

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Vom 24. November 2016

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 § 1 Zweck der Regelungen	2
2.2 § 2 Gegenstand der Regelungen	2
2.3 § 3 Flächendeckende Versorgung.....	2
2.4 § 4 Geringer Versorgungsbedarf.....	3
2.5 § 5 Notwendige Vorhaltungen	3
2.6 § 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	4
2.7 § 7 Verfahrensregeln.....	5
3. Würdigung der Stellungnahmen	7
4. Bürokratiekostenermittlung.....	8
5. Verfahrensablauf	8
6. Dokumentation des Stellungsverfahren.....	9

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

I. Allgemeines

2.1 § 1 Zweck der Regelungen

§ 1 Satz 1 greift die in § 5 Absatz 2 KHEntgG formulierte Zweckbestimmung auf. Danach sollen Sicherstellungszuschläge der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen dienen, wenn ein Krankenhaus diese aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren kann. Basisversorgungsrelevante Leistungen im Sinne dieser Regelung sind Leistungen der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie, für die das Krankenhaus einen Versorgungsauftrag hat, sowie Leistungen gemäß der untersten Stufe des Notfallstufensystems nach den Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Wie in der Begründung zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ausgeführt, handelt es sich bei Leistungen, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig vorzuhalten sind, um Leistungen der Notfallversorgung sowie Leistungen, die für die unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung erforderlich sind (BT-Drucksache 18/5372, S. 90 f.). Ein basisversorgungsrelevantes Krankenhaus im Sinne der Regelung ist nach § 108 SGB V zugelassen, trägt damit zu einer bedarfsgerechten Versorgung nach § 1 Abs. 1 KHG bei und muss für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar sein, weil bei Schließung des Krankenhauses kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann.

2.2 § 2 Gegenstand der Regelungen

In § 2 werden als Gegenstand der Regelung die vom Gesetzgeber in § 136c Absatz 3 SGB V niedergelegten Kriterien abgebildet, zu denen der G-BA Vorgaben zu beschließen hat.

II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

2.3 § 3 Flächendeckende Versorgung

Für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung wird eine Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung innerhalb von

30 PKW Fahrzeitminuten zugrunde gelegt. Der Wert ist abgeleitet aus den Erreichbarkeitsstandards in den Raumordnungsgesetzen der Länder. Diese regeln die räumliche Organisation der Daseinsvorsorge, also der staatlichen Sicherstellung der Versorgung von Bevölkerung und Wirtschaft mit Gütern und Dienstleistungen, Arbeitsplätzen und Infrastruktur.

Die Erreichbarkeitsstandards gelten bundesweit als oberste Grenze für den zumutbaren Reiseaufwand von Wohnstandorten zum nächsten Zentrum: Ein Mittelzentrum muss im motorisierten Individualverkehr (MIV) in 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden können; Oberzentren sollten im MIV in 60 Minuten erreichbar sein. Wendet man diese Vorgaben auf den stationären Versorgungsbereich an, ergibt sich eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 PKW Fahrzeitminuten für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und innerhalb von 60 PKW Fahrzeitminuten für Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Derzeit erreichen 99 % der Bevölkerung in Deutschland ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb von 30 PKW Fahrzeitminuten.

Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung wird als gefährdet eingestuft, wenn bei Schließung des Krankenhauses mindestens 5.000 Einwohner eine PKW Fahrzeit von mehr als 30 Minuten erreichen. 5.000 Einwohner entsprechen einer Landstadt, die im Aktionsprogramm regionale Daseinsfürsorge des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur als „Grundzentren, mit einem Minimum an Versorgungsangeboten“ definiert wird.

2.4 § 4 Geringer Versorgungsbedarf

Ein geringer Versorgungsbedarf wird definiert als eine durchschnittliche Einwohnerdichte unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km²). Dies entspricht der Typisierung als „dünn besiedelte ländliche Region“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Ein geringer Versorgungsbedarf kann, muss aber nicht zwangsläufig zu einem Defizit in der Bilanz eines Krankenhauses führen. Der Anteil der Krankenhäuser mit Defizit in den überwiegend dünn besiedelten Regionen in Ostdeutschland ist deutlich geringer als der Anteil der Krankenhäuser mit Defizit in urbaneren Regionen in Westdeutschland.

In Absatz 2 werden für die Inseln aufgrund ihrer geografischen Besonderheiten und des hohen Potenzials für einen geringen Versorgungsbedarf abweichende Vorgaben getroffen. Ein geringer Versorgungsbedarf gilt für alle bestehenden Krankenhäuser in Insellage als gegeben.

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

2.5 § 5 Notwendige Vorhaltungen

Der Gesetzgeber weist in der Begründung zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) darauf hin, dass bei der Festlegung, welche Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig vorzuhalten sind, ein enger Maßstab anzuwenden ist (BT-Drucksache 18/5372, S. 90 f.). Es können Leistungen der Notfallversorgung sowie Leistungen, bei denen unmittelbare, diagnostische oder therapeutische Versorgung erforderlich ist, einbezogen werden. Der G-BA sieht es als erforderlich an, die unterste Stufe des nach § 136c Absatz 4 SGB V zu beschließenden Notfallstufensystems als notwendige Vorhaltung zugrunde zu legen. Die unterste Stufe des Notfallstufensystems beinhaltet die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung (Basisstufe). Die Basisstufe der Notfallversorgung setzt die Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung voraus.

Da das Notfallstufensystem aufgrund einer geplanten Fristverlängerung durch das Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) voraussichtlich erst Ende 2017 beschlossen wird, sind die Anforderungen der untersten Notfallstufe erst dann zu berücksichtigen, wenn es einen wirksamen Beschluss des G-BA hierzu gibt.

Für bestehende Krankenhäuser in Insellagen sind die Anforderungen der untersten Stufe des Notfallstufensystems nicht anzuwenden. Mit dieser Ausnahmeregelung wird vermieden, dass beispielsweise Anforderungen an die medizinisch-technische Ausstattung zu einem Ausschluss dieser Krankenhäuser vom Sicherstellungszuschlag führen.

Aus dem gesetzlichen Auftrag, die notwendigen Vorhaltungen für sicherstellungsfähige Leistungen zu konkretisieren (vgl. § 136c Absatz 3 Nummer 3 SGB V), ergibt sich die Befugnis, das Nähere zu den strukturellen und organisatorischen Anforderungen an eine Fachabteilung zu bestimmen, in der die basisversorgungsrelevanten Leistungen erbracht werden. Hierzu stellt Absatz 2 bei den notwendigen Vorhaltungen auf Fachabteilungen ab und referenziert dabei auf den Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels eignet sich besonders, da er zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene wirksam vereinbart ist. Um ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wird in der Regelung die Definition einer Fachabteilung wie folgt vorgenommen:

1. Nummer 1 bestimmt eine eigene Struktur und Organisation als Voraussetzung für die Anerkennung als Fachabteilung. Eine Fachabteilung kann also nicht eine Unterabteilung einer gänzlich anderen Abteilung sein (Beispiel: Neurochirurgie als Unterabteilung der Unfallchirurgie).
2. Die Fachkompetenz der Fachabteilung ergibt sich aus den Fachärzten. Um sicherzustellen, dass innerhalb von maximal 30 Minuten ein Facharzt einen Notfallpatienten behandeln kann, setzt eine Fachabteilung das Vorhandensein mehrerer Fachärzte voraus. Gleichzeitig muss eine Versorgung gemäß dem Facharztstandard auch bei Urlaub, Krankheit, an Wochenenden und des Nachts innerhalb kurzer Zeit gewährleistet sein. Der Facharztstandard ist mit einem entsprechenden Qualifikationsnachweis gemäß der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer nachzuweisen. Die Tätigkeit von Honorarärzten in einer Abteilung steht Anerkennung der Abteilung als Fachabteilung nicht entgegen. Sofern Nummer 2 bestimmt, dass angestellte Ärzte des Krankenhauses der Fachabteilung zugeordnet sind, wird damit lediglich gefordert, dass ein Kernbestand an angestellten Ärzten der Abteilung zugeordnet sein muss.
3. Sofern der Landeskrankenhausplan oder der Versorgungsvertrag eine Ausweisung auf Fachabteilungsebene vorsieht, muss ein entsprechender Versorgungsauftrag vorliegen.
4. Die Vertragsparteien vor Ort dokumentieren die Fachabteilungsstruktur anhand der Fachabteilungsschlüssel (Zweistellerebene) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Wie bereits zuvor ausgeführt, eignet sich die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels, da er zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene wirksam vereinbart ist.

In Absatz 3 wird die Möglichkeit einer Einzelfallprüfung durch die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Verhandlungspartnern vor Ort eingeräumt, sofern die Fachabteilungen den Voraussetzungen des Absatzes 2 Ziffern 1 und 2 nicht entsprechen. Dies kann beispielsweise notwendig sein, wenn die Verfügbarkeit eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten am Patienten nur mit Einsatz von Honorarärzten erreicht werden kann.

2.6 § 6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Sobald die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V vorliegen, sind diese bei der Prüfung der Voraussetzungen zur Vereinbarung eines

Sicherstellungszuschlags zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber hat in der amtlichen Begründung zum KHSG explizit darauf hingewiesen, dass festzulegen ist, inwieweit ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unzureichende Qualität aufweist, einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren kann. Der G-BA legt fest, dass in diesem Fall mit dem Krankenhaus zwingend Auflagen zur Steigerung der Qualität zu vereinbaren sind, da der geringe Versorgungsbedarf das Krankenhaus nicht von der Erfüllung von Qualitätsanforderungen entbinden kann. Mit der Gewährung des Sicherstellungszuschlags werden zudem die finanziellen Voraussetzungen geschaffen, Qualitätsmängel, die möglicherweise auf einem unverschuldeten Defizit in der Bilanz beruhen, zu beheben. Sofern es deutliche Hinweise darauf gibt, dass eine erhebliche Anzahl von Patienten das Krankenhaus aufgrund der Qualitätsmängel meidet und längere Fahrzeiten in Kauf nimmt, kann es gerechtfertigt sein, das Krankenhaus nicht mehr als basisversorgungsrelevant einzustufen. Entscheidet die zuständige Landesbehörde dennoch, dass ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist, sind die maßgeblichen Gründe hierfür darzulegen.

III. Verfahrensbestimmungen

2.7 § 7 Verfahrensregeln

In Absatz 1 wird klargestellt, dass die Prüfung, ob die Voraussetzungen für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags im Einzelfall vom Krankenhaus erfüllt werden, der zuständigen Landesbehörde obliegt. Die Landesbehörde entscheidet auf Grundlage dieser Regelungen des G-BA. Um eine einheitliche Anwendung und Auslegung der Regelungen sicherzustellen, werden in § 7 Vorgaben für die Prüfung der Einhaltung der Voraussetzungen durch die zuständigen Landesbehörden nach § 5 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG getroffen, die der Gesetzgeber mit § 136 Absatz 3 Satz 4 SGB V explizit vorgesehen hat.

In Absatz 2 wird festgelegt, dass das Vorliegen der Voraussetzungen jährlich zu überprüfen ist, da der Sicherstellungszuschlag nach § 5 Absatz 2 KHEntgG jährlich neu zu vereinbaren ist.

In Absatz 3 wird klargestellt, dass die Ermittlung der Erreichbarkeit unabhängig von Landesgrenzen erfolgen muss, da die Bevölkerung unabhängig vom Land des Wohnorts und dem Land des Krankenhauses stationäre Leistungen in Anspruch nehmen kann. Eine Betrachtung je Land würde fachlich zu widersprüchlichen Ergebnissen führen, da Krankenhäuser als für die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung unabdingbar eingestuft würden, obwohl eine Erreichbarkeit von 30 PKW Fahrzeitminuten eines anderen geeigneten Krankenhauses vorliegt, und somit bei einer Schließung des Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wäre.

In Absatz 4 wird das notwendige Genauigkeitsmaß für die Überprüfung der Erreichbarkeits- und Versorgungsbedarfsvorgaben festgelegt. Die Krankenhausplanungsbehörden können die Einzeladressen der Bevölkerung für die Überprüfung der Voraussetzungen nach § 3 und § 4 nicht heranziehen. Dennoch muss ein hohes Maß an Genauigkeit sichergestellt werden. Die Vorgabe stellt sicher, dass die Gebiete so klein gefasst werden, dass die Erreichbarkeit innerhalb der Gebiete nur in einem kleinen vertretbaren Maße variieren kann.

In Absatz 5 wird Bezug genommen auf die geplante gesetzliche Regelung zur Definition von Krankenhausstandorten in § 2a KHG, die voraussichtlich mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen zum 1. Januar 2017 in Kraft treten wird. Nach Stand des Referentenentwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2017 eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt.

Absatz 6 stellt sicher, dass Algorithmen genutzt werden, die nicht nur auf Distanzen abstellen, sondern auch die tatsächlichen topographischen Bedingungen, die Verkehrsinfrastruktur und die durchschnittliche Verkehrslage berücksichtigen.

In Absatz 7 wird eine Ausnahmeregelung für bestehende Krankenhäuser auf Inseln getroffen, da die besonderen geografischen Gegebenheiten der Inseln im Einzelfall dazu führen können, dass sich die Prüfanforderungen in § 3 und § 4 nur eingeschränkt oder nicht anwenden lassen. Beispielsweise kann es der Fall sein, dass die Fläche einer Insel unterhalb eines Quadratkilometers liegt. Auf die Überprüfung einer flächendeckenden Erreichbarkeit eines anderen geeigneten Krankenhauses innerhalb von 30 PKW Fahrzeitminuten sowie auf die Überprüfung des geringen Versorgungsbedarfs kann dementsprechend verzichtet werden. Vollständig nachzuweisen sind hingegen die notwendigen Vorhaltungen nach § 5.

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

Absatz 7 geht auf die berücksichtigungsfähigen Tatbestände bei der Vereinbarung der Höhe des Sicherstellungszuschlags ein. Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist nach § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG ein Defizit des gesamten Krankenhauses. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarende Höhe des Zuschlags ist jedoch nach dem Bedarf für eine kostendeckende Finanzierung der notwendigen Vorhaltungen nach § 5 zu bemessen und nicht nach dem Gesamthausesdefizit. Es soll nach dem Willen des Gesetzgebers eine zielgenaue finanzielle Förderung von basisversorgungsrelevanten Leistungen erfolgen und Sicherstellungszuschläge sollen auf echte Notsituationen begrenzt bleiben. Es sind nur solche Defizite durch den Sicherstellungszuschlag auszugleichen, die auf einem geringen Versorgungsbedarf gemäß der Definition in § 4 beruhen. Davon zu unterscheiden sind Defizite aufgrund von unwirtschaftlicher Betriebsführung. Ein Krankenhaus dessen Defizit sowohl auf einem geringen Versorgungsbedarf als auch auf Unwirtschaftlichkeiten beruht, kann zwar einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren, es hat jedoch in der Budgetverhandlung einen Maßnahmenplan zum Abbau der bestehenden Unwirtschaftlichkeiten vorzulegen.

In Absatz 8 wird eine Ausnahmeregelung für besonders dünn besiedelte Regionen getroffen. Sofern in einer Region die Bevölkerungsdichte unter 50 Einwohner je Quadratkilometer liegt, kann die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Verhandlungspartnern vor Ort das Betroffenheitsmaß auf bis zu 500 Einwohner absenken. D.h. eine flächendeckende Versorgung ist in diesen Regionen gefährdet, wenn zusätzlich mindestens 500 Einwohner PKW Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen.

In Absatz 9 wird die gesetzliche Vorgabe gemäß § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG wiederholt, dass ein Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweisen muss. Es wird festgelegt, dass dies durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen ist.

3. Würdigung der Stellungnahmen

3.1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der Verfo durchgeführt. Das Stellungnahmeverfahren wurde am 9. September 2016 eingeleitet. Fristende war der 7. Oktober 2016. Damit wurde die Stellungnahmefrist auf drei Wochen verkürzt. Grundsätzlich soll die Stellungnahmefrist nach 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 3 Verfo nicht kürzer als 4 Wochen sein. Vorliegend war die Verkürzung der Frist jedoch durch sachliche Gründe gerechtfertigt. Die gesetzliche Vorgabe, den Beschluss nach § 136c Absatz 3 SGB V erstmals bis zum 31. Dezember 2016 zu fassen, sowie die Komplexität des Beratungsthemas machten es erforderlich, die vorbereitenden Beratungen des Unterausschusses und der AG „Sicherstellungszuschläge“ unter Berücksichtigung des gesetzlich durchzuführenden Stellungnahmeverfahrens terminlich so zu strukturieren, dass im Anschluss an das Stellungnahmeverfahren ein ausreichender Zeitraum für die Auswertung der Stellungnahmen und Klärung der dissidenten Punkte verbleibt, bevor das Plenum am 24. November 2016 erstmals nach § 136c Absatz 3 SGB V beschließen wird.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die eingeleiteten Stellungnahmeverfahren und die eingegangenen Stellungnahmen.

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
§ 91 Absatz 5 SGB V	Bundesärztekammer (BÄK) und	Verzicht
	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Verzicht
§ 136c Absatz 3 SGB V	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	30.09.2016
	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)	Verzicht
	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC)	kein
	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. -German Cardiac Society (DGK)	07.10.2016
	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)	04.10.2016
	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	06.10.2016
	Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V. (DGNR)	kein
	Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGN)	kein
	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	28.09.2016
	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)	Verzicht
	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	kein
	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	06.10.2016
	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)	29.09.2016

	Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)	kein
	Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)	kein
	Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)	07.10.2016
	Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP)	13.10.2016
	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE)	06.10.2016
	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP)	kein

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

3.2 Mündliches Stellungsverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen sind gleichzeitig mit der Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme fristgerecht zur Anhörung eingeladen worden. Die Anhörung hat am 14. Oktober 2016 stattgefunden (siehe Anlage 5). Folgende stellungnahmeberechtigte Organisationen haben auf eine Anhörung verzichtet:

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU).

Nach dem Vortrag haben sich keine neueren, über die Auswertung des schriftlichen Stellungsverfahren hinaus gehenden Erkenntnisse ergeben, daher ergibt sich keine Notwendigkeit zu Änderungen im Beschlussentwurf.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten. § 7 Absatz 9 sieht vor, dass ein Krankenhaus ein Defizit in seiner Bilanz durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen hat. Seitens des G-BA wird davon ausgegangen, dass diese Vorgabe die Regelung in § 5 Absatz 2 Satz 6 KHEntgG lediglich konkretisiert und damit keine über die bestehenden gesetzlichen Vorgaben hinausgehenden Informationspflichten für die Krankenhäuser verbunden sind.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
09.09.2016	UA BPL	Beratung der Ergebnisse der AG
09.09.2016	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungsverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
14.10.2016	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
14.10.2016	UA BPL	Anhörung
17.11.2016	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe)
24.11.2016	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 24. November 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Das Stellungnahmeverfahren ist in folgenden Anlagen dokumentiert:

- Anlage 1 Beschlusssentwurf zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V
- Anlage 2 Tragende Gründe
- Anlage 3 Folgeabschätzung GKV-Modell Sicherstellungszuschläge-Regelungen
- Anlage 4 Auswirkungsanalyse der DKG zu den Sicherstellungszuschläge-Regelungen
- Anlage 5 Eingereichte Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen
- Anlage 6 Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 3 SGB V
- Anlage 7 stenografisches Wortprotokoll der mündlichen Anhörung