizitären) Geburtshilfe an diesen Häusern führen.



DGK.

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

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. M-VL
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

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

Nachrichtlich : dirk.hollstein@g-ba.de; stefanie.jonuscheit@g-ba.de sylvia.baule@g-ba.de

Düsseldorf, den 06. März 2018

DGK_ V2018_011 Änderung Regelungen f. d. Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Stellungnahme gemäß § 136c Abs. 3 S. 5 SGB V

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

Bei dem Beschluss sind planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 Satz 1 SGB V zu berücksichtigen. Zweck der Regelung ist es letztendlich, Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen zu schaffen, um bedarfsnotwendige Kapazitäten vorzuhalten und eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der

Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund nimmt die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie-Herz- und Kreislaufforschung (e.V.) zum vorliegenden Entwurf wie folgt Stellung:

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Gemäß Beschluss des Unterausschusses Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 05. Februar 2018 ist der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 S. 5 SGB V gegeben worden. Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens soll dabei der Beschlussentwurf zu den oben genannten Änderungen gemäß der beigefügten Anlage 1 sein. Die tragenden Gründe sollen dabei als Unterstützung für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt werden.

Vorab sei an dieser Stelle anzumerken, dass bereits die im Rahmen der Erstfassung der Regelungen vorgetragenen Bedenken nach wie vor Geltung beanspruchen. Insbesondere die Versorgung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen sind aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie nicht beziehungsweise vollkommen unzureichend berücksichtigt und stellen daher einen wesentlichen Kritikpunkt an der Regelung auch in ihrer Neufassung dar. Zudem auch im Rahmen des aktuellen Verfahrens darauf verwiesen werden, dass die vorliegenden Dokumente lediglich die Positionen von GKV-Spitzenverband einerseits und Deutscher Krankenhausgesellschaft / Kassenärztlicher Bundesvereinigung andererseits wiedergeben, ohne dass eine eindeutige Position hierbei erkennbar wäre. Gemäß Anschreiben vom 06. Februar 2018 soll der Unterausschuss Bedarfsplanung seine Beratung weitestgehend abgeschlossen haben. Das Ergebnis dieser Beratung erschließt sich aus den vorliegenden Unterlagen jedoch nicht. Gleichwohl wird zum Inhalt der insbesondere von GKV-Spitzenverband einerseits und Deutscher Krankenhausgesellschaft andererseits abgegebenen Positionen nachfolgend Stellung genommen:

B. Stellungnahme

Zu § 3: Flächendeckende Versorgung

In der Behandlung internistischer Krankheitsbilder kommt der Akutbehandlung des Herzinfarktes eine besondere Stellung zu. Sowohl die Sterblichkeit als auch das Auftreten bleibender Folgeschäden sind ganz entscheidend von dem Zeitintervall zwischen Beginn der Symptomatik und der Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes (Reperfusion) abhängig. Diese kardiologische Versorgung muss daher in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden, in der bisher lediglich allgemein (etwa auch im Rahmen der Regelungen die notwendigen Vorhaltungen betreffend, § 5) von der internistischen Versorgung gesprochen wird.

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

In Deutschland verstarben im Jahr 2010 fast 60.000 Menschen am akuten Herzinfarkt. Die Krankenhaussterblichkeit des STEMI liegt weiterhin bei 7-9%. Auch die Folgen des Infarktes wie Herzinsuffizienz, Reinfarkt und Rhythmusstörungen sind von ganz erheblicher medizinischer und ökonomischer Bedeutung. Viele Todesfälle treten in der Frühphase eines STEMI aufgrund von Kammerflimmern auf. Bei nach Herz-Kreislauf-Stillstand wieder belebten Patienten mit ST-Streckenhebungen im EKG stellt die sofortige Herzkatheteruntersuchung mit dem Ziel der primären PCI die Strategie der Wahl dar.

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

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

Die Zeitintervalle bis zur Therapie einfache und sofort nachvollziehbare Indikatoren für die Versorgungsqualität von Herzinfarktpatienten. Daher sollten diese Zeitintervalle in jedem

Krankenhaus, welches an der Versorgung von Infarktpatienten teilnimmt, routinemäßig erfasst und regelmäßig überprüft werden.

Die Definition, wann eine flächendeckend ausreichende Erreichbarkeit anhand von Fahrzeitminuten gegeben ist, hat sich letztendlich ausweislich der gesetzlichen Begründung auch an regionalen und geografischen Kriterien zu orientieren. Die Festlegung von 30 oder ggf. 45 Minuten (Vorschlag GKV-SV) erscheint dabei willkürlich gewählt und berücksichtigt nicht gegebenenfalls bestehende Besonderheiten im Einzelfall. Die in § 7 Abs. 6 vorgesehene Möglichkeit der Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten ist aus Sicht der DGK jedenfalls zu unbestimmt, um im konkreten Einzelfall Planungssicherheit zu gewährleisten.

Zu § 4: Geringer Versorgungsbedarf

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

Zu § 5: Notwendige Vorhaltungen

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

Im aktuellen Entwurf Vorschlag von DKG / KBV wird zwar sinnvollerweise von DKG/KBV auch der gynäkologische Belegarzt als gleichgestellt aufgeführt. Jedoch muss dies auch für die anderen Disziplinen gelten, da eine Ungleichbehandlung nicht nachvollziehbar ist und das Merkmal der Notwendigkeit einer eigenständigen Fachabteilung kein geeignetes Differenzierungskriterium ist. Belegärzte sind qualifizierte und erfahrene Fachärzte die

vertraglich an das jeweilige Krankenhaus gebunden sind. Es ist nicht nachvollziehbar warum Belegärzte der anderen Fachdisziplinen hier nicht eingeschlossen werden.

Zu § 6: Planungsrelevante Qualitätsfaktoren

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

Hinzu kommt, dass die Forderung des GKV-SV dazu führt, dass direkt auf der Basis planungsrelevanter Qualitätsindikatoren eine Streichung des Sicherstellungszuschlags im Folgejahr erfolgt, wenn in Bezug auf eine oder mehrere der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 unzureichende Qualität festgestellt wird. Zudem sollen geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus nach § 5 Absatz 1 Nummer 2, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung nicht berücksichtigt werden, wenn 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 Nummer 2 unzureichende Qualität festgestellt wurde.

Rechnerisch auffällige Qualitätsindikatoren bedeuten keineswegs, dass tatsächlich ein Qualitätsmangel vorliegt. Hier ist immer eine inhaltliche Klärung im Sinne einer intellektuellen Prüfung, z.B. durch den strukturierten Dialog, erforderlich. Daher dürfen derartige Indikatoren erst nach einer solchen Überprüfung herangezogen werden.

C. Zusammenfassung

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

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

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Hugo A. Katus
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Steffen Massberg
Vorsitzender
Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin

Prof. Dr. Bernd Nowak
Autor und Vorsitzender
Ausschuss Bewertungsverfahren
Ständiger Ausschuss
Qualität- / Leistungsbewertung in der
Kardiologie

Prof. Dr. Hans M. Hoffmeister
Autor und Vorsitzender
Ständiger Ausschuss *Kardiologische Versorgung*



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	
21.02.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.
	Bei der ersten Aussendung im Herbst 2016 stand in der linken Spalte der Vorschlag des GKV-SV, in der rechten Spalte der Vorschlag der DKG. Jetzt ist es umgekehrt. Die Kommentare beziehen sich auf die Spaltenverteilung in der jetzigen Aussendung.
	Die DGKCH unterstützt grundsätzlich den in der rechten Spalte stehenden Vorschlag des GKV-SV wegen der besonderen Akzentuierung der kinderärztlichen Betreuungsnotwendigkeit. Dabei sollte aber bedacht werden, dass es nicht nur um die Präsenz in der Geburtshilfe geht. Auch Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Adoleszente müssen im akuten Erkrankungsfall eine alters-adäquate Versorgungsmöglichkeit erreichen können, und auch eine solche Kinderklinik sollte – unabhängig von der Geburtshilfe – bei entsprechender regionaler Struktur Sicherstellungszuschläge erhalten können.
	Der Vorschlag des GKV-SV wird auch gut geheißen wegen der Festlegung bzgl. Hebammen.
§5, (4)	Sollte der Entwurf von DKG/KBV zum Tragen kommen, ist die „Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ bzgl. Erreichbarkeit (7/24?) und Anfahrt (30 min.?) zu präzisieren. Wir unterstützen aber auch hier grundsätzlich den Vorschlag des GKV-SV mit der Forderung nach einer Fachabteilung Kinderheilkunde. Für die Geburtshilfe können wir das nicht beurteilen.


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

Deutscher Pflegerat e.V.	
08.03.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
In § 3 „Flächendeckende Versorgung“ empfehlen wir einen Fahrtzeitwert für Kinder von 40 Minuten	Kinder und Jugendliche haben ein identisches Recht auf fachärztliche und qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung wie Erwachsene. Diese Versorgung erfolgt in Kinderabteilungen oder Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin. Diese Versorgung flächendeckend in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnort zu sichern, sehen wir als notwendig an. Sicherstellungszuschläge nach § 136c Absatz 3 SGB V können hierzu einen guten Beitrag leisten. In dem vorgelegten Beschlussentwurf zur Änderung der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen unterstützen wir die Position des GKV-Spitzenverbandes, der für die stationäre Versorgung von Kindern besondere Regelungen vorsieht.
In § 3 Satz 8 empfehlen wir den Wert zum Betroffenheitsmaß von 45 auf 40 Minuten zu reduzieren.	
Zu § 5 „Notwendige Vorhaltungen“ möchten wir anmerken, dass auch die Vorhaltung von stationärer Grundversorgung für Kinder als Notwendige Vorhaltung definiert werden muss.	Hier muss eine sinnvolle Verknüpfung von Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin erfolgen, um erkrankte Neugeborene qualitätsgesichert versorgen zu können.

Berlin, 08.03.2018

Präsident des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

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

<p>Für die DGHWi: Annekatriin Skeide M. A., Dipl. Berufspäd. (FH) Martina Schlüter-Cruse, Elke Mattern M.Sc., Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff</p>	
<p>12.04.2018</p>	
<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p>	<p>Begründung</p>
<p>Eine flächendeckende Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrzeitminuten sollten nicht nur für Chirurgie/Innere Medizin, sondern auch für die Geburtshilfe sowie Pädiatrie gelten (§3, §5 Abs.1, Satz 1, Nr. 1&2)</p>	<p>Das im Raumordnungsgesetz (ROG) § 2 [10] formulierte Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse in ganz Deutschland ist zu berücksichtigen. Es bezieht sich ausdrücklich auf die Faktoren Infrastruktur und Daseinsvorsorge.</p> <p>In diesem Sinne ist es kaum begründbar, dass Frauen im ländlichen Raum eine Fahrtzeit von bis zu 45 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 acht 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. 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.</p> <p>Weiterhin erscheint es nicht gerechtfertigt, dass eine chirurgische bzw. internistische Versorgung schneller gewährleistet sein sollte als eine geburtshilfliche, da geburtshilfliche Notfälle Eingriffe erfordern, die sich in ihrer Dringlichkeit nicht von chirurgischen bzw. internistischen Akutsituationen unterscheiden lassen.</p>
<p>Die Argumentation des GKV-SV, kurze Wege seien weniger wichtig als eine qualitativ hochwertige Betreuung in einer Schwerpunktklinik, vereinfacht die komplexen Zusammenhänge von Versorgungsqualität unzulässig stark. <i>(Tragende Gründe 2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4, zu § 3 Sätze 2 bis 9)</i></p>	<p>Zunächst stützt sich diese Argumentation des GKV-SV allein auf die Stellungnahme der DGGG von 2014 [3]. Das ist insofern problematisch, als die Uneindeutigkeit der Studienlage zur Frage des Zusammenhangs zwischen der Größe einer Geburtsklinik und der Anzahl unerwünschter Outcomes, in dieser Stellungnahme nicht erwähnt wird. Stattdessen beruft sich die DGGG [3] maßgeblich auf Studien, wie z.Bsp. auf die von Heller et al. [4] in Hessen durchgeführten, die belegen, „dass die perinatale Mortalität und Morbidität bei Hochrisikogeburten durch eine Zentralisierung in entsprechend personell und strukturell ausgestatteten Perinatalzentren deutlich sinkt“ [3].</p> <p>Wir möchten im Folgenden auf andere Studien hinweisen, deren Ergebnisse darauf hindeuten, dass weitere Kriterien und Zusammenhänge berücksichtigt werden sollten, wenn</p>

Für die DGHWi: Annekatriin Skeide M. A., Dipl. Berufspäd. (FH) Martina Schlüter-Cruse, Elke Mattern M.Sc., Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff

12.04.2018

	<p>Erreichbarkeit und Versorgungsqualität gegeneinander abgewogen werden.</p> <p>Eine norwegische Studie [8] gibt Hinweise, dass es keineswegs einen linearen Zusammenhang zwischen der Geburtenanzahl in einer Klinik und den vermeidbaren neonatalen Todesfällen gibt. Auch wenn eine Größe zwischen 2000 und 3000 Geburten die besten Ergebnisse zu erbringen scheint, verweisen Moster et al. [8] auf ältere Studien, die zeigen, dass es für Kinder mit einem Geburtsgewicht über 2500 g keine Vorteile, möglicherweise sogar Nachteile hat, in einer großen Klinik geboren zu werden.</p> <p>Eine australische Studie von 2006 [12] fand keinen Zusammenhang zwischen der Größe der Klinik und den perinatalen Outcomes. Auch Heller et al. [5] verweisen darauf, dass die kausalen Faktoren für die von ihnen gefundenen Unterschiede im Outcome zwischen großen und kleinen Kliniken noch nicht benannt werden können. Es ist demnach denkbar, dass ungünstigere Outcomes in kleinen Kliniken nicht durch die Geburtenanzahl, sondern durch organisatorische Faktoren begründet sind.</p> <p>Auch Poeran et al. [9] vermuten eher organisatorische Hindernisse innerhalb der Kliniken, die sich für einige Frauen allerdings negativ bei Zentralisierung geburtshilflicher Versorgung auswirken.</p> <p>Neben der widersprüchlichen Studienlage zur Bedeutung der Größe der jeweiligen Kliniken, gibt es auch Hinweise darauf, dass eine längere Fahrtzeit zur geburtshilflichen Klinik einen ungünstigen Einfluss auf das perinatale Outcome hat. Bei einer Fahrtzeit zwischen 31 und 45 Minuten erhöhen sich das Risiko von Unregelmäßigkeiten der fetalen Herzfrequenz, von grünem Fruchtwasser als Hinweis auf fetalen Stress sowie von ungeplanten, außerklinischen Geburten [2, S. 225, 228]. Ravelli et al. [11] gehen bereits bei einem Fahrtweg von über 20 Minuten von einem erhöhten Sterberisiko aus. Darüber hinaus steigt die Anzahl präpartaler Krankenhausaufenthalte deutlich an [2].</p> <p>Heller et al. [6] 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. hierzu [2]) keineswegs erst in der</p>
--	---

Für die DGHWi: Annekatriin Skeide M. A., Dipl. Berufspäd. (FH) Martina Schlüter-Cruse, Elke Mattern M.Sc., Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff

12.04.2018

	<p>Klinik zu erwarten sind. Die Auswirkungen der Entfernungen zur nächsten Klinik auf die perinatale Gesundheit von Mutter und Kind müssen bei der Diskussion um die Grenzen von Fahrtzeiten berücksichtigt und die Anfahrtswege zur Klinik sollten im Hinblick auf die Qualität der Versorgung kurz gehalten werden.</p> <p>Nicht zuletzt werden die Wünsche und Bedürfnisse der Nutzerinnen der geburtshilflichen Versorgung in Bezug auf die Fahrzeit in der Argumentation des GKV-SV vernachlässigt. Combiert et al. [2] geben an, dass 90% der von ihnen befragten schwangeren Frauen eine geburtshilfliche Klinik präferieren, die in einer Fahrtzeit von bis zu 30 Minuten erreichbar ist [2, S. 228-9]. Vor diesem Hintergrund erscheint die Vermutung der DGGG [3], dass betroffene Frauen weitere Wege zu einer Klinik einer höheren Versorgungsstufe akzeptieren würden und die Mobilität junger Frauen unterschätzt werde, gewagt.</p>
<p>Der Argumentation des GKV-SV, auch im Abschlussbericht „Runder Tisch Geburtshilfe“, der vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen beauftragt wurde und der 2015 erschien, würde eine Zeitraum von 45 Minuten bis zum Erreichen der nächstgelegenen geburtshilflichen Klinik empfohlen werden, ist nicht akzeptabel. <i>(Tragende Gründe 2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4, Zu § 3 Sätze 2 bis 9)</i></p>	<p>Im zitierten Abschlussbericht des MGEPA [7] heißt es: <i>„Die bei abnehmender Zahl geburtshilflicher Angebote erforderlichen Maßnahmen sollten die unterschiedliche lokale Infrastruktur berücksichtigen und ermöglichen, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann.“ [7, S. 13].</i></p> <p>Hier wird ein Zeitraum angegeben, innerhalb dessen Schwangere eine geburtshilfliche Klinik erreichen können sollten, wobei 45 Minuten eindeutig als „maximal“ gekennzeichnet werden. Es ist unzulässig diese Angabe als eine grundsätzlich angemessene Anfahrtszeit von 45 Minuten umzudeuten.</p> <p>Ergänzend wird in dem Bericht „Runder Tisch Geburtshilfe“ ausgeführt, dass zu den gegensätzlichen Standpunkten „flächendeckende Versorgung“ und „Zentralisierung“ im Abschlussbericht keine gemeinsame Empfehlung erarbeitet werden konnte [7, S. 75]. Dieser Hinweis macht u.E. deutlich, dass der Bericht dementsprechend differenziert zu zitieren ist.</p>
<p>Die DGHWi begrüßt folgende Einlassung des GKV-SV: „Eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe der Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn ergänzend zu den Voraus-</p>	<p>Die Anwesenheit von Hebammen ist Voraussetzung für qualitativ hochwertige Geburtshilfe auf allen Versorgungsstufen. Zugleich klagen Kliniken aller Versorgungsstufen über Hebammenmangel.</p> <p>Laut Albrecht et al. [1] geht der Anteil der ausschließlich angestellt tätigen Hebammen zurück. Der größte Anteil der</p>

Für die DGHWi: Annekatriin Skeide M. A., Dipl. Berufspäd. (FH) Martina Schlüter-Cruse, Elke Mattern M.Sc., Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff

12.04.2018

setzungen 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.“
(Beschlussentwurf II Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen zu §5 Absatz 2, Nummer 2):
 Hierzu sind allerdings unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen.

Hebammen ist sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig. Es ist daher fraglich, ob die Hebammen, die durch die Schließung einer Klinik ihre angestellte Tätigkeit verlieren, an einer Anstellung in der weiter entfernten Klinik zur Verfügung stehen, oder ob sie eher ihre freiberufliche Tätigkeit am bisherigen Wohnort ausbauen und auf die klinische Geburtshilfe verzichten. Die Schließung kleiner Kliniken in den ländlichen Regionen könnte daher den Hebammenmangel in den Kliniken noch verschärfen.
 Umgekehrt würde sich die wohnortnahe Versorgung mit freiberuflicher Hebammenhilfe in der Peripherie verschlechtern, wenn Hebammen tatsächlich ihren Lebensmittelpunkt in die Nähe der nächsten erreichbaren Kliniken verlegen sollten. Dadurch wären aber die Frauen in abgelegenen Gegenden, für die auch die klinische Geburtshilfe nur schwer erreichbar ist, im besonderen Maße benachteiligt.

Bei der Schließung einer Klinik durch Verweigerung von Sicherstellungszuschlägen ist zu berücksichtigen, ob die jeweils nächste erreichbare Klinik die räumliche und personelle Kapazität hat, die Versorgung dann aller Schwangeren zu übernehmen.
(allgemeiner Kommentar zum Beschlussentwurf)

Werden Kliniken im ländlichen Raum geschlossen, so verteilen sich die Schwangeren auf die benachbarten Kliniken. Bereits unter den aktuellen Bedingungen werden immer mehr Gebärende in ganz Deutschland abgewiesen, da die Kapazitäten der geburtshilflichen Versorgung erschöpft sind. Werden sie dennoch aufgenommen, leidet natürlich die Qualität der Versorgung unter der Überbelastung bei gleichzeitigem Personalmangel (vgl. u.a. [13]).
 Der Schließung unrentabler Kliniken in der Peripherie muss daher eine Aufstockung der Kapazität in den möglichen Ersatzkliniken vorausgehen, damit die Versorgungsengpässe nicht noch weiter zunehmen.

Literatur

1. Albrecht M, Loos S, Sander M, Schliwen A, Wolfschütz A. Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Geburtshilfe: Ergebnisbericht für das BMG. Berlin: IGES Institut; 2012. [Zugriff 04.2018]. Verfügbar unter: http://www.iges.com/presse/2012/hebammenhilfe/index_ger.html
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 & place*. 2013;24:225-33.
3. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. 204. Stellungnahme der DGGG: Zur Anfrage „Expertenanhörung zum Thema Geburtshilfe“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstei; 2014. [Zugriff 04.2018] Verfügbar unter: https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2014/204_Stellungnahme_DGGG_Anfrage_Sozialministerium_Schleswig_Holstein_Lage_der_Geburtshilfe.pdf.
4. Heller G, Richardson DK, Misselwitz B, Künzel, W, Schmidt S. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. *Int J Epidemiol*. 2002;31(5):1061-8.
5. 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.
6. Heller G, Bauer E, Schill S, Thomas T, Louwen F, Wolff F, Misselwitz B, Schmidt S, Veit C. Decision-to-delivery time and perinatal complications in emergency cesarean section. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114: 589–96. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0589
7. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Der Runde Tisch Geburtshilfe. Abschlussbericht, Düsseldorf; 2015. [Zugriff 04.2018]. Verfügbar unter: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/finale-fassung-abschlussbericht-rt-pdf-pdf-1/von/der-runde-tisch-geburtshilfe/vom/mags/2749>
8. Moster D, Lie RT, Markestad T. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries: population based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 1999;80(3):F221-5.
9. Poeran J, Borsboom GJ, de Graaf JP, Birnie E, Steegers EA, Mackenbach JP, Bonsel GJ. Does Centralisation of Acute Obstetric Care Reduce Intrapartum and First-Week Mortality? An Empirical Study of over 1 Million Births in the Netherlands. *Health Policy*. 2014;117(1): 28–38. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.03.009>
10. 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.
11. 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
12. Tracy SK, Sullivan E, Dahlen H, Black D, Wang YA, Tracy MB. Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. *BJOG*. 2006;113(1):86-96.
13. Walter T. Wenn Schwangere von Kliniken weggeschickt werden. *Rheinische Post Online* 2017. [Zugriff 04.2018]. Verfügbar unter: <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/schwangerschaft/schwangere-im-kreisssaal-weggeschickt-probleme-mit-geburtskliniken-in-nrw-aid-1.7219634>

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Bedarfsplanung
PF 12 06 06, 10596 Berlin

Per Mail an:

sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

1. Vorsitzender
Dr. Martin Claßen
2. Vorsitzender
PD Dr. Carsten Posovszky
Schatzmeister
Dr. Söhnke Dammann

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

Bremen, 05.03.2018

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

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

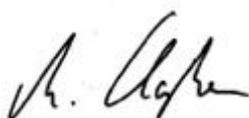
wir danken für die Möglichkeit, als Fachverband für die pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung Stellung nehmen zu können. Unsere Stellungnahme haben wir in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) erarbeitet.

Kinder und Jugendliche machen nur rund 16 % unserer Bevölkerung aus. Dennoch haben auch sie bzw. gerade sie als besonders schützenswerte Altersgruppe im Falle einer stationären Versorgung ebenso wie Erwachsene ein Recht auf eine fachärztliche Versorgung. Diese findet qualifiziert in Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin statt, nicht in Erwachsenenabteilungen. Dies flächendeckend in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnort zu sichern, sehen wir als gemeinsame Aufgabe, die durch das Instrument der Sicherstellungszuschläge nach § 136c Absatz 3 SGB V gut gelingen kann.

Daher unterstützen wir in dem vorgelegten Beschlussentwurf zur Änderung der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen die Position des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich, der für die stationäre Versorgung von Kindern besondere Regelungen vorsieht.

Wir appellieren an den Gemeinsamen Bundesausschuss bei dem anstehenden Beschluss, die Grundlage für eine flächendeckende fachärztliche stationäre Versorgung von Kindern zu legen.

Mit freundlichen Grüßen,



1. Vorsitzender



2. Vorsitzender



Schatzmeister

Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen • Kurfürstenallee 130 • 28211 Bremen
Geschäftsführung: Jutta Dornedde • Tomislav Gmajnic • Dr. Robert Pfeiffer
Aufsichtsratsvorsitzende: Senatorin Prof. Dr. Eva Quante-Brandt
Amtsgericht Bremen HRB 21773 • St.-Nr.: 60/146/09014 • USt-IdNr.: DE813850327

Standort Klinikum Links der Weser
Bremer Landesbank
IBAN DE84 2905 0000 1070 3240 07
BIC BRLADE22XXX

Gesellschaft für Neuropädiatrie · Chausseestraße 128 – 129 · 10115 Berlin

An den

Gemeinsamen Bundesausschuss

Unterausschuss Bedarfsplanung

Herrn Prof. Dr. Hecken / Herr Hollstein

PF 12 06 06, 10596 Berlin

Per Mail an: sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

N/ g.olbrisch@dgkj.de

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

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

05.03.2018

Stellungnahmeverfahren:

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

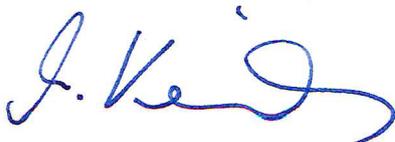
Sehr geehrte Damen und Herren,

als zur Stellungnahme berechtigte Fachgesellschaft möchten wir uns inhaltlich voll und ganz der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 05.03.2018 (siehe Anhang/Anlage) anschließen.

Insbesondere Kinder mit neuropädiatrischen Krankheitsbildern bedürfen einer fachärztlich pädiatrischen stationären Versorgungsoption in angemessener Entfernung vom Wohnort. Dies können nur Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin gewährleisten.

Wir unterstützen in dem vorgelegten Beschlussentwurf zur Änderung der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen die Position des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich, der für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen besondere Regelungen vorsieht.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Matthias Kieslich, Vizepräsident

Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.

Vizepräsident: Prof. Dr. Matthias Kieslich

Schriftführer: Dr. Andreas Sprinz

Vertreter Österreich: Dr. Manuela Baumgartner

Präsidentin: Prof. Dr. Ulrike Schara

Schatzmeister: Prof. Dr. Thomas Lücke

Vertreterin Schweiz: PD Dr. Andrea Klein

Vertreter der Vertragsärzte: Dr. Folkert Fehr

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Bedarfsplanung
PF 12 06 06, 10596 Berlin

Per Mail an:
sicherstellungszuschlaege@g-ba.de

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

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

wir danken für die Möglichkeit Stellung nehmen zu können. Unsere Stellungnahme haben wir in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) erarbeitet.

Kinder und Jugendliche machen nur rund 16 % unserer Bevölkerung aus. Dennoch haben auch sie bzw. gerade sie als besonders schützenswerte Altersgruppe im Falle einer stationären Versorgung ebenso wie Erwachsene ein Recht auf eine fachärztliche Versorgung. Diese findet in Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin statt, nicht in Abteilungen für Innere Medizin. Dies flächendeckend in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnort zu sichern, sehen wir als gemeinsame Aufgabe, die durch das Instrument der Sicherstellungszuschläge nach § 136c Absatz 3 SGB V gut gelingen kann.

Unsere Position sehen wir durch den Koalitionsvertrag bestätigt, wo explizit in Zeile 581ff festgehalten wird: „Die Belange und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen bedürfen der besonderen Berücksichtigung im Gesundheitssystem, in Medizin und Forschung.“

Daher unterstützen wir in dem vorgelegten Beschlussentwurf zur Änderung der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen die Position des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich, der für die stationäre Versorgung von Kindern besondere Regelungen vorsieht.

Wir appellieren an den Gemeinsamen Bundesausschuss bei dem anstehenden Beschluss, die Grundlage für eine flächendeckende fachärztliche stationäre Versorgung von Kindern zu legen.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin
Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann

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

Hausadresse:
Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendmedizin Tübingen
Abt. Neuropädiatrie, Entwicklungs-
neurologie, Sozialpädiatrie
Hoppe-Seyler-Str. 1
72076 Tübingen
Tel. +49 7071 29-84735
Fax: +49 7071 29-5473
kraegeloh-mann@dgkj.de

Tübingen, 05.03.2018

Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann

Anlage
Stellungnahme-Formblatt



**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)	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Vorbemerkung	<p>Dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist bezüglich Kinder- und Jugendmedizin zuzustimmen. Der Vorschlag der DKG ist aus folgenden Gründen abzulehnen:</p> <p>Regelungen zur Grundversorgung dürfen Kinder und Jugendliche nicht benachteiligen. Die Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen findet nicht in Fachabteilungen der Innere Medizin, sondern in Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin statt. Da bundesweit deutlich weniger Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin (357 im Jahr 2016) existieren als für Innere Medizin (1.169 im Jahr 2016), ist der Regelungsbedarf zur Sicherstellung einer Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen sogar deutlich größer als derjenige für Erwachsene.</p> <p>Eine Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen kann und darf nicht akzeptiert werden.</p> <p>Änderungsvorschläge Die Änderungsvorschläge beziehen sich jeweils auf die Textvorschläge des GKV-Spitzenverbandes. Eine Kommentierung der DKG-Vorschläge haben wir aus den o.g. Gründen nicht vorgenommen.</p>
II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen	
§ 3 Flächendeckende Versorgung (GKV-SV)	<p>Die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur flächendeckenden Versorgung sind grundsätzlich zu begrüßen. Im Sinne einer Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen ist allerdings nicht nachvollziehbar, dass die maximalen Fahrtzeiten bis zur nächsten Versorgungsmöglichkeit statt 30 Minuten 45 Minuten betragen sollen. Unter dem Dach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) vereinten Verbände hatten in Würdigung der Versorgungsrealität eine maximale Fahrtzeit von 40 Minuten konsentiert. Damit wäre eine Gefährdung der flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistung für Kinder bei einer Fahrtzeit von 40 Minuten erreicht.</p>
§ 3 Satz 3 (GKV-SV): Die PKW- Fahrtzeitminuten betragen für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1: 30 PKW- Fahrtzeitminuten für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1	<p>Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 3 zu den Fahrtzeitminuten für Kinder von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.</p>



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
Satz 1 Nummer 2: 45 <u>40</u> PKW-Fahrzeitminuten.	
§ 3 Satz 8 (GKV-SV): Abweichend von Satz 7 liegt für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 dann eine Gefährdung der flächen-deckenden Versorgung vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 800 Kinder (Einwohner bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) PKW Fahr-zeiten von mehr als 45 <u>40</u> Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).	Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 8 zum Betroffenheitsmaß von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.
§ 4 Geringer Versorgungsbedarf (GKV-SV)	Auch die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zum geringen Versorgungsbedarf sind grundsätzlich zu begrüßen.
§ 4 Abs. 1 Satz 3 (GKV-SV): Abweichend von Satz 2 liegt für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 <u>22</u> Kindern je Quadratkilometern (16 <u>22</u> E. < 18 Jahre/km ²) liegt.	<p>Allerdings schlagen wir vor die Definition „geringer Versorgungsbedarf für Kinder“ mit einer Einwohnerdichte von 16 Kinder je Quadratkilometer auf 22 Kinder je Quadratkilometer zu erhöhen.</p> <p>Ein geringer Versorgungsbedarf liegt nach dem GKV-SV-Vorschlag vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 Kindern je Quadratkilometer (16 E. < 18 Jahre/km²) liegt. Dem zugrunde liegt die Formulierung (GKV-SV und DKG), dass ein geringer Versorgungsbedarf bei unter 100 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt. Näherungsweise geht der GKV-SV in seinem Vorschlag davon aus, dass bei einem Bevölkerungsanteil von 16% unter 18 Jahre hier dieser Wert anzuwenden ist.</p> <p>Berücksichtigt werden sollte allerdings aus unserer Sicht auch, dass die Krankenhaushäufigkeit von Kindern und Jugendlichen um 1/3 geringer ist, als die von Erwachsenen. Das bedeutet für die stationäre Versorgung von Kindern, dass für die Definition „geringer Versorgungsbedarf“ eine adjustierte Kinderdichte von 16 + 1/3, hier aufgerundet auf 22 E. < 18 Jahre/km² anzuwenden ist.</p> <p>Mit dieser Änderung wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass eine defizitäre Kinderabteilung bei 22 E. < 18 Jahre/km² dies auch aufgrund von geringem Versorgungsbedarf und nicht wegen Unwirtschaftlichkeit ist.</p>



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
<p>§ 4 Abs. 1 Satz 4 Ziffer 2 (GKV-SV): Das Versorgungsgebiet ergibt sich „2. für <u>bestehende</u> Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 aus den bewohnten geographischen Einheiten, <u>die im 45-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen für die das Krankenhaus das nächstgelegene nach PKW-Fahrzeitminuten ist.</u>“</p>	<p>In Absatz 1 Satz 4 Ziffer 2 (möglicherweise auch für Ziffer 1) einen logischen Fehler, auf den wir aufmerksam machen wollen und um dessen Korrektur wir ausdrücklich bitten. Die Definition des Versorgungsgebietes darf sich nicht beschränken auf den 45- bzw. 40-PKW-Fahrzeitminuten-Radius, sondern muss aus allen Kommunen bestehen, für die die zu betrachtende Klinik die nächstgelegene ist. Ansonsten würden alle Regionen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses mit Geburtshilfe und Pädiatrie, die bereits jetzt Fahrzeiten von mehr als 45 bzw. 40 Minuten in Kauf nehmen müssen, nicht angemessen berücksichtigt.</p>
<p>§ 5 Notwendige Vorhaltungen (GKV-SV)</p>	<p>Aus den geschilderten Gründen (Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen bei flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistungen) muss auch die Vorhaltung von stationärer Grundversorgung für Kinder und Jugendliche als notwendige Vorhaltung definiert werden. Diese Regelung würde indirekt die Sicherung der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen in den Blick nehmen und fördert gleichzeitig die sehr sinnvolle Verknüpfung von Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin (ehem. Pädiatrie).</p>
<p>§ 5 Abs. 1 Satz 1 (GKV-SV): <i>Notwendige Vorhaltungen sind</i> <i>1. die Fachabteilung Innere Medizin, <u>Kinder- und Jugendmedizin</u> und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Nottfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, oder</i> ...</p>	<p>Aus diesem Grund sollte auch § 5 Absatz 1 Satz 1 geändert werden. Alternativ als Mindeststandard muss die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Regelung unter Ziffer 2 aufgenommen werden: <i>„2. die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung.“</i> Eine erhaltenswerte Grundversorgung ist unbedingt und vorrangig die Kombination aus Geburtshilfe und Pädiatrie, da sie die 24-Stunden-Versorgung von kranken Neugeborenen sicherstellt.</p>

Stellungnahmen
zum Entwurf der Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstel-
lungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

**Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 4 SGB V**

Inhalt

1.	<u>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren</u>	<u>2</u>
2.	<u>Schriftliche Stellungnahmen</u>	<u>2</u>
	<u>Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen</u>	<u>3</u>
	<u>Spezifische Stellungnahmen</u>	<u>11</u>
	<u>II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen..</u>	<u>11</u>
	<u>.....</u>	<u>11</u>
§ 3	<u>Flächendeckende Versorgung</u>	<u>11</u>
§ 4	<u>Geringer Versorgungsbedarf</u>	<u>30</u>
§ 5	<u>Notwendige Vorhaltungen</u>	<u>35</u>
§ 6	<u>Planungsrelevante Qualitätsindikatoren</u>	<u>51</u>
III.	<u>Verfahrensbestimmungen</u>	<u>58</u>
§ 7	<u>Verfahrensregeln</u>	<u>58</u>
3.	<u>Mündliche Stellungnahmen</u>	<u>59</u>

1. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

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

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 6. Februar 2018/ 16. Februar 2018/ 16. März 2018 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 6. März 2018/ 16. März 2018/ 13. April 2018.

2. Schriftliche Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt:

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)	14.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	05.03.2018
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP)	05.03.2018
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE)	05.03.2018
Bundesärztekammer (BÄK)	06.03.2018
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)	06.03.2018
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK)	06.03.2018
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	06.03.2018
Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)	08.03.2018
Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)	12.04.2018

Die folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen haben auf eine schriftliche Stellungnahme verzichtet:

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

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

Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 06.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 05.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) / 05.03.2018</p>	<p>Dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist bezüglich Kinder- und Jugendmedizin zuzustimmen. Der Vorschlag der DKG ist aus folgenden Gründen abzulehnen:</p> <p>Änderungsvorschläge Die Änderungsvorschläge beziehen sich jeweils auf die Textvorschläge des GKV-Spitzenverbandes. Eine Kommentierung der DKG-Vorschläge haben wir aus den o.g. Gründen nicht vorgenommen.</p>	<p>Regelungen zur Grundversorgung dürfen Kinder und Jugendliche nicht benachteiligen. Die Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen findet nicht in Fachabteilungen der Innere Medizin, sondern in Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin statt. Da bundesweit deutlich weniger Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin (357 im Jahr 2016) existieren als für Innere Medizin (1.169 im Jahr 2016), ist der Regelungsbedarf zur Sicherstellung einer Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen sogar deutlich größer als derjenige für Erwachsene.</p> <p>Eine Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen kann und darf nicht akzeptiert werden.</p>	<p>LV/PatV Der Sicherstellungszuschlag dient dazu, die geburtshilfliche Grundversorgung sicher zu stellen. Die Vorhaltung einer Fachabteilung Pädiatrie (bzw. Kinder- u. Jugendmedizin) als Vorgabe zu machen, lässt den Sicherstellungszuschlag ins Leere laufen und führt zu einer weiteren Ausdünnung der geburtshilflichen Versorgung. Zudem würden an Häuser, die einen Sicherstellungszuschlag höhere Anforderungen gestellt, als an Häuser, die diesen nicht benötigen. LV und PatV sprechen sich daher dafür aus, in § 5 Abs. 1 dem DKG/KBV Vorschlag zu folgen.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 3</p>	<p>LV/GKV-SV: Nein</p> <p>DKG: Ja (siehe Änderung des Beschlusses in § 3, § 4 Absatz 1, § 5 Ab-</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
					satz 1 und § 7 Absatz 8)
2.	Bundesärztekammer (BÄK) / 06.03.2018	<p>Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer Maßnahmen, die eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Geburtshilfe unterstützen. Dabei sollte jedoch im Auge behalten werden, dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung per se einen wichtigen Aspekt der Versorgung darstellt und, unter Einhaltung einer angemessenen Qualität, sichergestellt werden muss. Primäres Ziel sollte dabei sein, die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung zu erhalten und die Qualität der Versorgung durch inhaltlich-unterstützende und gegebenenfalls finanzielle Maßnahmen zu fördern.</p> <p>Die Bundesärztekammer unterstützt den Beschlussentwurf der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.</p>	<p>Die Einführung hiervon abweichender PKW-Fahrzeitminuten und Bemessungsgrößen für geburtshilfliche Abteilungen kann nach Ansicht der Bundesärztekammer nur bei Verfügbarkeit einer entsprechenden Datengrundlage und Folgenabschätzung durchgeführt werden. Hier würde es sich zudem empfehlen, entsprechende Neuerungen zunächst in ausgewählten Modellregionen einzuführen und entsprechend zu evaluieren. Grundsätzlich muss es möglich sein, unterschiedliche regionale Gegebenheiten und Infrastrukturen zu berücksichtigen.</p>	<p>LV/PatV: Bei der Geburt handelt es sich nicht um einen medizinischen Notfall. Angesichts der bereits vorhandenen Strukturen sollte die geburtshilfliche Versorgung auch eine vertretbare Fallzahl erreichen und über eine ausreichende Zahl an Fachkräften verfügen.</p> <p>Diese Einschätzung wird geteilt. Die planQI werfen derzeit mehr Fragen auf als sie beantworten. Daher müssen zumindest die ersten Erfahrungen damit ausgewertet werden.</p> <p>GKV-SV: § 136c Abs. 3 SGB V sieht Definition von bundeseinheitlichen Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG vor. Eine modellhafte Erprobung und Evaluation unterschiedlicher Vorgaben ist nicht vorgesehen. § 5 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG ermächtigt die Landesregierungen durch Rechtsverordnung</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>Von einer verschärften Verschränkung von planQI und Sicherstellungszuschlägen ist nach Meinung der Bundesärztekammer zum jetzigen Zeitpunkt abzuraten, solange der Nutzen nicht anhand wissenschaftlicher Evaluationen belegt ist. Auch hier schließt die Bundesärztekammer sich dem Vorschlag von DKG, KBV und Patientenvertretung an, nach dem die Landesbehörden im Falle unzureichender Qualität Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung, die vom Krankenhaus zu erfüllen sind, erlassen sollten.</p>		<p>ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen. Ferner sieht beispielsweise § 5 Abs. 3 des Beschlusses vor, dass die Feststellung der notwendigen Vorhaltungen im Rahmen einer Einzelfallprüfung durch die zuständigen Landesbehörden im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG vorgenommen werden kann. Eine Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten ist daher auf Basis der gesetzlichen Regelungen und des Beschlusses in ausreichendem Maße möglich.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p>	
3.	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) / 14.02.2018	Die DGKCH unterstützt grundsätzlich den in der rechten Spalte stehenden Vorschlag des GKV-SV wegen der besonderen Akzentuierung der kinderärztlichen Betreuungsnotwendigkeit.		LV: Siehe lfd. Nr. 1	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>Dabei sollte aber bedacht werden, dass es nicht nur um die Präsenz in der Geburtshilfe geht. Auch Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Adoleszente müssen im akuten Erkrankungsfall eine altersadäquate Versorgungsmöglichkeit erreichen können, und auch eine solche Kinderklinik sollte - unabhängig von der Geburtshilfe - bei entsprechender regionaler Struktur Sicherstellungszuschläge erhalten können.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV wird auch gut heißen wegen der Festlegung bzgl. Hebammen.</p>		<p>GKV-SV: Gegenstand der Beratungen ist die Erweiterung der sicherstellungszuschlagsrelevanten Vorhaltungen um die Gynäkologie und Geburtshilfe. Der GKV-Spitzenverband hat für die Ausweitung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auf basisversorgungsrelevante Leistungen der Geburtshilfe den vorliegenden Beschlussvorschlag eingebracht, der als notwendige Vorhaltung sowohl eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe als auch eine pädiatrische Fachabteilung vorsieht. Die Vorhaltung beider Fachabteilungen am Standort gewährleistet eine qualitativ hochwertige Versorgung, die die Anforderungen der maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften erfüllt. Der durch Sicherstellungszuschläge erhaltenswerte Standard ist demnach durch die Kombination beider Fachabteilungen definiert. Sicherstellungszuschläge für Kinderkliniken – unabhängig</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>von der Vorhaltung einer Geburtshilfe – sind nicht Gegenstand der Beratungen.</p> <p>DKG: Im Rahmen der Beratungen zur Erstfassung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen wurde die Forderung für mögliche Sicherstellungszuschläge für Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin oder selbstständige Kinderkrankenhäuser bereits von der DKG eingebracht. Daher begrüßt die DKG grundsätzlich die Forderung, dass unabhängig von einer geburtshilflichen Abteilung auch Abteilungen oder Krankenhäuser für Kinder- und Jugendmedizin, bei Erfüllung der notwendigen Kriterien (geringer Versorgungsbedarf und Erreichbarkeit) Sicherstellungszuschläge erhalten können müssen.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV, dass in geburtshilflichen Fachabteilung angestellte Hebammen vorgehalten werden müssen, ist abzulehnen, da auch</p>	<p>DKG: Ja (siehe Änderung des Beschlusses in § 3, § 4 Absatz 1, § 5 Absatz 1 und § 7 Absatz 8)</p> <p>Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>Fachabteilungen mit ausschließlich Beleghebammen bestehen, die für die flächendeckende Versorgung notwendig sind</p> <p>PatV: Beide Beschlussentwürfe bezwecken die notwendige Vorhaltung der Geburtshilfe zur Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung. Eine Verknüpfung mit einer pädiatrischen Fachabteilung entsprechend der Versorgungstufe III (perinataler Schwerpunkt) nach QFR-RL ist zwar aus Qualitätsgründen erstrebenswert. Im vorliegenden Zusammenhang aber erschwert sie zunächst einmal die Möglichkeit für Sicherstellungszuschläge für das Vorhalten der Geburtshilfe und ermöglicht auch nach Vorschlag des GKV-SV keinen gesonderten Sicherstellungszuschlag für das Vorhalten einer Pädiatrie. Einen solchen Vorschlag, wie von der DKG angedacht, würde die PatV grundsätzlich begrüßen.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
3a	Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) / 12.04.2018	Bei der Schließung einer Klinik durch Verweigerung von Sicherstellungszuschlägen ist zu berücksichtigen, ob die jeweils nächste erreichbare Klinik die räumliche und personelle Kapazität hat, die Versorgung dann aller Schwangeren zu übernehmen. <i>(allgemeiner Kommentar zum Beschlusssentwurf)</i>	Werden Kliniken im ländlichen Raum geschlossen, so verteilen sich die Schwangeren auf die benachbarten Kliniken. Bereits unter den aktuellen Bedingungen werden immer mehr Gebärende in ganz Deutschland abgewiesen, da die Kapazitäten der geburtshilflichen Versorgung erschöpft sind. Werden sie dennoch aufgenommen, leidet natürlich die Qualität der Versorgung unter der Überbelastung bei gleichzeitigem Personalmangel (vgl. u.a. [13]). Der Schließung unrentabler Kliniken in der Peripherie muss daher eine Aufstockung der Kapazität in den möglichen Ersatzkliniken vorausgehen, damit die Versorgungsengpässe nicht noch weiter zunehmen. (Quellen siehe Originalstellungnahme)	Kenntnisnahme	Nein
4.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.03.2018	Vorab sei an dieser Stelle anzumerken, dass bereits die im Rahmen der Erstfassung der Regelungen vorgetragenen Bedenken nach wie vor Geltung beanspruchen. Insbesondere die Versorgung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen sind aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie nicht beziehungsweise vollkommen unzureichend berücksichtigt und stellen daher einen wesentlichen Kritikpunkt an der Regelung auch in ihrer Neufassung dar. Zudem auch im Rahmen des aktuellen Verfahrens darauf verwiesen werden, dass die vorliegenden Doku-		GKV-SV: Die grundsätzlichen Bedenken der DGK wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Erstfassung dieser Regelungen gewürdigt. Siehe beispielsweise lfd. Nr. 5 der Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V vom 14.10.2016 (Anlage 3 zu TOP 5.1, UA BPL am 14.10.2016).	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>mente lediglich die Positionen von GKV-Spitzenverband einerseits und Deutscher Krankenhausgesellschaft / Kassenärztlicher Bundesvereinigung andererseits wiedergeben, ohne dass eine eindeutige Position hierbei erkennbar wäre. Gemäß Anschreiben vom 06. Februar 2018 soll der Unterausschuss Bedarfsplanung seine Beratung weitestgehend abgeschlossen haben. Das Ergebnis dieser Beratung erschließt sich aus den vorliegenden Unterlagen jedoch nicht. Gleichwohl wird zum Inhalt der insbesondere von GKV-Spitzenverband einerseits und Deutscher Krankenhausgesellschaft andererseits abgegebenen Positionen nachfolgend Stellung genommen</p> <p>Zusammenfassend bleiben auch die aktuellen Vorschläge hinter dem Zweck der gesetzlichen Regelung in § 136c SGB V zurück, verlässliche und klare Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen zu schaffen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden um damit die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.</p> <p>Eine klare und nachvollziehbare Regelung, die sich an den gesetzlichen Vorgaben orientiert und insbesondere die Besonderheiten der einzelnen Indikationen und Versorgungsbereiche berücksichtigt, ist daher nicht nur wünschenswert, sondern zwingend notwendig.</p>	<p>Diesen Vorgaben werden die aktuellen Vorschläge nicht gerecht, zumal die Position des Unterausschusses Bedarfsplanung auf der Grundlage der vorliegenden Dokumente und Informationen nicht nachvollzogen werden kann.</p>	<p>Der Beratungsstand ist in den Unterlagen dokumentiert.</p> <p>Gegenstand der Beratungen ist die Erweiterung der sicherstellungszuschlagsrelevanten Vorhaltungen um die Gynäkologie und Geburtshilfe.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>	

Spezifische Stellungnahmen

II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

§ 3 Flächendeckende Versorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
5.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society DGK) / 06.03.2018	<p>§ 3: In der Behandlung internistischer Krankheitsbilder kommt der Akutbehandlung des Herzinfarktes eine besondere Stellung zu. Sowohl die Sterblichkeit als auch das Auftreten bleibender Folgeschäden sind ganz entscheidend von dem Zeitintervall zwischen Beginn der Symptomatik und der Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes (Reperfusion) abhängig. Diese kardiologische Versorgung muss daher in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden, in der bisher lediglich allgemein (etwa auch im Rahmen der Regelungen die notwendigen Vorhaltungen betreffend, § 5) von der internistischen Versorgung gesprochen wird.</p>	<p>Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist weltweit die häufigste Todesursache. Über 7 Millionen Menschen sterben jährlich an der KHK, die für 12,8% aller Todesfälle verantwortlich ist. Eine Reihe kürzlich publizierter Studien berichten über einen Rückgang der akuten und Langzeit-Sterblichkeit nach ST-Streckenhebungsinfarkt (ST-Elevation Myocardial Infarction, STEMI). Dies wird durch den häufigeren Einsatz einer frühen Reperfusionstherapie, insbesondere der primären Katheterintervention (Percutaneous Coronary Intervention, PCI), der Therapie mit modernen antithrombotischen Medikamenten und der verbesserten Primär- und Sekundärprävention erklärt. Trotzdem ist der STEMI weiterhin mit einer bedeutsamen Mortalität verbunden.</p> <p>In Deutschland verstarben im Jahr 2010 fast 60.000 Menschen am akuten Herzinfarkt. Die Krankenhaussterblichkeit des STEMI liegt weiterhin bei 7-9%. Auch die Folgen des Infarktes wie Herzinsuffizienz, Reinfarkt und Rhythmusstörungen sind von ganz erheblicher medizinischer und ökonomischer Bedeutung. Viele Todesfälle treten in der Frühphase eines STEMI aufgrund von Kammerflimmern</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Der Grund für die gewählte Vorgehensweise ist die Schaffung einer methodisch in der Praxis anwendbaren Grundlage zur Gewährung eines Sicherstellungszuschlages. Dies wird auch der gängigen Krankenhausplanung gerecht, welche nicht auf einzelne Leistungsbestandteile abstellt, sondern die aggregierte Leistungsebene berücksichtigt. Siehe auch lfd. Nr. 11 der Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V vom 14.10.2016 (Anlage 3 zu TOP 5.1, UA BPL am 14.10.2016).</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>auf. Bei nach Herz-Kreislauf-Stillstand wieder belebten Patienten mit ST-Streckenhebungen im EKG stellt die sofortige Herzkatheteruntersuchung mit dem Ziel der primären PCI die Strategie der Wahl dar.</p> <p>Bei jedem Patienten mit Herzinfarkt ist eine Verkürzung der Zeit bis zum Beginn der Herzkatheteruntersuchung mit Reperfusionstherapie mit einem verbesserten klinischen Verlauf assoziiert. Die primäre PCI, definiert als notfallmäßige PCI, ist die bevorzugte Reperfusionstherapie bei Patienten mit STEMI, sofern diese unverzüglich durchgeführt werden kann. Die Zeit bis zur PCI mit Reperfusion ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf Mortalität und Morbidität der Herzinfarkt-Patienten. Bei Anmeldung des Patienten durch das zuweisende Krankenhaus oder den Rettungsdienst ist eine Door-to-Balloon-Zeit (Eintreffen im Krankenhaus bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Herzinfarktgefäßes) von < 60 Minuten realistisch, und wird in Deutschland bei mehr als der Hälfte der Patienten erzielt. Schwieriger ist die Abschätzung der Zeit zwischen erstem medizinischem Kontakt (EMK) und primärer PCI. Diese beträgt auch in städtischen Bereichen häufig über 90 Minuten. Insbesondere bei kurzer Symptomdauer und großen Infarkten besteht noch Verbesserungsbedarf, um den Vorteil der frühen Reperfusionstherapie mittels PCI zu erhalten. Hier ist eine sehr kurze Zeit (< 90 Minuten) zwischen EMK und primärer PCI zu fordern.</p>	<p>Gegenstand der Beratungen ist die Erweiterung der sicherstellungszuschlagsrelevanten Vorhaltungen um die Gynäkologie und Geburtshilfe.</p> <p>§ 7 Abs. 6 wird unverändert aus der Erstfassung des Beschlusses übernommen. Der Absatz dient insbesondere dazu, das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde nach § 5 Abs. 2 Satz 5 KHG festzulegen.</p> <p>Darüber hinaus ist festzuhalten, dass § 136c Abs. 3 SGB V die Definition von bundeseinheitlichen Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG vorsieht.</p> <p>Durch § 5 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG werden jedoch die Landesregierungen ermächtigt 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>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>Für die flächendeckende Versorgung in Deutschland ist daher zu fordern, dass Herzinfarktpatienten innerhalb von 30 Minuten Zugang zu einer Klinik mit einer möglichst interventionellen Reperfusionstherapie haben. Die Zeitintervalle bis zur Therapie einfache und sofort nachvollziehbare Indikatoren für die Versorgungsqualität von Herzinfarktpatienten.</p> <p>Die Definition, wann eine flächendeckend ausreichende Erreichbarkeit anhand von Fahrzeitminuten gegeben ist, hat sich letztendlich ausweislich der gesetzlichen Begründung auch an regionalen und geografischen Kriterien zu orientieren.</p> <p>Die Festlegung von 30 oder ggf. 45 Minuten (Vorschlag GKV-SV) erscheint dabei willkürlich gewählt und berücksichtigt nicht gegebenenfalls bestehende Besonderheiten im Einzelfall.</p>	<p>Daher sollten diese Zeitintervalle in jedem Krankenhaus, welches an der Versorgung von Infarktpatienten teilnimmt, routinemäßig erfasst und regelmäßig überprüft werden.</p> <p>Die in § 7 Abs. 6 vorgesehene Möglichkeit der Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten ist aus Sicht der DGK jedenfalls zu unbestimmt, um im konkreten Einzelfall Planungssicherheit zu gewährleisten.</p>	<p>Ferner sieht beispielsweise § 5 Abs. 3 des Beschlussentwurfs vor, dass die Feststellung der notwendigen Vorhaltungen im Rahmen einer Einzelfallprüfung durch die zuständigen Landesbehörden im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG vorgenommen werden kann.</p> <p>Eine Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten ist daher auf Basis der gesetzlichen Regelungen und des Beschlussentwurfs in ausreichendem Maße möglich.</p>	
5a	Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) / 08.03.2018	<p>§ 3: In dem vorgelegten Beschlussentwurf zur Änderung der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen unterstützen wir die Position des GKV-Spitzenverbandes, der für die stationäre Versorgung von Kindern besondere Regelungen vorsieht.</p>	<p>Kinder und Jugendliche haben ein identisches Recht auf fachärztliche und qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung wie Erwachsene. Diese Versorgung erfolgt in Kinderabteilungen oder Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin. Diese Versorgung flächendeckend in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnort zu sichern, sehen wir als notwendig an. Sicherstellungszuschläge nach § 136c Absatz 3</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 3</p>	<p>GKV-SV: Nein</p> <p>DKG: Ja (siehe Änderung des Beschlussentwurfs in § 3, § 4 Absatz 1, § 5 Ab-</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			SGB V können hierzu einen guten Beitrag leisten.		satz 1 und § 7 Absatz 8)
6.	Bundesärztekammer (BÄK) / 06.03.2018	<p>§ 3 Satz 3 GKV-SV: Die Bundesärztekammer stellt in diesem Zusammenhang fest, dass es keine wissenschaftlichen Daten oder Rationale gibt, die eine Erhöhung der PKW-Fahrminuten um 50% - von 30 auf 45 Minuten – rechtfertigt.</p>	<p>Es ist kaum erklärbar, warum einer schwangeren Frau und ihrem ungeborenen Kind in der Notsituation eine längere Fahrzeit zugemutet werden soll, als einer Patientin/einem Patienten mit einem internistischen oder chirurgischen Notfall. Die Einhaltung strukturell-qualitativer Mindeststandards ist für die Geburtshilfe von besonderer Bedeutung, dies gilt jedoch auch für die medizinische Versorgung schlechthin. Die Sicherstellungszuschläge sollten dazu dienen, die Einhaltung von Mindeststandards in allen basisversorgungsrelevanten Fächern in der Fläche zu ermöglichen. Mit PKW-Erreichbarkeitsmaßen von 45 Minuten (die unter schlechten Verkehrs- und Wetterbedingungen nochmals deutlich höher anzusetzen sind) ist dies nicht gewährleistet. In den tragenden Gründen verweist die GKV-Seite auf den Abschlussbericht des „Runden Tisches Geburtshilfe“ Nordrhein-Westfalen. Wörtlich führt die GKV-Seite dazu aus: „Eine Erreichbarkeitsuntergrenze deutlich oberhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten sehen auch die Empfehlungen des Abschlussberichts „Runder Tisch Geburtshilfe“ vor, ... Dieser empfiehlt, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von maximal 45 Minuten eine geburts-hilfliche Klinik erreichen können solle.“ Tatsächlich ist der Abschlussbericht des „Runden</p>	<p>LV: Bei der Geburt handelt es sich nicht um einen medizinischen Notfall. Angesichts der bereits vorhandenen Strukturen sollte die geburtshilfliche Versorgung auch eine vertretbare Fallzahl erreichen und über eine ausreichende Zahl an Fachkräften verfügen.</p> <p>GKV-SV: Die in § 3 Satz 3 des Beschlusses des GKV-Spitzenverbandes spezifizierte Erreichbarkeitsnorm in Höhe von 45 Minuten PKW-Fahrzeit ist als Schwellenwert für den motorisierten Individualverkehr definiert. Für die Erreichbarkeit in Notsituationen bzw. für Notfälle ist die Erreichbarkeit mit Rettungsmitteln entscheidend. Diese sind nicht Gegenstand der Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. Inhaltlich ist die Erreichbarkeitsnorm von 45 Pkw-Fahrzeitminuten wie folgt motiviert:</p>	<p>LV: Ja LV schließt sich Vorschlag GKV-SV zu § 3 Abs. 1 Satz 3 an (45 Minuten Fahrzeit)</p> <p>GKV-SV/DKG: Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Tisches“ viel differenzierter. Dort heißt es zunächst: „Die bei abnehmender Zahl geburtshilflicher Angebote erforderlichen Maßnahmen sollten die unterschiedliche lokale Infrastruktur berücksichtigen und ermöglichen, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann.“ Diese Handlungsempfehlung nennt also einen Rahmen (20 bis maximal 45 Minuten), der offenbar die unterschiedlichen Sichtweisen der Teilnehmer widerspiegelt. Tatsächlich macht der Abschlussbericht in der „Schlussbemerkung“ klar, dass zum Thema Erreichbarkeit gerade kein Konsens am Runden Tisch erreicht wurde: „Zu den gegensätzlichen Standpunkten flächendeckende Versorgung oder Zentralisierung konnte keine gemeinsame Empfehlung erarbeitet werden. Vor allem vor dem Hintergrund verschiedener versorgungsrelevanter Szenarien unter konkreten qualitätsorientierten Bedingungen für die klinische und außerklinische Geburt blieben die fachlichen Standpunkte konträr. Dies gilt auch für die Abwägung zwischen der freien Wahl des Geburtsortes und der übereinstimmend als notwendig bewerteten schnellen Erreichbarkeit einer leistungsfähigen geburtshilflichen Abteilung (aus Sicht der DGGG 30 bis 45 Minuten, bei Sekundärverlegung 20 Minuten).“ Die Position der Fachgesellschaft wird hier also zitiert, aber ausdrücklich als kontrovers bezeichnet. Und selbst diese Position wird nicht mit „45 Minuten“, sondern mit „30 bis 45</p>	<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 ist für die Erweiterung der Sicherstellungsregelungen um die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung anzupassen, um eine für den ländlichen Raum realistische Untergrenze zu definieren, die gleichzeitig einen unter medizinischen Gesichtspunkten vertretbaren Schwellenwert darstellt. Diese Anpassung und notwendige, formale Folgeänderungen werden in den Sätzen 2 bis 6 umgesetzt. Dabei wurde folgender Grundsatz berücksichtigt, der in der 204. Stellungnahme der Deutschen</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Minuten“ wiedergegeben. Sie trägt außerdem einen Zusatz: Das „weite Netz“ der „30 bis 45“-Minuten-Erreichbarkeit ist auch aus Sicht der DGGG nur unter der Bedingung vertretbar, dass für Sekundärverlegungen eine Erreichbarkeit von 20 Minuten gewährleistet werden kann.</p>	<p>Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe pointiert formuliert wurde: „Nicht kurze Wege, sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, erhöht die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind.“ Im Unterschied zu den basisversorgungsrelevanten Leistungen der Inneren Medizin und der Chirurgie ist demnach ein hoher Versorgungsstandard für die Leistungen der Geburtshilfe und Pädiatrie deutlich wichtiger als ein niedrigerer Erreichbarkeitsstandard.</p> <p>DKG/PatV: Zustimmende Kenntnisnahme</p>	
7.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) / 06.03.2018	<p>§ 3 Satz 3 GKV-SV: Im „Abschlussbericht des Runden Tisches Geburtshilfe“ des Landes NRW von 2015 wird von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bereits eine Fahrtzeit von 30-45 Minuten als angemessen angesehen. Eine PKW-Fahrtzeit von 45 Minuten (und schnellerer Verlegung z.B. mittels Hubschrauber) kann deshalb als angemessen angesehen werden.</p>	<p>Wissenschaftliche Daten welche Einwohnerzahl in welcher PKW-Fahrtzeit eine geburts-hilfliche Klinik erreicht haben müssen fehlen. Aus skandinavischen Ländern wissen wir jedoch, dass eine Zentralisierung der Geburtshilfe sich nicht nachteilig auf die Versorgungsqualität auswirkt. Im Gegenteil zeigen Länder wie Finnland, Schweden und Norwegen eine geringere perinatale Mortalität als Deutschland.</p>	<p>LV: Für LV ist die Argumentation der DGGG schlüssig und nachvollziehbar und entspricht den Erfahrungen in den Ländern. Unter Berücksichtigung dieser Argumentation wird ein PKW-Fahrtzeit von 45 Minuten als sinnvoll erachtet.</p>	<p>LV: Ja Siehe lfd. Nr. 6</p> <p>GKV-SV/DKG: Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Wie in der 204. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bereits ausgeführt, erhöhen „nicht „kurze Wege“, sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines Perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind. Diese sollte an oberster Stelle stehen bei der Diskussion um optimale Versorgungsstrukturen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG/PatV: Da die Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe wohnortnah und flächendeckend zu erbringen sind und häufig in Anspruch genommen werden, handelt es sich hierbei um basisversorgungsrelevante Leistungen. Aufgrund dessen sind die bestehenden Vorgaben auch für die Gynäkologie und Geburtshilfe sachgerecht und es werden 30 PKW Fahrzeitminuten zugrunde gelegt. Die Versorgung von Neugeborenen wird in der Regel anhand mehrstufiger Konzepte, bestehend aus Perinatalzentren (PZ) und geburtshilflicher Regelversorgung, geplant. Die ortsnahe Versorgung findet weiterhin in Geburtskliniken (Entbindung reifer Neugeborener ohne Risiko) statt.</p>	
7a	Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) / 08.03.2018	§ 3 Satz 3 GKV-SV: In § 3 „Flächendeckende Versorgung“ empfehlen wir einen Fahrtzeitwert für Kinder von 40 Minuten	Siehe lfd. Nr. 5a	DKG: siehe lfd. Nr. 8	DKG: Ja (siehe Änderung des Beschlusses im § 3)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>GKV-SV: Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 6</p> <p>PatV: Siehe lfd. Nr. 3; ein gesonderter Fahrtzeitwert für Kinder und Jugendliche wäre sinnvoll, wenn für die Vorhaltung einer Pädiatrie ggf. auch ein gesonderter Sicherstellungszuschlag vorgesehen würde, aber nicht bei einer Verknüpfung mit der Geburtshilfe</p>	<p>GKV-SV: Nein</p>
8.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 06.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 05.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V.</p>	<p>§ 3 Satz 3 GKV-SV: Die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur flächendeckenden Versorgung sind grundsätzlich zu begrüßen. Im Sinne einer Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen ist allerdings nicht nachvollziehbar, dass die maximalen Fahrtzeiten bis zur nächsten Versorgungsmöglichkeit statt 30 Minuten 45 Minuten betragen sollen.</p>	<p>Unter dem Dach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) vereinten Verbände hatten in Würdigung der Versorgungsrealität eine maximale Fahrtzeit von 40 Minuten konsentiert. Damit wäre eine Gefährdung der flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistung für Kinder bei einer Fahrtzeit von 40 Minuten erreicht.</p>	<p>LV: Die Stellungnahme der DGKJ bezieht sich nicht auf die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung, sondern auf eine – hier nicht angefragte – mögliche Sicherstellung in der Pädiatrie. Anhand der geringen stationären Fallzahlen in der Kinder- u. Jugendmedizin, des stark ausgeprägten ärztlichen Fachkräftemangel und der hohen Spezialisierungsanforderungen in der Kinder- u. Jugendmedizin sind die angestellten Überlegung illusionär. Der Sicherstellungszuschlag dient dazu, die geburtshilfliche Grundversorgung sicher zu stellen. Die Vorhaltung einer</p>	<p>LV: Ja LV schließt sich Vorschlag DKG zu § 5 Abs. 1 an</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	(GPGE) / 05.03.2018			<p>Fachabteilung Pädiatrie (bzw. Kinder- u. Jugendmedizin) als Vorgabe zu machen, lässt den Sicherstellungszuschlag ins Leere laufen und führt zu einer weiteren Ausdünnung der geburtshilflichen Versorgung. Zudem würden an Häuser, die einen Sicherstellungszuschlag höhere Anforderungen gestellt, als an Häuser, die diesen nicht benötigen.</p> <p>Die LV spricht sich daher dafür aus, in § 5 Abs. 1 dem DKG/KBV Vorschlag zu folgen.</p> <p>GKV-SV: Gegenstand der Beratungen ist zunächst die Erweiterung der sicherstellungszuschlagsrelevanten Vorhaltungen um die Gynäkologie und Geburtshilfe. Der GKV-Spitzenverband hat für die Ausweitung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auf basisversorgungsrelevante Leistungen der Geburtshilfe den vorliegenden Beschlussvorschlag eingebracht, der als notwendige Vorhaltung sowohl eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Ge-</p>	<p>GKV-SV: Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>burtshilfe als auch eine pädiatrische Fachabteilung vorsieht. Die Vorhaltung beider Fachabteilungen am Standort gewährleistet eine qualitativ hochwertige Versorgung, die die Anforderungen der maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften erfüllt. Der durch Sicherstellungszuschläge erhaltene Standard ist demnach durch die Kombination beider Fachabteilungen definiert. Sicherstellungszuschläge für Kinderkliniken – unabhängig von der Vorhaltung einer Geburtshilfe – sind nicht Gegenstand der Beratungen. Demnach stellt die Erreichbarkeitsvorgabe in § 3 Satz 3 hinsichtlich der notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 auf die fachlichen Erwägungen für die Gynäkologie und Geburtshilfe ab. Siehe auch Lfd. Nr. 6 und Lfd. Nr. 7.</p> <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 3 Die von der DGKJ, GNP und GPGE vorgeschlagenen PKW-Fahrtzeitminuten für die Pädiatrie von 40 Minuten entsprechen</p>	<p>DKG: Ja (siehe Änderung des Beschlusses im § 3)</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>der DKG-Forderung im Rahmen der Erstfassung dieser Regelungen.</p> <p>PatV: Siehe lfd. Nr. 3 und 7a</p>	
8a	<p>Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) / 12.04.2018</p>	<p>§ 3 Satz 3 GKV-SV: Eine flächendeckende Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrzeitminuten sollten nicht nur für Chirurgie/Innere Medizin, sondern auch für die Geburtshilfe sowie Pädiatrie gelten (§3, §5 Abs.1, Satz 1, Nr. 1&2)</p>	<p>Das im Raumordnungsgesetz (ROG) § 2 [10] formulierte Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse in ganz Deutschland ist zu berücksichtigen. Es bezieht sich ausdrücklich auf die Faktoren Infrastruktur und Daseinsvorsorge. In diesem Sinne ist es kaum begründbar, dass Frauen im ländlichen Raum eine Fahrtzeit von bis zu 45 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 acht 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. 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. Weiterhin erscheint es nicht gerechtfertigt, dass eine chirurgische bzw. internistische Versorgung schneller gewährleistet sein sollte als eine geburtshilfliche, da geburtshilfliche</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 8</p>	<p>Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Notfälle Eingriffe erfordern, die sich in ihrer Dringlichkeit nicht von chirurgischen bzw. internistischen Akutsituationen unterscheiden lassen.</p> <p>(Quellen siehe Originalstellungnahme)</p>		
8b	<p>Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) / 12.04.2018</p>	<p>Tragende Gründe zu § 3: Die Argumentation des GKV-SV, kurze Wege seien weniger wichtig als eine qualitativ hochwertige Betreuung in einer Schwerpunktambulanz, vereinfacht die komplexen Zusammenhänge von Versorgungsqualität unzulässig stark. (Tragende Gründe 2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4, zu § 3 Sätze 2 bis 9)</p>	<p>Zunächst stützt sich diese Argumentation des GKV-SV allein auf die Stellungnahme der DGGG von 2014 [3]. Das ist insofern problematisch, als die Uneindeutigkeit der Studienlage zur Frage des Zusammenhangs zwischen der Größe einer Geburtsklinik und der Anzahl unerwünschter Outcomes, in dieser Stellungnahme nicht erwähnt wird. Stattdessen beruft sich die DGGG [3] maßgeblich auf Studien, wie z.Bsp. auf die von Heller et al. [4] in Hessen durchgeführten, die belegen, „dass die perinatale Mortalität und Morbidität bei Hochrisikogeburten durch eine Zentralisierung in entsprechend personell und strukturell ausgestatteten Perinatalzentren deutlich sinkt“ [3].</p> <p>Wir möchten im Folgenden auf andere Studien hinweisen, deren Ergebnisse darauf hindeuten, dass weitere Kriterien und Zusammenhänge berücksichtigt werden sollten, wenn Erreichbarkeit und Versorgungsqualität gegeneinander abgewogen werden.</p> <p>Eine norwegische Studie [8] gibt Hinweise, dass es keineswegs einen linearen Zusammenhang zwischen der Geburtenanzahl in einer Klinik und den vermeidbaren neonatalen</p>	Siehe lfd. Nr. 6	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Todesfällen gibt. Auch wenn eine Größe zwischen 2000 und 3000 Geburten die besten Ergebnisse zu erbringen scheint, verweisen Moster et al. [8] auf ältere Studien, die zeigen, dass es für Kinder mit einem Geburtsgewicht über 2500 g keine Vorteile, möglicherweise sogar Nachteile hat, in einer großen Klinik geboren zu werden.</p> <p>Eine australische Studie von 2006 [12] fand keinen Zusammenhang zwischen der Größe der Klinik und den perinatalen Outcomes. Auch Heller et al. [5] verweisen darauf, dass die kausalen Faktoren für die von ihnen gefundenen Unterschiede im Outcome zwischen großen und kleinen Kliniken noch nicht benannt werden können. Es ist demnach denkbar, dass ungünstigere Outcomes in kleinen Kliniken nicht durch die Geburtenanzahl, sondern durch organisatorische Faktoren begründet sind.</p> <p>Auch Poeran et al. [9] vermuten eher organisatorische Hindernisse innerhalb der Kliniken, die sich für einige Frauen allerdings negativ bei Zentralisierung geburtshilflicher Versorgung auswirken.</p> <p>Neben der widersprüchlichen Studienlage zur Bedeutung der Größe der jeweiligen Kliniken, gibt es auch Hinweise darauf, dass eine längere Fahrtzeit zur geburtshilflichen Klinik einen ungünstigen Einfluss auf das perinatale Outcome hat.</p> <p>Bei einer Fahrtzeit zwischen 31 und 45 Minuten erhöhen sich das Risiko von Unregelmä-</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>ßigkeiten der fetalen Herzfrequenz, von grünem Fruchtwasser als Hinweis auf fetalen Stress sowie von ungeplanten, außerklinischen Geburten [2, S. 225, 228]. Ravelli et al. [11] gehen bereits bei einem Fahrtweg von über 20 Minuten von einem erhöhten Sterberisiko aus. Darüber hinaus steigt die Anzahl präpartaler Krankenhausaufenthalte deutlich an [2].</p> <p>Heller et al. [6] bewerten die Entscheidungseingriffszeit (E-E-Zeit) im Hinblick auf geburts- hilffiche Notfälle als einen relevanten Quali- tätsfaktor. 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 möglicher- weise bedeutsamere Größe für die Sicherheit von Mutter und Kind. Folgt man dieser Argu- mentation, so liegt auf der Hand, dass die An- fahrtswege zu einer Klinik in vielen Fällen die E-E-E-Zeit maßgeblich beeinflussen, da die kritischen Ereignisse (vgl. hierzu [2]) keines- wegs erst in der Klinik zu erwarten sind. Die Auswirkungen der Entfernungen zur nächsten Klinik auf die perinatale Gesundheit von Mut- ter und Kind müssen bei der Diskussion um die Grenzen von Fahrtzeiten berücksichtigt und die Anfahrtswege zur Klinik sollten im Hin- blick auf die Qualität der Versorgung kurz ge- halten werden.</p> <p>Nicht zuletzt werden die Wünsche und Bedürf- nisse der Nutzerinnen der geburtshilffichen Versorgung in Bezug auf die Fahrzeit in der Argumentation des GKV-SV vernachlässigt.</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Combiert et al. [2] geben an, dass 90% der von ihnen befragten schwangeren Frauen eine geburtshilfliche Klinik präferieren, die in einer Fahrtzeit von bis zu 30 Minuten erreichbar ist [2, S. 228-9]. Vor diesem Hintergrund erscheint die Vermutung der DGGG [3], dass betroffene Frauen weitere Wege zu einer Klinik einer höheren Versorgungsstufe akzeptieren würden und die Mobilität junger Frauen unterschätzt werde, gewagt.</p> <p>(Quellen siehe Originalstellungnahme)</p>		
8c	Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) / 12.04.2018	<p>Tragende Gründe zu § 3: Der Argumentation des GKV-SV, auch im Abschlussbericht „Runder Tisch Geburtshilfe“, der vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen beauftragt wurde und der 2015 erschien, würde eine Zeitraum von 45 Minuten bis zum Erreichen der nächstgelegenen geburtshilflichen Klinik empfohlen werden, ist nicht akzeptabel. (Tragende Gründe 2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4, Zu § 3 Sätze 2 bis 9)</p>	<p>Im zitierten Abschlussbericht des MGEPA [7] heißt es: „Die bei abnehmender Zahl geburtshilflicher Angebote erforderlichen Maßnahmen sollten die unterschiedliche lokale Infrastruktur berücksichtigen und ermöglichen, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann.“ [7, S. 13]. Hier wird ein Zeitraum angegeben, innerhalb dessen Schwangere eine geburtshilfliche Klinik erreichen können sollten, wobei 45 Minuten eindeutig als „maximal“ gekennzeichnet werden. Es ist unzulässig diese Angabe als eine grundsätzlich angemessene Anfahrtszeit von 45 Minuten umzudeuten. Ergänzend wird in dem Bericht „Runder Tisch Geburtshilfe“ ausgeführt, dass zu den gegensätzlichen Standpunkten „flächendeckende Versorgung“ und „Zentralisierung“ im Ab-</p>	Siehe lfd. Nr. 6	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>schlussbericht keine gemeinsame Empfehlung erarbeitet werden konnte [7, S. 75]. Dieser Hinweis macht u.E. deutlich, dass der Bericht dementsprechend differenziert zu zitieren ist.</p> <p>(Quellen siehe Originalstellungnahme)</p>		
9.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 06.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 05.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) / 05.03.2018</p>	<p>§ 3 Satz 3 GKV-SV: Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 3 zu den Fahrzeitminuten für Kinder von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.</p> <p>Die PKW-Fahrzeitminuten betragen für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1: 30 PKW-Fahrzeitminuten für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2: 45 <u>40</u> PKW-Fahrzeitminuten.</p>	Siehe lfd. Nr. 8	<p>LV/GKV-SV/DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 8</p>	<p>LV/GKV-SV: Nein</p> <p>DKG: Ja (siehe Änderung des Beschlusses im § 3)</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
10.	Bundesärztekammer (BÄK) / 06.03.2018	§ 3 Satz 7-8 GKV-SV: Zweifelhaft ist nach Ansicht der Bundesärztekammer auch die Bezugsgröße der Anzahl der Kinder für das Betroffenheitsmaß.	Richtig wäre hier, die Anzahl von Frauen im geburtsfähigen Alter als Bezugsgröße zu wählen. Es ist schwer vorstellbar, warum diese Daten nicht verfügbar sein sollten.	<p>LV: LV stimmt hier der BÄK zu. Eine Verknüpfung mit der Zahl der Kinder ist für eine geburts- hilfliche Einrichtung nicht sinnvoll.</p> <p>GKV-SV: Die Bezugsgröße für das Betroffenheitsmaß, das für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 angewendet wird, muss sowohl die Vorhaltungen der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe als auch einer pädiatrischen Fachabteilung umfassen. Es bietet sich dabei an auf die Kinder (Einwohner < 18 Jahre) abzustellen, das diese Kennziffer sowohl die Anzahl der Geburten als auch die Anzahl der zu versorgenden Kinder aufgreift.</p> <p>DKG/PatV: Grundsätzlich teilt die DKG die Einschätzung der BÄK, dass es sachgerecht wäre, die Frauen im gebärfähigen Alter als Bezugsgröße zu wählen. Hierzu stehen aufgrund der Kleinteiligkeit der betrachteten Regionen keine statistischen</p>	<p>LV: Ja Siehe lfd. Nr. 11</p> <p>GKV-SV/DKG: Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Daten zur Verfügung. Daher finden die bestehenden Vorgaben in der Form auch für die Gynäkologie und Geburtshilfe Anwendung.	
11.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) / 06.03.2018	<p>§ 3 Satz 7-8 GKV-SV: Die Anzahl der betroffenen Patientinnen ist hierbei nicht genauer definiert – die DGGG möchte aber darauf hinweisen, dass es sich bei 5.000 „Einwohnern“ um Männer und Frauen handelt und zusätzlich das Attribut „gebärfähige Frauen“ nicht berücksichtigt ist (welche in ländlichen Regionen wahrscheinlich eher einen zum Durchschnitt niedrigeren Anteil ausmachen). Vor diesem Hintergrund besteht Diskussionsbedarf, warum bei Kindern diese Anzahl in § 4 Absatz 1, Satz 3 geschätzt wurde, hier jedoch nicht darauf eingegangen wird. Insgesamt könnte die Anzahl – wenn man nur „alle“ Frauen betrachtet, z.B. mit 2 multipliziert werden. Dies würde bezogen auf die Gesamtbevölkerung von 10.000 Personen ca. 5.000 Frauen entsprechen.</p>		<p>LV: LV hält die Überlegungen für nachvollziehbar und praktikabel.</p> <p>GKV-SV/DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 10</p>	<p>LV: Nein</p> <p>GKV-SV/DKG: Nein</p>
12.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 06.03.2018	<p>§ 3 Satz 7-8 GKV-SV: Wir schlagen daher vor, den Wert in Satz 3 zu den Fahrzeitminuten für Kinder von 45 Minuten auf 40 Minuten zu reduzieren.</p> <p>Abweichend von Satz 7 liegt für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 dann eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung vor, wenn durch die</p>	Siehe lfd. Nr. 8	<p>LV/DKG/GKV-SV/PatV: Siehe lfd. Nr. 8</p>	<p>LV/GKV-SV: Nein</p> <p>DKG: Ja (siehe Änderung des Beschlusses im § 3)</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 05.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) / 05.03.2018</p>	<p>Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 800 Kinder (Einwohner bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) PKW Fahrzeiten von mehr als 45 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).</p>			
12a	<p>Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) / 08.03.2018</p>	<p>§ 3 Satz 7-8 GKV-SV: In § 3 Satz 8 empfehlen wir den Wert zum Betroffenheitsmaß von 45 auf 40 Minuten zu reduzieren.</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 5a</p>	<p>DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 8</p> <p>GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 6</p>	<p>DKG: Ja (siehe Änderung des Beschlusses im § 3)</p> <p>GKV-SV/ KBV/LV/PatV: Nein</p>

§ 4 Geringer Versorgungsbedarf

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
13.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.03.2018	§ 4 DKG/KBV / § 4 GKV-SV: Eine obligatorische Vorgabe des Gesetzgebers ist auch im Hinblick auf den Begriff des geringen Versorgungsbedarfs gegeben. Der G-BA hat dabei Festlegungen zu treffen, um einen geringen Versorgungsbedarf von Unwirtschaftlichkeiten als mögliche Ursache von Defiziten in einem Krankenhaus unterscheiden zu können. Insofern sollen keine Defizite aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden. Unbeantwortet bleibt dabei jedoch die Frage, wie aufgrund einer strukturellen Schwäche eines Krankenhauses (Versorgungsnotwendigkeit in versorgungsschwachen Gebieten) bedingte Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden sollen. Hierbei kommt es Einzelfall zu kaum zu differenzierenden Fallkonstellationen, auf die weder in der ursprünglichen Regelung noch im aktuell vorliegenden Entwurf Antworten gegeben worden sind.	Entscheidendes Ziel muss die Sicherstellung der Versorgung für die Patienten sein, sodass sich eine allzu starre Abgrenzung verbietet.	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 5	GKV-SV/DKG: Nein
14.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 06.03.2018	§ 4 GKV-SV: Auch die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zum geringen Versorgungsbedarf sind grundsätzlich zu begrüßen.	Siehe lfd. Nr. 15-16	GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/DKG: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 05.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) / 05.03.2018</p>				
15.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 06.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 05.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie</p>	<p>§ 4 Absatz 1 Satz 3 GKV-SV: Allerdings schlagen wir vor die Definition „geringer Versorgungsbedarf für Kinder“ mit einer Einwohnerdichte von 16 Kinder je Quadratkilometer auf 22 Kinder je Quadratkilometer zu erhöhen. Abweichend von Satz 2 liegt für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ein geringer Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 <u>22</u> Kindern je Quadratkilometern (16 <u>22</u> E. < 18 Jahre/km²) liegt.</p>	<p>Ein geringer Versorgungsbedarf liegt nach dem GKV-SV-Vorschlag vor, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 Kindern je Quadratkilometer (16 E. < 18 Jahre/km²) liegt. Dem zugrunde liegt die Formulierung (GKV-SV und DKG), dass ein geringer Versorgungsbedarf bei unter 100 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt. Näherungsweise geht der GKV-SV in seinem Vorschlag davon aus, dass bei einem Bevölkerungsanteil von 16% unter 18 Jahre hier dieser Wert anzuwenden ist. Berücksichtigt werden sollte allerdings aus unserer Sicht auch, dass die Krankenhaushäufigkeit von Kindern und Jugendlichen um 1/3 geringer ist, als die von Erwachsenen. Das bedeutet für die stationäre Versorgung von</p>	<p>LV: LV lehnt eine Verknüpfung der Sicherstellung für die Geburtshilfe mit der Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin ab.</p> <p>GKV-SV: Die Erstfassung dieser Regelung sieht 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</p>	<p>LV/GKV-SV: Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>und Ernährung e.V. (GPGE) / 05.03.2018</p>		<p>Kindern, dass für die Definition „geringer Versorgungsbedarf“ eine adjustierte Kinderdichte von $16 + \frac{1}{3}$, hier aufgerundet auf 22 E. < 18 Jahre/km² anzuwenden ist. Mit dieser Änderung wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass eine defizitäre Kinderabteilung bei 22 E. < 18 Jahre/km² dies auch aufgrund von geringem Versorgungsbedarf und nicht wegen Unwirtschaftlichkeit ist.</p>	<p>Quadratkilometer (100 E./km²) liegt. Dieser Ansatz entspricht der Typisierung als „dünn besiedelte ländliche Region“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Ausgehend von diesen Regelungen sieht Satz 3 des Regelungsentwurfs vor, dass für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und einer pädiatrischen Fachabteilung unter Berücksichtigung des bundesdurchschnittlichen Kinderanteils ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt, wenn die durchschnittliche Kinderdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 Kindern je Quadratkilometer (16 E. < 18 Jahre/km²) liegt. Zu berücksichtigen ist, dass der im vorliegenden Beschlussentwurf des GKV-Spitzenverbandes gewählte Bezug auf die bundesdurchschnittliche Kinderdichte die reale Kinderdichte in dünn besiedelten ländlichen Regionen schon überschätzt. Diese liegt bei ca.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>13,5 Kindern je Quadratkilometer. Eine weitere Anhebung des Kinderdichte-Schwellenwertes ist daher nicht zielführend.</p> <p>DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 3 Bei einer Aufnahme der Kinder- und Jugendmedizin in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen wäre diese von der DGKJ, der GNP und der GPGE vorgeschlagene Kinderdichte sachgerecht.</p>	<p>DKG: Ja (siehe Änderung des Beschlusses im § 4 Absatz 1)</p>
16.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 06.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 05.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie</p>	<p>§ 4 Absatz 1 Satz 4 Ziffer 2 GKV-SV: In Absatz 1 Satz 4 Ziffer 2 (möglicherweise auch für Ziffer 1) einen logischen Fehler, auf den wir aufmerksam machen wollen und um dessen Korrektur wir ausdrücklich bitten.</p> <p>Das Versorgungsgebiet ergibt sich „2. für <u>bestehende</u> Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 aus den bewohnten geographischen Einheiten, die im 45-PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus liegen für die <u>das Krankenhaus das nächstgelegene nach PKW-Fahrzeitminuten ist.</u>“</p>	<p>Die Definition des Versorgungsgebietes darf sich nicht beschränken auf den 45- bzw. 40-PKW-Fahrzeitminuten-Radius, sondern muss aus allen Kommunen bestehen, für die die betrachtende Klinik die nächstgelegene ist. Ansonsten würden alle Regionen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses mit Geburtshilfe und Pädiatrie, die bereits jetzt Fahrzeiten von mehr als 45 bzw. 40 Minuten in Kauf nehmen müssen, nicht angemessen berücksichtigt.</p>	<p>LV: Unabhängig von der unterschiedlichen Auffassung zur Frage der Vorhaltung Pädiatrie, ist das inhaltliche Argument hier richtig und muss berücksichtigt werden.</p> <p>GKV-SV: Die vorgesehene Regelung ist schlüssig und konsistent. Versorgungs- bzw. Marktgebiete, die anhand von Fahrzeit- oder Kilometerschwellenwerten definiert werden, sind in der Versorgungsforschung und -planung sowie der Krankenhausmarktanalytik gängig. Die Regelung baut außerdem auf der</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>und Ernährung e.V. (GPGE) / 05.03.2018</p>			<p>in der Erstfassung des Beschlusses vorgesehenen Regelung auf. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die seitens der pädiatrischen Fachgesellschaften vorgeschlagene Regelung dazu führen würde, dass Gebiete, die sich innerhalb eines 45 PKW-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus befinden, bei der Berechnung des geringen Versorgungsbedarfs nicht berücksichtigt werden, sofern das Krankenhaus nicht das nächstgelegene Krankenhaus ist. Damit würde das Einzugs- bzw. Versorgungsgebiet des Krankenhauses verzerrt.</p> <p>DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme</p>	

§ 5 Notwendige Vorhaltungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
17.	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) / 05.03.2018	<p>§ 5: Ergänzung der Liste der zur Versorgung von Notfällen in der Grund- und Regelversorgung notwendig vorzuhaltenden Fachabteilungen um die Fachabteilung für Anästhesiologie.</p>	<p>Es ist aus Sicht der DGAI dringend erforderlich, die Liste der notwendigen Vorhaltungen in § 5 des GKV-SV- bzw. des DKG/KBV-Vorschlages um die Fachabteilung für Anästhesiologie zu ergänzen.</p> <p>Die Anästhesiologie ist für die Notfall- und Grundversorgung der Bevölkerung von essentieller Bedeutung. Das Vorhandensein einer Fachabteilung für Anästhesiologie ist unabdingbar für die Durchführung von Operationen und ebenfalls heilerfolgsrelevant für eine Reihe von interventionellen Eingriffen in der konservativen Medizin, bei der Akutschmerztherapie und bei bestimmten bildgebenden Verfahren. Sie ist auch in der Geburtshilfe bei der Versorgung von Kaiserschnittpatientinnen oder ggf. bei der Erstversorgung von Neugeborenen unverzichtbar.</p> <p>Ein anästhesiologischer Beleg- oder Konsiliararzt kann die Sicherstellung inkl. entsprechender Ausfallkompensation nicht hinreichend übernehmen. Die Anästhesiologie muss daher als notwendig vorzuhaltende Fachabteilung aufgeführt werden.</p> <p>Die rd. 1.200 Anästhesieabteilungen in deutschen Krankenhäusern sind zudem bei der Versorgung von Schwerverletzten und lebensbedrohlichen Notfällen prä- und innerklinisch in hohem Maße involviert. Sie stellen einen Großteil der Notärzte und versorgen kri-</p>	<p>LV/PatV: Gerade kleine Häuser, die einen Sicherstellungszuschlag beantragen könnten, erhalten häufig keine Fachabteilung für Anästhesiologie. Dieser Empfehlung sollte nicht gefolgt werden, zumal dieses Thema im Notfallstufenkonzept ebenfalls geregelt wird.</p> <p>GKV-SV: Gegenstand der Beratungen ist die Erweiterung der sicherstellungszuschlagsrelevanten Vorhaltungen um die Gynäkologie und Geburtshilfe. Eine Erweiterung der notwendigen Vorhaltungen um die Fachabteilung Anästhesiologie ist nicht Gegenstand des Stimmnahmeverfahrens.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband sieht allerdings in seinem Beschlussentwurf zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V in der Basisnotfallstufe eine Fachabteilung für Anästhesiologie vor. Sobald es einen wirksamen Beschluss</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>tisch kranke Patientinnen und Patienten in insbesondere in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung überwiegend anästhesiologisch geführten Intensivseinheiten.</p> <p>Die Notwendigkeit einer Anästhesieabteilung für die Behandlung von Notfällen wird von allen relevanten Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften betont, die in einem Positionspapier zur Notfallversorgung feststellen, dass „Im Minimum (...) die Notfallbehandlung in den Fachgebieten Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie sichergestellt sein (muss).“ (Dt Ärztebl 2010;107(7): A-268 / B-236 / C-232).</p> <p>Folgerichtig sieht der Vorschlag der GKV-SV/PatV zu § 8 der Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vor, dass bereits Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesiologie am Standort verfügen müssen.</p> <p>Der Umstand, dass die Vorhaltung einer Fachabteilung für Anästhesiologie nicht aus dem Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V und i.d.R. auch nicht aus den Krankenhausplänen der Länder ableitbar ist, ist hier insoweit irrelevant, da die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen stets auch einer Einzelfallprüfung bedarf.</p>	<p>zu den Notfallstufen gibt, beschließt der G-BA, welche Vorhaltungen der Basisnotfallstufe auch von Sicherstellungshäuser zu erfüllen sind (vgl. § 5 Absatz 1 Satz 2. Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 24.11.2016)</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
18.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.03.2018	§ 5: Im Rahmen der notwendigen Vorhaltungen und insbesondere der Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kann weder der bisherigen Regelung noch den aktuellen Änderungsvorschlägen gefolgt werden.	Generell ist das Merkmal der Vorhaltung von angestellten Ärzten nicht geeignet, im Rahmen des hier zu regelnden Sachverhalts für Klarheit zu sorgen, aber auch das mit der Regelung angestrebte Ziel zu erreichen. Es ist insbesondere nicht klar, welche Kriterien für eine Anstellung eines Arztes im Krankenhaus heranzuziehen sind, warum eine Vorhaltung von Honorarärzten nicht ausreichend sein soll und in welchem Umfang Ärzte (sowohl quantitativ als auch qualitativ anzustellen sind).	GKV-SV/PatV: Die Gründe, weshalb der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes im Krankenhaus angestellte Ärzte umfasst, ergeben sich einerseits aus den damit verbundenen Vorhaltekosten sowie andererseits aus dem Umstand, dass in stabilen Teamstrukturen eine bessere Qualität erreicht werden kann. Siehe auch lfd. Nr. 29 der Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V vom 14.10.2016 (Anlage 3 zu TOP 5.1, UA BPL am 14.10.2016). DKG: Kenntnisnahme	Nein
19.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 06.03.2018 Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.	§ 5 GKV-SV: § 5 Notwendige Vorhaltungen (GKV-SV)	Aus den geschilderten Gründen (Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen bei flächendeckenden basisversorgungsrelevanten Leistungen) muss auch die Vorhaltung von stationärer Grundversorgung für Kinder und Jugendliche als notwendige Vorhaltung definiert werden. Diese Regelung würde indirekt die Sicherung der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen in den Blick nehmen und fördert gleichzeitig die sehr sinnvolle	LV: Ziel der Richtlinie ist nicht ein Sicherstellungszuschlag in der Kinder- und Jugendmedizin zu ermöglichen. Siehe lfd. Nr. 8 GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme PatV: Siehe lfd. Nr. 3	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	(GNP) / 05.03.2018 Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) / 05.03.2018		Verknüpfung von Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin (ehem. Pädiatrie).		
19a	Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) / 08.03.2018	§ 5: Zu § 5 „Notwendige Vorhaltungen“ möchten wir anmerken, dass auch die Vorhaltung von stationärer Grundversorgung für Kinder als Notwendige Vorhaltung definiert werden muss.	Hier muss eine sinnvolle Verknüpfung von Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin erfolgen, um erkrankte Neugeborene qualitäts gesichert versorgen zu können.	GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme PatV: Siehe lfd. Nr. 3	Nein
20.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) / 06.03.2018	§ 5 Absatz 1 DKG/KBV / § 5 Absatz 1 GKV-SV: Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat in vorangegangenen Stellungnahmen bereits ausgeführt, dass die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind Vorrang vor einer wohnortnahen Versorgung haben sollte. Aus diesem Grunde empfiehlt die DGGG für die flächendeckende Versorgung mindestens die Anforderung eines Perinatalen Schwerpunktes im Sinne der Versorgungsstufe III nach der Richtlinie des GBA mit der Möglichkeit, dass ein Kinderarzt bei (ungeplanten)	Die Geburt ist hierbei ein Ereignis, bei dem es auch bei optimaler Vorplanung immer zu einem medizinischen Notfall der Mutter und des Neugeborenen kommen kann.	DKG: Siehe lfd. Nr. 7 PatV: Siehe lfd. Nr. 3 LV/PatV: Diese Forderung lässt einen Sicherstellungszuschlag für die Geburtshilfe ins Leere laufen, das Level-3 Zentren und Pädiatrien sich fast ausschließlich in städtischen Räumen finden. GKV-SV:	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)																	
		<p>Frühgeburten oder einer notwendigen Versorgung Reifegeborener jederzeit verfügbar ist (24h pädiatrischer Präsenzdienst, in Ausnahmefällen Bereitschaftsdienst mit max. 10 min. Fahrtzeit).Frauen sollten im Rahmen der flächendeckenden Versorgung mindestens der Zugang zu einem Perinatalen Zentrum in angemessener Zeit ermöglicht werden. Der Vorschlag der Aufnahme der pädiatrischen Fachabteilung durch den GKV-SV wird deshalb begrüßt.</p> <p>Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Anforderungen nur schwer erfüllbar sind. Akzeptable Fahrtzeiten zu einer geburtshilflichen Abteilung (hier sind sicher auch Abteilungen ohne perinatalem Schwerpunkt enthalten) hat der GKV-Spitzenverband unter „tragende Gründe zu diesem Beschluss“ aufgelistet:</p> <table border="1" data-bbox="405 999 934 1278"> <caption>Tabelle 1: Erreichbarkeit stationärer Geburtshilfe in dünn besiedelten ländlichen Kreisen¹⁰</caption> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="5">Pkw-Fahrtzeitminuten</th> </tr> <tr> <th>50</th> <th>45</th> <th>40</th> <th>35</th> <th>30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anteil ländlicher Kreise, in denen jeweils mehr als 5.000 Einwohner mehr als die genannten Pkw-Fahrtzeitminuten benötigen, um einen Standort mit der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe zu erreichen</td> <td>5 %</td> <td>14 %</td> <td>32 %</td> <td>55 %</td> <td>82 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Quelle: Abrechnungs- und Leistungsdaten der Krankenkassen 2016</p> <p>Die DGGG regt eine Überprüfung der aktuellen Versorgungslandschaft an und hält eine</p>		Pkw-Fahrtzeitminuten					50	45	40	35	30	Anteil ländlicher Kreise, in denen jeweils mehr als 5.000 Einwohner mehr als die genannten Pkw-Fahrtzeitminuten benötigen, um einen Standort mit der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe zu erreichen	5 %	14 %	32 %	55 %	82 %	<p>Daten, inwieweit dies bereits mit der aktuellen Versorgungsstruktur schon nicht gewährleistet ist, liegen den Autoren der Stellungnahme nicht vor.</p>	<p>Der Beschlussentwurf des GKV-Spitzenverbandes sieht vor, dass am Standort eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung vorgehalten werden müssen. Das bedeutet auch, dass die notwendigen Vorhalten beider Fachabteilungen durch Sicherstellungszuschläge finanziert werden können. Inhaltlich wird damit der unter Qualitätsaspekten erhaltenswerte Standard definiert. Wird dieser mit einer Öffnungsklausel für Regionen mit schlechtem Zugang versehen, droht sukzessive eine Untermierung des Standards. In extrem entlegenen Regionen sind alternative Versorgungskonzepte (beispielsweise Boarding-Konzepte oder eine verbesserte Erreichbarkeit durch Hubschrauber-Einsatz) zielführender.</p>	
	Pkw-Fahrtzeitminuten																					
	50	45	40	35	30																	
Anteil ländlicher Kreise, in denen jeweils mehr als 5.000 Einwohner mehr als die genannten Pkw-Fahrtzeitminuten benötigen, um einen Standort mit der Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe zu erreichen	5 %	14 %	32 %	55 %	82 %																	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>Aufrechterhaltung der Perinatalen Schwerpunkte in der flächendeckenden Versorgung für zwingend erforderlich.</p> <p>In ländlichen Regionen, in denen dies schon jetzt nicht realisiert werden kann sollte ein Sicherstellungszuschlag an geburtshilfliche Abteilungen der Versorgungsstufe IV gewährt werden, damit durch Schließung von Abteilungen die Versorgungssituation nicht noch weiter verschlechtert wird und wenigstens diese Strukturen aufrecht erhalten bleiben. Es ist darüber hinaus erstrebenswert dass eine sekundäre Verlegung (PKW) aus der Stufe IV in zumindest eine Klinik mit Perinatologischem Schwerpunkt (Level III) innerhalb von 20 Minuten möglich ist</p>			
21.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 06.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 05.03.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatri-</p>	<p>§ 5 Absatz 1 Satz 1 GKV-SV: Aus diesem Grund sollte auch § 5 Absatz 1 Satz 1 geändert werden.</p> <p>Notwendige Vorhaltungen sind 1. die Fachabteilung Innere Medizin, <u>Kinder- und Jugendmedizin</u> und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, oder ...</p> <p>Alternativ als Mindeststandard muss die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Regelung unter Ziffer 2 aufgenommen werden:</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 19</p> <p>Eine erhaltenswerte Grundversorgung ist unbedingt und vorrangig die Kombination aus</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Aus Sicht der DKG ist der Vorschlag nicht zielführend, da nur wenige Krankenhäuser der Grundversorgung über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügen. Selbstständige Kinderkrankenhäuser hätten bei der vorgeschlagenen Regelung keine Möglichkeit einen Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren.</p> <p>PatV:</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
	sche Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) / 05.03.2018	„2. die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung.“	Geburtshilfe und Pädiatrie, da sie die 24-Stunden-Versorgung von kranken Neugeborenen sicherstellt.	Siehe lfd. Nr. 3	
21a	Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) / 12.04.2018	<p>§ 5 Absatz 2 Satz 1 GKV-SV: Die DGHWi begrüßt folgende Einlassung des GKV-SV: „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.“</p> <p><i>(Beschlussentwurf II Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen zu §5 Absatz 2, Nummer 2):</i> Hierzu sind allerdings unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen.</p>	<p>Die Anwesenheit von Hebammen ist Voraussetzung für qualitativ hochwertige Geburtshilfe auf allen Versorgungsstufen. Zugleich klagen Kliniken aller Versorgungsstufen über Hebammenmangel.</p> <p>Laut Albrecht et al. [1] geht der Anteil der ausschließlich angestellten Hebammen zurück. Der größte Anteil der Hebammen ist sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig. Es ist daher fraglich, ob die Hebammen, die durch die Schließung einer Klinik ihre angestellte Tätigkeit verlieren, an einer Anstellung in der weiter entfernten Klinik zur Verfügung stehen, oder ob sie eher ihre freiberufliche Tätigkeit am bisherigen Wohnort ausbauen und auf die klinische Geburtshilfe verzichten. Die Schließung kleiner Kliniken in den ländlichen Regionen könnte daher den Hebammenmangel in den Kliniken noch verschärfen.</p> <p>Umgekehrt würde sich die wohnortnahe Versorgung mit freiberuflicher Hebammenhilfe in der Peripherie verschlechtern, wenn Hebammen tatsächlich ihren Lebensmittelpunkt in die Nähe der nächsten erreichbaren Kliniken verlegen sollten. Dadurch wären aber die Frauen in abgelegenen Gegenden, für die auch die</p>	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			klinische Geburtshilfe nur schwer erreichbar ist, im besonderen Maße benachteiligt.		
22.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) / 06.03.2018	<p>§ 5 Absatz 2 DKG/KBV / § 5 Absatz 2 GKV-SV/PatV: Die Forderung nach angestellten Hebammen in Hauptfachabteilungen entspricht nicht mehr der Versorgungsrealität insbesondere in Bundesländern wie Bayern.</p> <p>Aufgrund des allgemeinen Hebammenmangels sieht die DGGG auch keinen Grund, explizit hier angestellte Hebammen in Satz (2) zu fordern, insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Absatz 3 den Landesbehörden hier erneut individuelle Prüfungen der Struktur eingeräumt werden.</p>	In vielen Kliniken kann der Betrieb nur durch Beleghebammen aufrecht gehalten werden.	<p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV/PatV: Da gemäß § 4 Absatz 1 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) die Ärztin und der Arzt verpflichtet sind, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird, hat auch das Krankenhaus dies zu erfüllen und muss damit die Bereitstellung einer/s Hebamme/Entbindungspflegers, die/der physiologisch normale Geburten eigenverantwortlich leiten kann und mit der Qualitätssicherung der Klinik vertraut ist, innerhalb einer angemessenen Zeit gewährleisten.</p> <p>Die angestellte Hebamme wird damit auch Teil der Vorhaltungen, die durch Sicherstellungszuschläge finanziert werden kann. Soweit Satz 2 bestimmt,</p>	GKV-SV/DKG: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>dass angestellte Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses der Fachabteilung zugeordnet sind, wird damit lediglich gefordert, dass ein Kernbestand an angestellten Hebammen/Entbindungspflegern der Abteilung zugeordnet sein muss.</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 Satz 1 Ziffer 1 und 2 und Satz 2 entspricht.</p> <p>LV: Der Argumentation der DGGG kann zugestimmt werden. Es gibt keinen sachlichen Grund, die Personalvorhaltung mit an-</p>	<p>LV: Ja Eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynä-</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>gestellten Hebammen zur Voraussetzung zu machen. In SH arbeitet die größte Geburtsklinik (Level 2) ausschließlich mit Beleghebammen. Es muss allerdings sicher gestellt werden, dass eine (Beleg) Hebamme innerhalb vom maximal 30 Minuten verfügbar ist.</p>	<p>kologie 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 jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.“</p>
23.	Bundesärztekammer (BÄK) / 06.03.2018	<p>§ 5 Absatz 2 DKG/KBV / § 5 Absatz 2 GKV-SV/PatV: Die Bundesärztekammer unterstützt die Forderung von DKG und KBV, dass die Anforderungen zu den Qualifikationsnachweisen und zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals, im Sinne eines kooperativen Belegarztwesens, auch von Belegärzten erfüllt werden können.</p>		<p>LV: Zustimmung</p> <p>GKV-SV/PatV: Siehe Lfd. Nr. 24</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
24.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.03.2018	§ 5 Absatz 2 DKG/KBV / § 5 Absatz 2 GKV-SV/PatV: Im aktuellen Entwurf Vorschlag von DKG / KBV wird zwar sinnvollerweise von DKG/KBV auch der gynäkologische Belegarzt als gleichgestellt aufgeführt. Jedoch muss dies auch für die anderen Disziplinen gelten, da eine Ungleichbehandlung nicht nachvollziehbar ist und das Merkmal der Notwendigkeit einer eigenständigen Fachabteilung kein geeignetes Differenzierungskriterium ist.	Belegärzte sind qualifizierte und erfahrene Fachärzte die vertraglich an das jeweilige Krankenhaus gebunden sind. Es ist nicht nachvollziehbar warum Belegärzte der anderen Fachdisziplinen hier nicht eingeschlossen werden.	<p>GKV-SV/PatV: Die Gründe, weshalb der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes im Krankenhaus angestellte Ärzte umfasst, ergeben sich einerseits aus den damit verbundenen Vorhaltekosten sowie andererseits aus dem Umstand, dass in stabilen Teamstrukturen eine bessere Qualität erreicht werden kann. Ferner sieht § 5 Abs. 3 des Beschlusses vor, dass die Feststellung einer Organisationsstruktur, die den inhaltlichen Anforderungen einer Fachabteilung entspricht, im Rahmen einer Einzelfallprüfung durch die zuständigen Landesbehörden im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG vorgenommen werden kann.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>KBV: Belegärzte zusätzlich auch für innere und Chirurgie</p>	<p>GKV-SV/DKG: Nein</p> <p>KBV: Ja § 5 Absatz 2 Satz 2:</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
					„Belegärzte stehen angestellten Ärzten im Sinne des Satz 1 gleich.“
25.	Bundesärztekammer (BÄK) / 06.03.2018	<p>§ 5 Absatz 2 und 3 DKG/KBV / § 5 Absatz 2 und 3 GKV-SV/PatV: Die Bundesärztekammer hat sich in ihren Stellungnahmen zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern bereits zu der vom G-BA vorgelegten Definition einer Fachabteilung geäußert. Die Bundesärztekammer verweist darauf, dass die Krankenhauspläne der Länder bereits Vorgaben zur Abgrenzung von Fachabteilungen enthalten. Hier stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die verschiedenen Definitionsansätze zueinanderstehen.</p> <p>Entfallen sollte hingegen die Vorgabe, dass es sich um eine „räumlich abgegrenzte“ Organisationseinheit handeln muss.</p> <p>Die Bundesärztekammer bezweifelt zudem, dass sich der in den Bundesländern wenig einheitlich gehandhabte Fachabteilungsschlüssel eignet, um das Bestehen einer Fachabteilung zu definieren.</p>	<p>Inhaltlich ist zu dem vorliegenden Definitionsversuch anzumerken, dass ein wesentliches Kriterium fehlt. Krankenhausabteilungen zeichnen sich dadurch aus, dass der Träger des Krankenhauses für jede Abteilung mindestens einen Abteilungsarzt zu bestellen hat, der nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung beeinträchtigt wird.</p> <p>Es stellt die Eigenständigkeit einer Fachabteilung nicht in Frage, wenn sie innerhalb des Krankenhauses Betten auf verschiedenen Stationen belegt.</p>	<p>DKG/LVGKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>LV: Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass selbst eine Geburtshilfe mit 500 Geburten im Jahr aufgrund der geringen Verweildauer nur wenige Betten braucht.</p> <p>GKV-SV: Der Beschlussentwurf des GKV-Spitzenverbandes entspricht hinsichtlich der Fachabteilungsdefinition der Erstfassung der Vorgaben für Sicherstellungszuschläge aus dem Jahr 2016. Um ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wurde schon für die Erstfassung dieses Beschlusses eine Definition einer Fachabteilung wie folgt vorgenommen: 1. Es wird die eigene Struktur und Organisation als Voraussetzung für die Anerkennung</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>als Fachabteilung beschrieben. Eine Fachabteilung kann also nicht eine Unterabteilung einer gänzlich anderen Abteilung sein (Beispiel: Neurochirurgie als Unterabteilung der Unfallchirurgie).</p> <p>2. Die Fachkompetenz der Fachabteilung ergibt sich aus den Fachärzten. Um sicherzustellen, dass innerhalb von maximal 30 Minuten ein Facharzt einen Notfallpatienten behandeln kann, setzt eine Fachabteilung das Vorhandensein mehrerer Fachärzte voraus. Aus diesem Grund wird hier die Pluralform gewählt. Gleichzeitig muss der Facharztstandard auch bei Urlaub, Krankheit, an Wochenenden und des Nachts innerhalb kurzer Zeit verfügbar sein. Fachabteilungen können sich nicht aus einem Facharzt ergeben. Hier wird auch (eigentlich eine Selbstverständlichkeit) festgelegt, dass der Facharztstandard nur mit einem entsprechenden Qualifikationsnachweis der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer erfüllt werden kann. Das bedeutet, dass nur Chirurgen in</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>der Chirurgie den Facharztstandard herstellen können und nicht Internisten. Analog ist die Regelung für die Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe anzuwenden. Der Facharztstand kann nur durch einen Gynäkologen sichergestellt werden und nicht durch einen anderen Facharzt.</p> <p>3. Sofern der Landeskrankenhausplan oder der Versorgungsvertrag eine Ausweisung auf Fachabteilungsebene vorsieht, muss ein entsprechender Versorgungsauftrag vorliegen.</p> <p>4. Die Vertragsparteien vor Ort dokumentieren die Fachabteilungsstruktur anhand der Fachabteilungsschlüssel (Zweistel- lerebene) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Wie bereits zuvor ausgeführt, eignet sich die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels, da er zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene geeint ist.</p> <p>Siehe auch Punkt 2.6, Seite 11-13 der Anlage 2 zu TOP 5.1, UA BPL 14.10.2016.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>Die Definition „räumlich und organisatorisch eigenständig“ wird auch in anderen Regelungsbereichen für die Beschreibung von Fachabteilungen verwendet, so z.B. in der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen: „Als besondere Einrichtung kann auf Antrag des Krankenhauses eine Palliativstation oder -einheit ausgenommen werden, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt ist und über mindestens fünf Betten verfügt, [...]“ (VBE 2016, S. 2)</p> <p>Die eigenständige Struktur und Organisation ist nicht zwingend an die Vorhaltung von eigenen Betten dieser Fachabteilung geknüpft. Auch eine nicht bettenführende Fachabteilung wie die Anästhesiologie kann dieses Kriterium erfüllen, wenn sie wesentliche Kriterien einer eigenen Organisationsstruktur wie eine eigene Leitung und Dienstplanung sowie klar definierte Zuständigkeiten innerhalb der Abteilung und in der Beziehung zu anderen Abteilungen erfüllt.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
26.	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) / 14.02.2018	<p>§ 5 Absatz 4 DKG/KBV / § 5 Absatz 4 GKV-SV: Sollte der Entwurf von DKG/KBV zum Tragen kommen, ist die "Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin" bzgl. Erreichbarkeit (7/24?) und Anfahrt (30 min. ?) zu präzisieren.</p> <p>Wir unterstützen aber auch hier grundsätzlich den Vorschlag des GKV-SV mit der Forderung nach einer Fachabteilung Kinderheilkunde. Für die Geburtshilfe können wir das nicht beurteilen.</p>		<p>LV: Auch dieses würde an eine Geburtshilfe mit Sicherstellungszuschlag höhere Anforderungen stellen als an eine Geburtshilfe ohne Zuschlag</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Mit der Vorgabe wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser den planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ grundsätzlich einhalten können. Kooperationen im Sinne dieser Regelungen setzen verbindliche Strukturen voraus. Dies beinhaltet eine schriftliche Vereinbarung mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin inklusive einer notwendigen Vertretungsregelung im Verhinderungsfalle (z. B. Urlaub).</p>	Nein

§ 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
27.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.03.2018	<p>§ 6: Ausweislich der gesetzlichen Bestimmungen ist zudem festzulegen, inwieweit ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Indikationen unzureichende Qualität aufweist, einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren kann, wenn hierdurch die Versorgung sichergestellt wird. Zum anderen ist festzulegen, wie mit Krankenhäusern umzugehen ist, die zwar grundsätzlich als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, infrage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Indikationen unzureichende Qualität aufweisen. Umgekehrt ist allerdings auch zu berücksichtigen, wie generell das Verhältnis zwischen Qualität einerseits und Versorgungsnotwendigkeit andererseits geregelt wird. Hier bleiben bereits die Regelungen im Unklaren und sorgen nicht für die notwendige Rechtssicherheit.</p> <p>Hinzu kommt, dass die Forderung des GKV-SV dazu führt, dass direkt auf der Basis planungsrelevanter Qualitätsindikatoren eine Streichung des Sicherstellungszuschlags im Folgejahr erfolgt, wenn in Bezug auf eine oder mehrere der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 unzureichende Qualität festgestellt wird. Zudem sollen geeignete Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus nach § 5 Ab-</p>	Rechnerisch auffällige Qualitätsindikatoren bedeuten keineswegs, dass tatsächlich ein Qualitätsmangel vorliegt. Hier ist immer eine inhaltliche Klärung im Sinne einer intellektuellen Prüfung, z.B. durch den strukturierten Dialog, erforderlich. Daher dürfen derartige Indikatoren erst nach einer solchen Überprüfung herangezogen werden.	<p>LV: LV kann die Argumentation (einschl. BÄK) in Teilen nachvollziehen und unterstützt die Formulierung der DKG/KBV/PatV</p> <p>DKG/GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die Stellungnahme stellt den Regelungsinhalt nach § 6 des Beschlusses des GKV-Spitzenverbandes nicht korrekt dar. Der Beschlusssentwurf sieht vor, dass mit einem Krankenhaus, bei dem das Institut nach § 137a SGB V in dem Jahr vor dem jeweiligen Vereinbarungsjahr im Rahmen seiner fachlichen Bewertung nach § 11 Absatz 8 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</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>satz 1 Nummer 2, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, bei der Bewertung der flächendeckenden Versorgung nicht berücksichtigt werden, wenn 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 Nummer 2 unzureichende Qualität festgestellt wurde.</p>		<p>mehrere der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 unzureichende Qualität feststellt, kein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist.</p> <p>Entscheidend ist, dass die Feststellung unzureichender Qualität nach § 11 Abs. 8 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan.QI-RL) erfolgt.</p> <p>§ 11 Abs. 8 plan. QI-RL regelt, dass ein Bewertungsergebnis zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste im Sinne dieser Richtlinie als qualitativ unzureichend gilt, wenn jedes der folgenden Kriterien erfüllt ist:</p> <p>a) nach Abschluss der Datenvalidierung gemäß § 9 plan. QI-RL und gegebenenfalls erfolgter Neuberechnung gemäß § 10 plan. QI-RL liegt weiterhin oder erstmals ein statistisch auffälliges Ergebnis zu einem Qualitätsindikator vor, wobei dieses Kriterium auch bei Abgabe einer Zusicherung gemäß § 9 Abs. 9 plan. QI-RL sowie ungeachtet einer fehlenden Prüfung der Daten gemäß § 9</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>Abs. 7 plan. QI-RL als erfüllt gilt;</p> <p>b) das Krankenhaus hat im Rahmen des Stimmrechtsverfahrens gemäß § 11 Absatz 4 plan. QI-RL keine als relevant bewerteten Ausnahmetatbestände geltend gemacht, wobei die Angabe von Dokumentationsfehlern nicht als relevanter Ausnahmetatbestand gewertet wird, oder das Krankenhaus hat Ausnahmetatbestände vorgebracht, die jedoch in einer fachlichen Bewertung durch das Institut nach § 137a SGB V gemäß § 11 Abs. 7 plan. QI-RL, insbesondere unter Berücksichtigung von gegebenenfalls vorliegenden Hinweisen der auf Landesebene beauftragten Stelle, als nicht relevant eingestuft wurden;</p> <p>c) es ist eine fachliche Bewertung durch das Institut nach § 137a SGB V gemäß § 11 Abs. 7 plan. QI-RL, insbesondere unter Berücksichtigung von gegebenenfalls vorliegenden Hinweisen der auf Landesebene beauftragten Stelle erfolgt.</p> <p>Das Institut nach § 137a SGB V stellt im Rahmen seiner fachlichen Bewertung das Vorliegen</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>einer unzureichenden Qualität fest, wenn jedes der Kriterien nach § 11 Abs. 8 Satz 1 a) bis c) plan. QI-RL erfüllt ist. Die von der DGK angemahnte „inhaltliche Klärung im Sinne einer intellektuellen Prüfung“ von „rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren“ wird demnach durch den Bezug auf § 11 Abs. 8 plan. QI-RL ausreichend vorgesehen.</p>	
28.	Bundesärztekammer (BÄK) / 06.03.2018	<p>§ 6: Die Bundesärztekammer hat das bisherige Konzept zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI) des G-BA und vor allem auch die Entwicklung des Konstrukts der Patientengefährdung bereits in einer Stellungnahme zum Vorbericht vom 29.07.2016 deutlich kritisiert. Hier heißt es: „Es ist vor allem nicht gelungen, ein überzeugendes Konzept dafür vorzulegen, wie aus einer Vielzahl von Indikatorergebnissen eine Gesamtqualitätsaussage über eine Fachabteilung eines Krankenhauses möglich sein soll. Die im Gesetz vorgesehenen und vom G-BA beauftragten Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse werden im Vorbericht als aufbereitete Informationssammlung interpretiert. Es ist zu befürchten, dass die zuständigen Landesbehörden durch diese Informationssammlung nur wenig Nutzen für ihre planerische Arbeit erhalten werden.“</p>	<p>Bislang gibt es keinerlei Erfahrungen, inwieweit anhand der Indikatoren tatsächlich unzureichende Qualität der Fachabteilung festgestellt werden kann. Gemäß § 16 der planQI-RL ist eine Evaluation vorgesehen, deren erste Ergebnisse im Herbst 2018 vorliegen sollten. Die Ergebnisse der Evaluation sollten vor einer verschärften Verschränkung von planQI und Sicherstellungszuschlägen abgewartet werden. Die Bundesärztekammer gibt außerdem zu bedenken, dass die Gewährung der Sicherstellungszuschläge nach dem Vorschlag des GKV-SV allein auf Grundlage der Daten des IQTIG und nicht nach Bewertung der Daten durch die Landesbehörden erfolgen soll. Die Bundesärztekammer sieht die Bewertung der Landesbehörden als maßgeblich für eine adäquate Einordnung der signifikanten Abweichungen von den Referenzbereichen.</p>	<p>GKV-SV: § 136c Abs. 3 SGB V sieht vor, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI) bei dem Beschluss zu berücksichtigen sind. Auch aus den Beratungen des G-BA zur Erfassung des Beschlusses nach § 136c Abs. 3 SGB V ergibt sich die Notwendigkeit einer stringenter Anwendung der planQI – insbesondere für die Fachabteilungen Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe: In den Plenumsberatungen zur Erfassung des Beschlusses nach § 136 Absatz 3 SGB V im November 2016 wurde erörtert, dass für die Geburtshilfe ein</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>In dem vorgelegten Beschlussentwurf fordert der GKV-SV, dass „mit einem Krankenhaus, bei dem das Institut nach § 137a SGB V in dem Jahr vor dem jeweiligen Vereinbarungsjahr im Rahmen seiner fachlichen Bewertung nach § 11 Absatz 8 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 (Anmerkung: Nummer 2 beschreibt Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung) unzureichende Qualität feststellt, (...) kein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren (ist)“.</p> <p>Nach Ansicht der Bundesärztekammer ist dies eine vollkommen verfrühte Verschärfung der Verzahnung von planQI mit Sicherstellungszuschlägen.</p> <p>Aus diesem Grund spricht sich die Bundesärztekammer für eine Beibehaltung der bisherigen Regelungen zur Berücksichtigung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren in Bezug auf Sicherstellungszuschlägen auch für geburtshilfliche Abteilungen aus, wie von DKG, KBV und Patientenvertretung vorgeschlagen.</p>		<p>Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität existiert und daher die Finanzierung kleiner Versorgungseinheiten durch Sicherstellungszuschläge problematisch sei. Dieser Zusammenhang stelle auch den Unterschied von Geburtshilfe zu Chirurgie und Innerer Medizin dar. Maßgeblich aus diesem Grund war die Geburtshilfe nicht Gegenstand der Regelungen, die im November 2016 beschlossen wurden. Stattdessen wurde vereinbart, dass nach der im Dezember 2016 erfolgten Beschlussfassung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bezüglich der Geburtshilfe die Beratungen zur Aufnahme der Geburtshilfe in die Regelungen fortgeführt werden solle. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Fallzahl und Qualität für die Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 muss sichergestellt werden, dass durch Sicherstellungszuschläge keine Standorte finanziert werden, die unzureichende Qualität aufweisen und daher mit Gefahren für</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>Mütter und Kinder einhergehen.</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist eine stringente Anwendung der planQI für den Bereich der Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe erforderlich. Satz 2 sieht daher vor, dass mit einem Krankenhaus, bei dem das Institut nach § 137a SGB V in dem Jahr vor dem jeweiligen Vereinbarungsjahr im Rahmen seiner fachlichen Bewertung nach § 11 Absatz 8 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) für das der fachlichen Bewertung vorangegangene Erfassungsjahr bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf eine oder mehrere der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 unzureichende Qualität feststellt, kein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden kann.</p> <p>Siehe auch Punkt 2.2.3, Seite 13-14, Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				<p>von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V, Stand 01.02.2018.</p> <p>DKG/PatV: Zustimmende Kenntnisnahme</p>	

III. Verfahrensbestimmungen

§ 7 Verfahrensregeln

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
29.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) / 06.03.2018	<p>§ 7 Absatz 9: „Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz aufweist“. Der DGGG ist vollkommen bewusst, dass der GBA hier keine Gestaltungsmöglichkeit hat, weil dieser Passus so im § 5 Abs. 2 KHEntG steht. Trotzdem möchten wir unsere Verwunderung zum Ausdruck bringen, dass hier das gesamte Krankenhaus betrachtet und durch diesen Passus der Pflicht zur Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen widersprochen wird.</p> <p>Warum diese Krankenhäuser vom Sicherstellungszuschlag ausgeschlossen werden sollten erschließt sich der DGGG nicht – im Gegenteil würde dies zur Gefahr der Schließung der (defizitären) Geburtshilfe an diesen Häusern führen.</p>	<p>Sehr wohl kann ein Krankenhaus mit einer hochdefizitären Geburtshilfe (deren Aufrechterhaltung bei entsprechender Qualität zur flächendeckenden Versorgung notwendig ist) eine positive Gesamtbilanz durch entsprechende Strukturen aufweisen.</p>	Kenntnisnahme	Nein

3. Mündliche Stellungnahmen

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

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind zur Anhörung am 21. März 2018 eingeladen worden.



Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

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

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 21. März 2018
von 11.00 Uhr bis 11.17 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer der **Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.**
(DGKJ):

Herr Dr. Rodeck

Angemeldete Teilnehmerin der **Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V.**
(DGHWi):

Frau Prof. Dr. Tegethoff

Beginn der Anhörung: 11.00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlich willkommen hier im Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses! Ich muss jetzt für das Protokoll einige allgemeine Bemerkungen machen. Es geht um die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V, hier ganz konkret um die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe in die Regelungen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen einbezogen werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hier mit Beschluss vom 5. Februar 2018 ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Ergänzend dazu wurden durch Plenumsbeschluss vom 15. Februar 2018 zusätzlich zu den üblichen Stellungnehmern die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. und der Deutsche Pflegerat als stellungnahmeberechtigte Organisationen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a der Verfahrensordnung zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Damit sind wir schon bei einem Problem, das ich hier auch zu Protokoll erklären will: Das Schreiben zur Einbeziehung in den Kreis der Stellungnahmeberechtigten ist bei der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. nicht eingegangen. Trotzdem ist die Gesellschaft hier vertreten; ich werde das gleich auch noch zu Protokoll feststellen. Wir haben jetzt noch einmal Schriftsatznachlass gewährt, sodass Frau Professor Dr. Tegethoff, die die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. als stellvertretende Vorsitzende hier vertritt, im Bedarfsfall noch einmal einen Schriftsatz nachreichen kann.

Im schriftlichen Stellungnahmeverfahren haben zum einen die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie und zum anderen die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V., die Gesellschaft für Neuropädiatrie, die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung, die Bundesärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V., die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Deutsche Pflegerat Stellungnahmen abgegeben. Die übrigen stellungnahmeberechtigten Organisationen haben keine Stellungnahme abgegeben.

Ich begrüße heute zum mündlichen Stellungnahmeverfahren zum einen Herrn Dr. Rodeck als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und zum anderen, wie bereits erwähnt, Frau Professor Dr. Tegethoff als stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft.

Zwei allgemeine Vorbemerkungen: Wir führen Wortprotokoll. Deshalb ist es wichtig, dass Sie, bevor Sie das Wort ergreifen, jeweils Ihren Namen und die entsendende Gesellschaft nennen.

Ich würde ganz einfach Herrn Dr. Rodeck die Möglichkeit geben, aus seiner Sicht noch einmal kurz die wesentlichen Punkte der Stellungnahme vorzutragen. Wir haben sie gelesen, wir haben sie ausgewertet, aber einfach, damit wir es noch einmal präsent haben und damit der Besuch hier und die Fahrt hierher nicht völlig umsonst waren, weil ich danach den Bänken und ebenso den Patientenvertretern und den Ländervertretern die Möglichkeit geben werde, weitergehende Fragen zu Ihrer Stellungnahme zu stellen.

Einleitend stelle ich die Frage: Hat sich seit Abgabe Ihrer Stellungnahme noch irgendetwas verändert, gibt es einen neuen Gesichtspunkt? Ansonsten können Sie, wenn Sie es möchten, Ihre wesentlichen Anmerkungen noch einmal kurz und knapp darstellen. – Herr Dr. Rodeck, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Rodeck (DGKJ): Danke schön. – Nein, es hat sich seit Abgabe der Stellungnahme nichts geändert. Uns liegt zum einen die Stellungnahme der DKG und zum anderen die des GKV-Spitzenverbandes vor. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin spricht sich im Wesentlichen dafür aus, der GKV-Empfehlung zu folgen. Das heißt, dass wir durchaus der Meinung sind, dass es Sicherstellungszuschläge für strukturschwache Gebiete im Bereich Kinder- und Jugendmedizin gibt.

Die Kinder- und Jugendmedizin ist ein eigenes Fachgebiet. Sie kann von anderen Fachgebieten in der Grund- und Regelversorgung nicht adäquat vertreten werden. Ich will hier nur einmal ein Beispiel nennen: Es gibt eine klassische Aufnahmeindikation in der Kinder- und Jugendmedizin im stationären Bereich; das ist der sogenannte Gelegenheitskrampf bei Fieber oder Fieberkrampf. Wenn Sie einen Internisten mit einem dreijährigen fieberkrampfenden Kind konfrontieren, wird er sagen, Hilfe, ich brauche jetzt einen Neurologen, und der Neurologe wird sagen, Fieberkrampf, das kenne ich auch nicht, das ist nicht mein Gebiet. – Dieses Beispiel soll Ihnen nur illustrieren, dass wir auch in der Kinder- und Jugendmedizin sehr viele Diagnosen haben, die weder von der Inneren Medizin noch von der Chirurgie in der Grund- und Regelversorgung adäquat abgedeckt werden können, sodass wir der Meinung sind, dass Sicherstellungszuschläge grundsätzlich auch der Kinder- und Jugendmedizin offenstehen müssen. Als Vorbemerkung ist dies der ein grundsätzlicher Punkt.

Der nächste Punkt bezieht sich letztlich auf folgende Frage: In welchen Größenordnungen vollzieht man das Ganze, was gilt als strukturschwach, was soll erreichbar sein? Hierzu haben die DAKJ – das ist die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, der Dachverband der pädiatrischen Verbände, also der Berufsverband der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin – und die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin schon vor circa zehn Jahren ein Papier aufgelegt und einmal kalkuliert, was wir brauchen oder was wir für realistisch halten. Hierin kommen wir ein Stückchen weit herunter von den jetzt aktuell diskutierten 40 oder 45 Minuten auf 40 Minuten. Die 30 Minuten, die jetzt für die großen Fächer akzeptiert worden sind, halten wir natürlich auch nicht für ganz realistisch. Wir meinen aber, man kann angesichts der Notwendigkeit und der Bevölkerungsdichte von Kindern und Jugendlichen, die Krankenhausbehandlungen in Anspruch nehmen müssen, von einer durchschnittlichen Kinderdichte von ungefähr von 22 Kindern pro Quadratkilometer ausgehen. Kinder brauchen weniger stationäre Versorgung; deswegen ist man mit der Herunterrechnung von 100 auf 16 auch nicht ganz glücklich, sondern würde das eher auf 22 anheben, mit einer Fahrzeit, die erreichbar sein sollte, in einer Größenordnung von 40 Minuten. – Das vielleicht ganz kurz als Einstieg.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Dr. Rodeck. – Frage an die Bänke: Gibt es Fragen an Herrn Dr. Rodeck? – Bitte.

GKV-SV: Herr Dr. Rodeck, ich habe eine Frage zu der inhaltlichen Verbindung von Kinder- und Jugendmedizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. Bitte nehmen Sie noch einmal dazu Stellung, wo da die inhaltliche Verbindung ist, weil wir das Ganze ja in Kombination in der Regelung vorschlagen.

Herr Dr. Rodeck (DGKJ): Grundsätzlich kann man dem natürlich nur zustimmen. Wir wissen, dass Geburtshilfe ein Fach ist, das selbstverständlich nur in enger Kooperation mit der Kinder- und Jugendmedizin, mit der Neonatologie, adäquat funktioniert. Das heißt, grundsätzlich sind wir durchaus der Meinung, dass idealerweise eine Lösung gefunden wird, aufgrund derer Kinder- und Jugendabteilungen zusammen mit geburtshilflichen Abteilungen in dieser Frage unterwegs sind, inwieweit man das nun wirklich Vor-Ort-Lösungen realisiert und inwieweit eben doch Kooperationslösungen möglich sind, die aber dann natürlich funktionieren müssen. Es hat keinen Sinn, wenn ein Neonatologe, der benötigt wird, dann auch erst wieder nach 30 oder 40 Minuten Anfahrtszeit in der Geburtshilfe ist; das

wird natürlich auch nicht die Lösung sein. Aber es muss zumindest so sein, dass das in einer adäquaten Zeit passieren kann; denn auch wir müssen davon ausgehen – jetzt bin ich ein bisschen fachfremd –, dass der Anästhesist, der die Sectio-Geburt betreut, natürlich auch nicht unbedingt immer in der Lage ist, ein Risikoneugeborenes mit bestimmten Erkrankungsbildern adäquat zu betreuen, sicherlich nicht über einen längeren Zeitraum.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Weitere Fragen? – Bitte.

DKG: Vielen Dank. – Die ursprüngliche Beschlussfassung rekurriert allein auf die Geburtshilfe und Gynäkologie und fand erst dadurch Eingang in die Beratungen, dass durch die GKV als Voraussetzung eben auch die Kinder- und Jugendmedizin eingeführt wurde, sodass sozusagen beide Bedingungen erfüllt sein müssen. Es muss also die Bedingung für die Geburtshilfe und auch die für die Kindermedizin erfüllt sein, damit beide einen Zuschlag erhalten können.

Wir haben das jetzt aufgegriffen und sehen als DKG natürlich auch, dass die Pädiatrie ein berechtigtes Interesse hatte, Sicherstellungszuschläge zu erhalten. Wir würden das eben nur getrennt sehen; beide Bereiche müssen also für sich die Bedingungen erfüllen, und es ist kein zwingender Konnex notwendig.

Wir gehen d'accord, dass eine Kooperation mit Kindermedizinern ebenfalls vorhanden sein muss. Würden Sie dieser Variante zustimmen können, wenn man sagt, man kann die beiden Bereiche auch getrennt sehen, aber für die Kinder- und Jugendmedizin und die Geburtshilfe muss die Möglichkeit der Kooperation bestehen?

Herr Dr. Rodeck (DGKJ): Grundsätzlich ist es natürlich so, dass es sicherlich auch Kinderabteilungen gibt, die ohne eine geburtshilfliche Abteilung unterwegs sind; für sie muss natürlich die Möglichkeit der Gewährung eines Sicherstellungszuschlages nach wie vor erhalten bleiben. Das heißt also, aus unserer Sicht ist die Antwort eher Nein, wenn es nur für die Kombination gelten soll. Vielmehr brauchen wir als Fachgebiet, weil wir nicht nur Neonatologen sind, sondern als Kinder- und Jugendmediziner natürlich auch mit einer Vielzahl anderer Diagnosen zu tun haben, die Möglichkeit, das entsprechend abzubilden.

Die andere Frage ist das, was ich eben schon adressiert habe: In welcher Form bekommt man eine Kooperation mit Kompetenz? So will ich das einmal sagen. Die DGK hat ja einmal vorgeschlagen, wir brauchten dann einen Kinder- und Jugendarzt, der eben adäquat erreichbar ist. Aber auch der Kinder- und Jugendarzt ist nicht unbedingt Neonatologe. Das heißt also, der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt ist auch nicht derjenige, der ein in kritischem Zustand befindliches neugeborenes Kind adäquat versorgen kann; denn dafür benötigt er eigentlich die neonatologische Kompetenz, so dass das in unseren Augen auch schwierig wird.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Bitte schön.

PatV: Sie hatten von einer Anfahrtszeit für die Kinder- und Jugendmedizin von 40 Minuten gesprochen. Wie würden Sie das für die Geburtshilfe sehen?

Herr Dr. Rodeck (DGKJ): Für die Geburtshilfe würde ich eigentlich auch eher eine kürzere Anfahrtszeit sehen wollen, weil es doch immer wieder Risikosituationen gibt, in denen sehr schnell geholfen werden muss. Jetzt fragen Sie mich. Ich bin auch Neonatologe und nicht als Kinder- und Jugendmediziner, sondern als Neonatologe ein Stück weit aus dem Bereich heraus, was ich jetzt hier vertreten muss, sodass dies jetzt erst einmal meine persönliche Meinung ist. Ich persönlich würde für die ge-

burtshilfliche Situation, wie hier auch vorgeschlagen, ebenfalls eher eine kürzere Anfahrtszeit in der Größenordnung von 30 Minuten für sinnvoll halten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Fragen? – Ja, bitte schön.

LV: Ich hätte noch eine Rückfrage zu Ihrer Antwort von vorhin. Wenn ich das richtig interpretiere, wäre eine Verknüpfung von Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin zwar wünschenswert, aber nicht unbedingt umsetzbar und auch nicht unbedingt notwendig, zumal ja zum Beispiel Leitlinien der DGGG Geburtskliniken ohne Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorsehen.

Herr Dr. Rodeck (DGKJ): Das ist letztlich der Level 4, den wir damit ansprechen, wo eben Geburt ohne kinder- und jugendärztliche Kompetenz vor Ort stattfindet. Das ist das, was ich eben damit adressierte, dass man dann aber eine Kooperationsmöglichkeit haben müsse, bei der auf der anderen Seite der Kooperationstätigkeit nicht nur der Name, sondern auch Kompetenz vorhanden sei. Da sage ich ganz klar und auch ein bisschen selbstkritisch: Nicht jeder Kinder- und Jugendarzt ist in der Lage, dann eben adäquat einzugreifen. Das muss eigentlich in den Entscheidungsprozessen auch berücksichtigt werden.

Grundsätzlich ist es aber tatsächlich so: Idealerweise haben wir die Kombination, klar. Aber wenn wir die Kombination nicht hinbekommen, muss es auch die Möglichkeit geben, für das eine oder andere Fachgebiet eben Lösungen zu finden. Wenn Sie mich klar fragen, was ich favorisiere, würde ich ganz klar sagen: Ich favorisiere die gemeinsame Klinik, Kinder- und Jugendmedizin – mit Neonatologie, wenn möglich – plus Geburtshilfe und Gynäkologie. Das ist das Ideal. Aber wir wissen, dass das Ideal natürlich immer ein Ideal ist und immer eine Vision ist und vielleicht auch eine Utopie ist, sodass wir natürlich immer die Realitäten berücksichtigen müssen, weil wir oder auch Sie zu Entscheidungen kommen müssen, die in der Praxis dann auch umsetzbar sind. Sprich, wenn ich das nur in der Kombination jetzt entscheiden würde, hätte ich wahrscheinlich große Schwierigkeiten in der Umsetzung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ist Ihre Frage damit beantwortet? – Ja. Weitere Fragen an Herrn Dr. Rodeck? – Das sehe ich nicht.

Wir hatten verabredet, Frau Professor Tegethoff, dass Sie sich das anhören. Ich frage jetzt: Bleibt es dabei, oder möchten Sie irgendetwas ausführen?

Frau Prof. Dr. Tegethoff (DGHWi): Meine Anwesenheit in dieser Sitzung steht seit 24 Stunden fest. Ich tue mich natürlich ein bisschen schwer, hier qualifiziert Stellung zu nehmen. Grundsätzlich würde ich einmal sagen: Für die DGHWi ist die politische Handlungsmaxime gleichwertiger Lebensverhältnisse zentral.

Aus den Dokumenten, die mir seit Freitag zur Verfügung stehen, würde ich gerne zu einer Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes in den Tragenden Gründen zu § 3 schon einmal in aller Vorläufigkeit Stellung nehmen. Da werden die kurzen Wege sozusagen als Gegensatz zu einer adäquaten Versorgung aufgerufen. Ich halte dies für keine akzeptable Argumentation; vielmehr müssen die kurzen Wege und die adäquate Versorgung das gemeinsame Ziel sein.

Abschließend würde ich gerne noch darauf hinweisen, dass die bei fehlenden Sicherstellungszuschlägen anstehenden Schließungen kleiner Kliniken offensichtlich nicht automatisch in den letzten Jahren mit der Schaffung adäquater Kapazität in den weiter entfernten, größeren Kliniken abgedeckt werden. Dieses Phänomen sollte bei Ihrer Beschlussfassung aus meiner Sicht mit bedacht werden.

Darüber hinaus kann ich jetzt nur auf die noch ausstehende schriftliche Stellungnahme der DGHWi verweisen. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Frau Professor Tegethoff. – Gibt es dazu noch Anmerkungen oder Fragen? – Das ist nicht der Fall.

Somit sind wir schon am Ende. – Danke schön, dass Sie da waren. Hiermit ist diese Anhörung beendet.

Schluss der Anhörung: 11.17 Uhr