

# Tragende Gründe

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

Vom xx.xx.2020

### Inhalt

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

## 1. Rechtsgrundlage

GKV-SV	DKG
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte nach § 136c Absatz 3 SGB V als Grundlage für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nr. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) i. V. m. § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bis zum 31.12.2016 bundeseinheitliche Vorgaben zu beschließen. Der G-BA hatte insbesondere Vorgaben zu beschließen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,</li><li>• Zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und</li><li>• Zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.</li></ul> <p>Bei dem Beschluss waren planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 Satz 1 SGB V zu berücksichtigen. Der G-BA hatte auch das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde festzulegen.</p>	<p>(...)</p>

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

### 2.1 Allgemeines

GKV-SV	DKG
<p>Der G-BA hat am 24.11.2016 fristgerecht die bundeseinheitlichen Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für basisversorgungsrelevante Leistungen der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung beschlossen. Dabei wurde der gemeinsame Wille des Plenums zu Protokoll gegeben, dass nach der im Dezember 2016 erfolgten Beschlussfassung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Geburtshilfe die Beratungen zur Aufnahme der Geburtshilfe in die Regelungen für die Vereinbarungen von Sicherstellungszuschlägen beginnen sollen. Eine ergänzende Beschlussfassung zur Aufnahme der Geburtshilfe erfolgte am 19.04.2018.</p> <p>Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat auf Basis von Anträgen des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 20.01.2020 die Wiederaufnahme der Beratungen in der zuständigen Arbeitsgruppe beschlossen, um die Erweiterung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu beraten. Dieser Antrag beruht auf einem Ergebnis des gemeinsamen Arbeitspapiers des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) und der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) vom 02.09.2019 zur Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern im Fallpauschalensystem. Das Arbeits-</p>	<p>In der Sitzung des UA-Bedarfsplanung am 20.01.2020 wurde sowohl vom GKV-SV als auch der DKG der Antrag eingebracht, die bestehenden Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu ergänzen.</p> <p>Der Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes beruht auf einem Ergebnis des gemeinsamen Arbeitspapiers des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) und der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) vom 02.09.2019 zur Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern im Fallpauschalensystem. Hintergrund dieses Arbeitspapiers ist ein gemeinsames Gespräch mit dem Bundesminister für Gesundheit, Herrn Jens Spahn, am 25.06.2019 in dem der Bundesgesundheitsminister die Institutionen aufgefordert hat, Lösungsvorschläge für Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem abzustimmen.</p> <p>Das Ziel des Arbeitspapiers war es, kurzfristig gemeinsame Lösungsvorschläge für die in dem Gespräch diskutierten Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem abzustimmen.</p> <p>In diesem Arbeitspapier wird attestiert, dass die flächendeckende Grund- und Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die Versorgung mit den notwendigen Leistungsangeboten in den derzeitigen Vergütungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens noch ein deutliches Verbesserungspotential beinhaltet. Eine der zentralen Herausforderungen bei der Finanze-</p>

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

## 2.2 Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

### 2.2.1 Änderungen zu § 3

#### Zu § 3 Sätze 3 und 4

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die derzeitigen Regelungen sehen für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung eine Erreichbarkeit des nächsten geeigneten Krankenhauses innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten vor. Der Wert ist abgeleitet aus den Erreichbarkeitsstandards in den Raumordnungsgesetzen der Länder. Die Erreichbarkeitsschwelle für die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe wurde auf 40 Pkw-Fahrzeitminuten festgelegt, um eine für den ländlichen Raum realistische Untergrenze zu definieren, die gleichzeitig einen unter medizinischen Gesichtspunkten vertretbaren Schwellenwert darstellt.</p> <p>Für die zu ergänzende Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin wird in Satz 3 Nummer 3 eine Erreichbarkeit des nächsten geeigneten Krankenhauses innerhalb von 40 Pkw-Fahrzeitminuten festgelegt. In Satz 4 wird definiert, dass ein geeignetes Krankenhaus die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 erfüllen muss, d.h. die Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin sowie das Modul Basisnotfallversorgung Kinder gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern vorhalten muss. Der Erreichbarkeitswert von 40 Pkw-Fahrzeitminuten entspricht einer für den dünn besiedelten ländlichen Raum realistischen Untergrenze der auch heute schon in Deutschland akzeptierten Fahrzeit. Diese Einschätzung vertritt auch die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., der Dachverband der großen pädiatrischen Fachgesellschaften (u. a. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.), die schon in</p>	<p>Im Vordergrund muss bei allen Abteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin die Vorhaltung einer ausreichenden Strukturqualität stehen. Da die Flächendeckung der Pädiatrie bedeutend geringer ist als die der Inneren Medizin und Chirurgie würde eine 30-Minuten-Vorgabe für die Pädiatrie zu Fehlsteuerungen führen. Eine Erreichbarkeit zur nächsten stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin richtet sich an den bestehenden Strukturen aus. Eine Erreichbarkeit von 40 Pkw-Fahrzeitminuten wird deshalb für die pädiatrische Versorgung als angemessen erachtet.</p> <p>Die DKG hat bereits in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V vom 24. November 2016 die Aufnahme der Kinder- und Jugendmedizin eingefordert. Für die zu ergänzende Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin wird in Satz 3 Nummer 3 eine Erreichbarkeit des nächsten geeigneten Krankenhauses innerhalb von 40 Pkw-Fahrzeitminuten festgelegt. Diese Vorgabe entspricht der Forderung der „Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.“ und der „Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.“ im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 136c Abs. 3 SGB V. Hier wird ausgeführt: „Wir gehen hier von einer Daseinsvorsorge für Kinder und Jugendliche im Falle eines Notfalls / einer Krankenhausversorgung aus, die in 30 km bis maximal 40 Minuten Fahrzeit zur nächsten stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin erreichbar ist. Die 30/40-</p>

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>2012 angesichts des demografischen Wandels und der strukturellen Herausforderungen der Kinder- und Jugendmedizin die Erreichbarkeit einer stationären Einrichtung für Kinder und Jugendmedizin in maximal 40 Pkw-Fahrzeitminuten als ausreichend angesehen hat.<sup>1</sup></p> <p>Auch eine bundesweite Analyse illustriert nachdrücklich, dass Erreichbarkeitsnormen unterhalb von 40 Pkw-Fahrzeitminuten im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin den Status quo im ländlichen Raum unzureichend abbilden würden. Ausgewertet wurde dazu die Erreichbarkeit von Standorten mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin im dünn besiedelten ländlichen Kreisen nach dem Konzept der siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesamtes für Bau-, Stadt- und Raumforschung.<sup>[1]</sup> Kreise nach dieser Definition umfassen ca. 40 Prozent der Fläche und ca. 15 Prozent der Bevölkerung (ca. 12 Mio. Einwohner) der Bundesrepublik Deutschland. Tabelle 1 zeigt für unterschiedliche Erreichbarkeitsnormen, zu welchem Anteil in den bundesweit rund 100 dünn besiedelten ländlichen Kreisen mindestens 800 Einwohner unter 18 Jahren mehr Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um ein Krankenhaus mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin zu erreichen. Die Auswertung zeigt beispielsweise, dass schon heute in 61 Prozent der ländlichen Kreise mindestens 800 Einwohner unter 18 Jahren länger als 40 Pkw-Fahrzeitminuten benötigen, um die nächste Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin zu erreichen.</p>	<p>Regelung wurde von Seiten der kinder- und jugendmedizinischen Verbände 2012 im Rahmen eines Zukunftsprojekts konsentiert“ („Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland“, Link: <a href="http://dakj.de/projekte/flaechendeckende-versorgung-kinder-jugendliche-deutschland/">http://dakj.de/projekte/flaechendeckende-versorgung-kinder-jugendliche-deutschland/</a>)<sup>2</sup>.</p> <p>Als Folgeänderung wird in Satz 4 festgelegt, dass ein geeignetes Krankenhaus die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 erfüllen muss. Notwendige Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 3 sind Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.</p>

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

<sup>[1]</sup> Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2016) Laufende Raumbewertung – Raumbegrenzungen: Siedlungsstrukturelle Kreistypen, Bonn, abrufbar unter: [http://www.bbsr.bund.de/cln\\_032/nn\\_1067638/BBSR/DE/Raumbewertung/Raumbegrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html](http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbewertung/Raumbegrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html),

<sup>2</sup> G-BA; Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V; Anlage 5 zu den Tragenden Gründen; 24.November 2016



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

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

Bereits in den *Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V* vom 24. November 2016 wird ausgeführt: „Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung wird als gefährdet eingestuft, wenn bei Schließung des Krankenhauses mindestens 5.000 Einwohner eine PKW Fahrzeit von mehr als 30 Minuten erreichen. 5.000 Einwohner entsprechen einer Landstadt, die im Aktionsprogramm regionale Daseinsfürsorge des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur als „Grundzentren, mit einem Minimum an Versorgungsangeboten“ definiert wird.“<sup>3</sup> In diesen Tragenden Gründen wird nicht ausgeführt, dass es sich um zusätzlich mindestens 5000 Einwohner handelt.

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

### Zu § 3 Sätze 9 und 10

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
<p>In den Sätzen 9 und 10 werden die Voraussetzungen für eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Blick auf das Betroffenheitsmaß für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin definiert. Die ergänzten Regelungen in den Sätzen 9 und 10 sehen eine spezifische Erfassung der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe (Einwohner &lt; 18 Jahre) vor. Eine spezifische Erfassung ist notwendig, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Bevölkerungsentwicklung (insbesondere die Zahl der Kinder)</p>	<p>In dem Satz 9 wird die Voraussetzung für eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Blick auf das Betroffenheitsmaß für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin definiert. Die ergänzte Regelung in Satz 9 sieht eine spezifische Erfassung der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe (Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs) vor. Ausgehend von den bisherigen Regelungen für die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die eine flächendeckende Versorgung der</p>

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

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
<p>in Deutschland regional sehr heterogen ist, zum Teil deutlich von der Verteilung der Gesamtbevölkerung abweicht und sich im Zeitablauf verändert.<sup>4</sup> Ausgehend von den bisherigen Regelungen für die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung als gefährdet einstufen, wenn bei Schließung des Krankenhauses mindestens 5.000 Einwohner zusätzlich eine Pkw-Fahrzeit von mehr als 30 Minuten erreichen, wird für die Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin entsprechend des bundesdurchschnittlichen Kinderanteils von ca. 16 Prozent<sup>5</sup> ein Betroffenheitsmaß von 800 Kindern vorgesehen (5.000 Einwohner x durchschnittlich 16 Prozent Kinderanteil = 800 Einwohner &lt; 18 Jahre). Das so abgeleitete Betroffenheitsmaß orientiert sich damit weiterhin am Konzept einer Landstadt gemäß der Definition des Aktionsprogramms regionale Daseinsfürsorge des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur<sup>6</sup>, erfasst jedoch spezifischer, wie sich Kinder im Raum verteilen.</p>	<p>Bevölkerung als gefährdet einstufen, wenn bei Schließung des Krankenhauses mindestens 5.000 Einwohner eine PKW-Fahrzeit von mehr als 30 Minuten erreichen, wird für die Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin entsprechend des bundesdurchschnittlichen Anteils von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18 Lebensjahrs von rund 16 Prozent<sup>7</sup> ein Betroffenheitsmaß von 800 Kindern vorgesehen (5.000 Einwohner x durchschnittlich rund 16 Prozent = 800 Kinder und Jugendliche &lt; 18 Jahre). Analog der Änderung in den Sätzen 7 und 8 muss es sich nicht um „zusätzlich“ 800 Kinder und Jugendliche handeln.</p>

<sup>4</sup> Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (2012) Thesen zur Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland - Konsequenzen der demographischen Entwicklung, S. 7, abrufbar: unter <https://dakj.de/wp-content/uploads/2015/11/projekte-2012-zukunftsszenario-thesen.pdf>.

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

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

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

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

## 2.2.2 Änderungen zu § 4

### Zur Position der DKG in § 4 Absatz 1 Satz 2

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

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

In den „Erläuterungen zu den Raumbezügen“ hat das BBSR im Zusammenhang mit den Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR 2016) Definitionen zu den Raumbezügen vorgenommen. Je nach verwendetem Raumbezug (Kreisregion- oder Raumordnungsregionsebene) wird eine punktuell unterschiedliche Betrachtungsweise vorgenommen. Auf Grundlage der Anzahl der Kreise (Anzahl: 402) wird der „ländliche Raum“ anhand von „ländlichen Kreisen“ und „dünn besiedelten ländlichen Kreisen“ definiert.

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

**Legende:**

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

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

**Zu § 4 Absatz 1 Sätze 3 und 4**

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
<p>In Satz 3 wurde eine redaktionelle Änderung vorgenommen, die sich aus der Ergänzung des Regelungstextes ergibt.</p> <p>Die bisherigen Regelungen sehen für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung einen geringen Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km<sup>2</sup>) liegt. Der bundesdurchschnittliche Kinderanteil (Einwohner &lt; 18 Jahre/km<sup>2</sup>) an der Bevölkerung beträgt 16 %. Ausgehend von diesen Regelungen und unter Berücksichtigung des bundesdurchschnittlichen Kinderanteils wird der geringe Versorgungsbedarf für die Kinder- und Jugendmedizin auf 16 % der Erwachsenenfälle festgelegt. D.h. die Neuregelung legt auf Basis der zuvor ausgeführten Ableitung fest, dass für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte von Kindern im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 16 Kindern je Quadratkilometer (16 E. &lt; 18 Jahre/km<sup>2</sup>) liegt.</p>	<p>In Satz 3 wird eine Änderung vorgenommen, die sich aus der Ergänzung des Regelungstextes in Satz 2 ergibt.</p> <p>Der geringe Versorgungsbedarf für die Gynäkologie und Geburtshilfe wurde analog zur Regelung für die Innere Medizin und Chirurgie angepasst. Ein geringer Versorgungsbedarf liegt im Sinne von Sicherstellungszuschlägen für die Gynäkologie und Geburtshilfe vor, wenn die Bevölkerungsdichte von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 33 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren pro Quadratkilometer liegt. Die Berechnung wurde analog der 162 Einwohner bei der Inneren Medizin und Chirurgie durchgeführt. Die Anzahl von 33 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren ergibt sich aus der „Fortschreibung des Bevölkerungsstandes“ des Statistischen Bundesamtes mit Stichtag 31.12.2018<sup>9</sup>. Demnach beträgt der Anteil der Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren 20,47 % bezogen auf die Gesamtbevölkerung. 20,47 % von 162 Einw./qkm beträgt 33,16 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren.</p> <p>Die angepassten Regelungen sehen für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung einen geringen Versorgungsbedarf vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 162 Einwohnern je Quadratkilometer (162 E./km<sup>2</sup>) liegt.</p>

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

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

**Zu § 4 Absatz 1 Satz 5 Nummer 3**

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Satz 5 stellt klar, dass das Versorgungsgebiet für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin analog zu der in § 3 Satz 3 Nummer 3 für diese Vorhaltungen definierten Erreichbarkeitsnorm, die bewohnten geografischen Einheiten im 40 Pkw-Fahrzeitminuten-Radius um das Krankenhaus umfasst.</p>	<p>Satz 5 Nummer 3 stellt klar, dass das Versorgungsgebiet für die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern analog zu der in § 3 Satz 3 Nummer</p>

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

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

#### Zu § 4 Absatz 2

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die bestehende Ausnahmeregelung für Krankenhäuser in Insellage wird angepasst. Die bisherige Regelung trägt der hohen Einwohnerdichte auf Inseln aufgrund der geographischen Gegebenheiten Rechnung und nimmt einen geringen Versorgungsbedarf auf Inseln grundsätzlich als gegeben an. Eine Unterschreitung des Betroffenheitsmaßes wurde bisher nicht als Ausnahmetatbestand definiert. Es hat sich jedoch gezeigt, dass das Betroffenheitsmaß auf den Inseln aufgrund der geringen Einwohnerzahl z. T. unterschritten wird. Daher wird neben dem geringen Versorgungsbedarf zukünftig auch eine Betroffenheit in relevantem Ausmaß auf Inseln als gegeben angenommen.</p> <p>Eine Insel im Sinne dieser Regelung ist eine in einem Meer oder Binnengewässer liegende, von Menschen bewohnte Landmasse, die vollständig von Wasser umgeben ist. Künstliche Bauwerke (Kanäle, Brücken, Fahrdämme), die eine Insel mit dem Festland verbinden, ändern nichts an dem Status als Insel.</p>	<p>Die bestehende Regelung für Krankenhäuser in Insellage wird angepasst, da die bisherige Formulierung ausschließlich auf den geringen Versorgungsbedarf abgestellt hat. Die bisherige Ausnahmeregelung für Krankenhäuser auf Inseln hat ausschließlich den besonderen geografischen Gegebenheiten der Inseln bezüglich der deutlich höheren Einwohnerdichte als in Absatz 1 definiert, abgestellt. Eine Unterschreitung des Betroffenheitsmaßes wurde nicht als Ausnahmetatbestand genannt. Aufgrund der geringen Bevölkerungsanzahl wird die Betroffenheitsmaßvorgabe auf den Inseln z. T. unterschritten.</p> <p>Bspw. hat Helgoland auf Grundlage der statistischen Berichte des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein mit Stand 31.12.2018 lediglich 1.265 Einwohner.<sup>11</sup> Die bisherigen Vorgaben des Betroffenheitsmaßes können demnach nicht eingehalten werden. Hieraus resultiert, dass durch die Krankenkassen eine Ausweisung des Landes nach § 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG regelmäßig beklagt wird. In der geänderten Regelung wird klargestellt, dass abweichend vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 (Betroffenheitsmaß) und Absatz 1 (geringer Versorgungsbedarf) ein Sicherstellungszuschlag für bestehende Krankenhäuser in Insellage vereinbart werden kann. Eine Insel im Sinne dieser Regelung ist eine in einem Meer oder Binnengewässer liegende, von Menschen bewohnte Landmasse, die vollständig von Wasser umgeben ist. Künstliche Bauwerke (Kanäle, Brücken, Fahrdämme), die eine Insel mit</p>

<sup>11</sup> Statistikamt Nord – Bevölkerung der Gemeinden in Schleswig-Holstein 4. Quartal 2018 (XLSX-Datei) (Fortschreibung auf Basis des Zensus 2011), abgerufen hier am 02.06.2020: [https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische\\_Berichte/bevoelkerung/A\\_1\\_2\\_S/A\\_1\\_2\\_vj\\_184\\_Zensus\\_SH.xlsx](https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/bevoelkerung/A_1_2_S/A_1_2_vj_184_Zensus_SH.xlsx)

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

---

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

### 2.2.3 Änderungen zu § 5

#### Zur Position GKV-SV / KBV / PatV in § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1

Der Gesetzgeber weist in der Begründung zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) darauf hin, dass bei der Festlegung, welche Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig vorzuhalten sind, ein enger Maßstab anzuwenden ist (BT-Drucksache 18/5372, S. 90 f.). Es können Leistungen der Notfallversorgung sowie Leistungen, bei denen eine unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung erforderlich ist, einbezogen werden. Der G-BA sah es daher bereits bei seiner ersten Beschlussfassung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen am 24.11.2016 als erforderlich an, die unterste Stufe des nach § 136c Absatz 4 SGB V zu beschließenden Notfallstufensystems als notwendige Vorhaltung zugrunde zu legen.

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

#### Zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
Die bisherige Regelung der notwendigen Vorhaltungen wird ergänzt mit dem Ziel, die Sicherstellungszuschläge-Regelungen auf die basisversorgungsrelevanten Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin zu erweitern. Die ergänzte Regelung sieht vor, dass am Krankenhausstandort sowohl eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als auch	Auf die besonderen Aspekte bezüglich der Erreichbarkeit dieser speziellen, auf Kinder und Jugendliche ausgerichteten Versorgungsleistung wird in Kapitel 2.1 und den Ausführungen zu § 3 Satz 3 eingegangen.

<p>das Modul Basisnotfallversorgung Kinder gemäß dem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V vorzuhalten sind. Dadurch ist gewährleistet, dass die vorgehaltenen Strukturen zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind sowie die besonderen Erfordernisse der Kindernotfallversorgung berücksichtigt werden.</p>	<p>Im Vordergrund muss bei allen Abteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin die Vorhaltung einer ausreichenden Strukturqualität stehen. Diese bezieht sich im Wesentlichen auf personelle und apparative Ausstattung sowie auf eine Vernetzung mit Kooperationspartnern für die große Anzahl (neue Bundesländer 50 %; alte Bundesländer 20 %) kleinerer Abteilungen (weniger als 30 Betten oder unter 2000 Fälle/a) wird es zunehmend schwieriger werden, eine ausreichende Kompetenz und ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis vorzuhalten (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, institutionelle Ressourcen, Begründungsdokument 2013).</p>
---	---

**Zu § 5 Absatz 1 Satz 2**

Position GKV-SV, KBV, PatV	Position DKG
<p>Der bisherige Satz 2 wird aufgrund einer Rechtsbereinigung gestrichen. Siehe hierzu Begründung zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.</p> <p>Der neue Satz 2 regelt, dass für bestehende Krankenhäuser in Insellagen neben der Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin und einer chirurgischen Fachabteilung nicht zusätzlich alle weiteren Anforderungen an die unterste Stufe des Notfallstufensystems anzuwenden sind. Mit dieser Ausnahmeregelung wird vermieden, dass beispielsweise Anforderungen an die medizinisch-technische Ausstattung oder die Anzahl an vorzuhaltenden Intensivbetten zu einem Ausschluss dieser Krankenhäuser vom Sicherstellungszuschlag führen.</p>	<p>Der bisherige Satz 2 wird aufgrund einer Rechtsbereinigung gestrichen. Die Sicherstellungszuschläge-Regelungen sind ein Instrument um im Interesse der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung bedarfsnotwendige Krankenhausleistungen vorzuhalten, auch, wenn diese mit den Fallpauschalen wegen des geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend finanziert werden können.</p> <p>Die vorzuhaltenden Krankenhäuser werden in den Landeskrankenhausplänen, gegliedert nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten, aufgenommen. <u>Ein Zusammenhang mit dem gestuften System von Notfallstrukturen besteht nicht.</u></p> <p>Eine Verknüpfung mit dem gestuften System von Notfallstrukturen kann dazu führen, dass ein Krankenhaus zwar einen durch Landesrecht vorgegebenen Versorgungsauftrag hat, hierfür allerdings keine Finanzierung durch einen Sicherstellungszuschlag bekommen kann, da die Vorgaben des G-BA zu den bedarfsnotwendigen Vorhaltungen nicht erfüllt sind. Siehe hierzu auch die Begründung zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.</p>

**Zu § 5 Absatz 1 Satz 5 (alt)**

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

## 2.2.4 Änderungen zu § 6

### Zu § 6 Absatz 1 und 2

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die Differenzierung der notwendigen Vorhalten nach § 5 Absatz 1 Nummern 1-3 zieht eine differenzierte Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach sich. Ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf die basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin unzureichende Qualität aufweist, kann einen Sicherstellungszuschlag nur dann vereinbaren, wenn die zuständige Landesbehörde Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung erlassen sowie Fristen zu deren Umsetzung durch das betreffende Krankenhaus festgelegt hat.</p> <p>Um die Konsistenz der Regelungen mit Blick auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sicherzustellen, gilt folgende Anforderung auch für Krankenhäuser, die als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen: Ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin unzureichende Qualität aufweist, wird nur dann als Alternativkrankenhaus berücksichtigt, wenn die zuständige Landesbehörde Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung erlassen sowie Fristen zu deren Umsetzung durch das betreffende Krankenhaus festgelegt hat.</p>	<p>Es werden notwendige redaktionelle Änderungen vorgenommen.</p>

## 2.3 Verfahrensbestimmungen

### 2.3.1 Änderungen zu § 7

#### Zu § 7 Absatz 8

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

## 2.4 Inkrafttreten der Änderung

GKV-SV
<p>Ein Inkrafttreten der Änderungen der Sicherstellungszuschlagsregelungen erfolgt im Laufe des Jahres 2020. Die Erstfassung der Sicherstellungszuschlagsregelungen, die im November 2016 beschlossen wurde, sah vor, dass sie auf Vereinbarungszeiträume zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2017 Anwendung findet. Die Ergänzungsregelungen zur Geburtshilfe wurden im April 2018 beschlossen und finden für Vereinbarungszeiträume zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2019 Anwendung.</p> <p>Analog dazu ist vorzusehen, dass die voraussichtlich im letzten Quartal 2020 inkrafttretenden Ergänzungen der Sicherstellungszuschlagsregelungen zur Kinder- und Jugendmedizin mit der Maßgabe versehen werden, dass sie auf Vereinbarungszeiträume zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2021 Anwendung finden. Hintergrund ist, dass die Budgetverhandlungen gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG prospektiv zu führen</p>

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