

Kleine Anfrage

der Fraktion der CDU/CSU

Stationäre Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) wurden für die Jahre 2023 und 2024 Regelungen für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie eingeführt mit einer zusätzlichen Förderung in Höhe von 300 Mio. Euro pro Jahr. Hierzu wurden 270 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen (siehe Plenarprotokoll 20/4708).

Konkret ist in § 4a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vorgesehen, für die Jahre 2023 und 2024 die Kinder und Jugendlichen mit einem Alter über 28 Tage und unter 16 Jahren bei Aufnahme in das Krankenhaus im Rahmen des Fallpauschalensystems zusätzlich mit 300 Mio. Euro zu fördern. Auf Basis der erbrachten Leistungen des Jahres 2019 sowie dem krankenhausesindividuellen Anteil aus dem Zuschlagsvolumen sollte den Krankenhäusern ein krankenhausesindividuell weitgehend garantiertes Erlösvolumen zugeordnet werden.

Für das Jahr 2023 wurde von dem damit beauftragten Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf Basis der Leistungen des Jahres 2019 für insgesamt 1 200 Krankenhäuser ein krankenhausesindividuelles Erlösvolumen inklusive des Anteils aus dem Zuschlag in Höhe von 300 Mio. Euro errechnet. Insgesamt beträgt das veröffentlichte Gesamtbudget nach § 4a KHEntgG rund 2,68 Mrd. Euro. Maßgeblich ist sowohl für die Bestimmung des Erlösvolumens wie auch für die Abrechnung das bekannte Fallpauschalensystem (vgl. www.g-drg.de/erloesvolumen-fuer-die-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen).

Umfangreiche Ausgleichsregelungen greifen bei Über- bzw. Unterschreitungen des krankenhausesindividuellen Erlösvolumens. Bei Mehrleistungen gegenüber dem Jahr 2019 ist z. B. das Krankenhaus verpflichtet, diese zu 65 Prozent an die Krankenkassen zurückzuzahlen; die Kliniken können gemäß § 4a KHEntgG mit den Vertragsparteien der gesetzlichen Krankenkassen abweichende Ausgleichsvereinbarungen vereinbaren (vgl. ebenfalls www.g-drg.de/erloesvolumen-fuer-die-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen). Gleichzeitig sind die Krankenhäuser gemäß § 4a Absatz 3 KHEntgG verpflichtet, eine „Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht oder für die das Krankenhaus glaubhaft dargelegt hat, inwieweit die Mittel zweckentsprechend verwendet wurden. Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind zurückzuzahlen“.

Es ist – abweichend von dem ebenfalls mit dem KHPfLEG eingeführten Zuschlag für die Geburtshilfe – keine Vereinbarung der Spitzenverbände Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Private Krankenversicherung (PKV) vorgesehen, um einheitliche Regelungen aufzustellen, die den 1 200 betroffenen Kliniken einen Rahmen geben kann, um den Nachweis ohne erhebliche zusätzliche Kosten für die Testierung und ohne

deutliches Streitpotenzial in den Verhandlungen durchführen zu können. Gleichwohl haben die Spitzenverbände zur Entlastung der Krankenhäuser und der örtlichen Budgetverhandlungen eine Empfehlungsvereinbarung abgeschlossen (vgl. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/aeb/EmpfehlungsVb_Mittelverwendung_4a_3_KHEntG_20.03.2024.pdf).

Für einen kleinen Teil der Krankenhäuser kann die Empfehlungsvereinbarung nach Einschätzung der Fragesteller hilfreich sein, damit die infolge des neuen Erlösbudgets für Kinder und Jugendliche entstehenden zusätzlichen Kosten zumindest reduziert werden können. Bei vielen Kliniken ist nach Einschätzung der Fragesteller zu erwarten, dass die Kosten für den Nachweis der Erlöse aus dem Zuschlag übersteigen. Die Empfehlungsvereinbarung wird üblicherweise nicht von allen Krankenkassen in allen Bundesländern akzeptiert werden, so dass weiterhin große Unklarheit und Unsicherheit bestehen. In einigen Bundesländern haben die Krankenkassen nach Kenntnis der Fragesteller bereits angekündigt, dass die Empfehlungsvereinbarung nur klinikindividuell anerkannt wird.

In der medizinischen Praxis eines Krankenhauses werden Kinder – v. a., wenn das Krankenhaus nicht über eine Fachabteilung für Pädiatrie verfügt – nicht nur auf einer Abteilung behandelt, sondern sind häufig auf verschiedenen Stationen und Abteilungen des Hauses verteilt (z. B. HNO, Chirurgie, Urologie). Die Krankenhäuser können Kinder und Jugendliche bei Notfällen nicht ablehnen bzw. werden diese aufgrund ihres besonderen Leistungsangebots ausgewählt, auch wenn keine Fachabteilung für Pädiatrie vorgehalten wird. Dies erklärt auch die Zahl von 1 200 Kliniken, für die ein Erlösvolumen ermittelt worden ist und die deutlich über die Zahl der selbstständigen Kinderkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit pädiatrischen Abteilungen hinausgeht. Der Nachweis gestaltet sich dadurch sehr aufwendig, da die zweckentsprechende Mittelverwendung nicht für eine Kostenstelle ermittelt werden kann wie in der Geburtshilfe, sondern nur bezogen auf das einzelne Kind bzw. den einzelnen Jugendlichen und dessen spezifische Kosten (vgl. www.dgkj.de/unsere-arbeit/politik/f-aqs-finanzierung-kinderkliniken). Das Institut der Wirtschaftsprüfer hat in diesem Zusammenhang bereits auf die Schwierigkeiten und den hohen Aufwand für die Testierung hingewiesen, der nur mit einer Kostenträgerrechnung zu erfüllen ist, über die die wenigsten Krankenhäuser aufgrund der damit verbundenen Kosten verfügen (siehe www.idw.de/IDW/Medien/IDW-Schreiben/IDW-4a-KHEntG-Schreiben-230403.pdf).

In der o. g. Empfehlungsvereinbarung werden die Nachweise, die für Mindererlösausgleiche vorzulegen sind, völlig offen gelassen. Diese Mindererlösausgleiche dienen jedoch dem ursprünglichen Ziel der Gesetzesänderung eines weitgehend garantierten leistungsunabhängigen Erlösvolumens für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Für das Jahr 2023 waren die Kliniken gemäß § 21 Absatz 3b KHEntgG verpflichtet, zum 15. Januar 2024 ihre Daten an das InEK zu übermitteln. Damit kann für das Jahr 2023 eine Auswirkungsanalyse der Einführung des Erlösbudgets für Kinder und Jugendliche erfolgen, um das Gesetzesziel zu validieren. Im Kabinettsentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) ist nun aber vorgesehen, die Regelungen des § 4a KHEntgG mit einem gesonderten Erlösbudget für Kinder und Jugendliche, mit den entsprechenden Ausgleichen und gesonderten Nachweisen nicht fortzuführen.

Stattdessen soll für die Jahre 2025 und 2026 gemäß § 5 Absatz 3k neu KHEntgG auf Basis der Ist-Leistungen des Jahres 2023 für Kinder über 28 Tage und unter 16 Jahren eine Verteilung des Fördervolumens in Höhe von jährlich 300 Mio. Euro erfolgen. Ein aufwendiger Nachweis ist nicht mehr erforder-

derlich, die Leistungen werden wieder im Erlösbudget nach § 4 KHEntgG berücksichtigt, und es ist sicherzustellen, dass die infolge der Reintegration entstehenden Mehrleistungen nicht zu einem Fixkostendegressionsabschlag führen (vgl. Kabinettsentwurf KHVVG vom 10. Mai 2024). Ein garantiertes Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird damit nach Ansicht der Fragesteller faktisch wieder abgeschafft.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass infolge zu hoher Anforderungen an den Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung erhebliche Mittel den Krankenhäusern vorenthalten werden, die die Bundesregierung explizit für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorgesehen hat?
2. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der o. g. Empfehlungsvereinbarung zum Nachweis der Mittelverwendung, und hat die Bundesregierung geprüft, ob diese die Anforderungen an ein weitgehend garantiertes leistungsunabhängiges Erlösvolumen erfüllt, und wenn ja, mit welchem Ergebnis?
3. Inwieweit wurde das InEK mit einer Auswirkungsanalyse der Leistungsentwicklungen beauftragt, die sich zwischen den Jahren 2019 und 2023 ergeben haben, und welche Ergebnisse zeigt diese gegebenenfalls?
4. Inwieweit wurde das InEK damit beauftragt, die Erlösauswirkungen zu ermitteln, die sich aus den gesetzlichen Ausgleichsregelungen bzw. aus der Empfehlungsvereinbarung ergeben?
5. Ist es das Ziel der Bundesregierung, dass die auf Basis von § 4a KHEntgG ermittelten rund 2,68 Mrd. Euro den Krankenhäusern nach Umsetzung der Ausgleichsregelungen auch zufließen, und wie lässt sich dies aus Sicht der Bundesregierung sicherstellen?
6. Sind der Bundesregierung Verhandlungsergebnisse bekannt, wonach abweichende Ausgleichsregelungen vereinbart worden sind, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen, ohne dass ein Krankenhaus Rückzahlungen an die Krankenkassen leisten muss?
7. Ist es im Sinne der Bundesregierung, dass Leistungsverschiebungen zwischen den Jahren 2019 und 2023 möglicherweise zu einem fehlenden Ausgleich für eine Klinik und Rückzahlungen für andere Kliniken führen und die Versorgung der Kinder und Jugendlichen damit zu einer weiteren Erlösreduzierung der Kliniken führt?
8. Ist der Bundesregierung bekannt, ob durch die Einführung der neuen Gesetzesregelung Krankenhäuser, die ihr Leistungsvolumen im Vergleich zu 2019 erhöhen, sich hierdurch aufgrund der Ausgleichsvorgaben möglicherweise schlechter stellen als vor der gesetzlichen Neuregelung und damit ein Fehlanreiz zur Nichtversorgung von Kindern und Jugendlichen einhergeht, und wenn ja, wie bewertet die Bundesregierung dies?
9. Sieht die Bundesregierung Nachholbedarf bei den gesetzlichen Ausnahmeregelungen, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen rückwirkend für das Jahr 2023 bzw. für das Jahr 2024 sicherzustellen, sofern Kliniken Leistungssteigerungen im Vergleich zum Jahr 2019 aufweisen, und wie begründet sie ihre Einschätzung?
10. Erwartet die Bundesregierung eine Zunahme der Schiedsstellenverfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen aufgrund der Einführung des Erlösbudgets für Kinder und Jugendliche und dem hieraus entstehenden Nachweis?

11. Hat die Bundesregierung einen Überblick über die Kosten, die den Krankenhäusern für den Nachweis der Versorgung von Kindern und Jugendlichen entstehen?
12. Ist der Bundesregierung bekannt, ob Kliniken auf die Abrechnung des Zuschlags verzichten, um zumindest die Erlöse aus der Fallpauschale zu sichern und damit die Kosten der Testate zu vermeiden?
13. Ist der Bundesregierung bekannt, ob Krankenkassen bereits im Jahr 2023 Vereinbarungen anstrebten über die Rückzahlung des Zuschlagsbetrags und den Verzicht auf Mindererlösausgleiche für Kinder und Jugendliche – begleitet mit der Zusicherung, auf weitere Nachweise zu verzichten?
14. Fließen nach Kenntnis der Bundesregierung die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurück, oder können die Krankenkassen diese zur Deckung ihrer Ausgaben verwenden?
15. Plant die Bundesregierung eine Erweiterung der Ausnahmeregelungen vom Fixkostendegressionsabschlag infolge der Behandlung von Kindern und Jugendlichen?
16. Ergeben sich aus den Auswirkungsanalysen der ähnlich einer Leistungsgruppe zu betrachtenden Kindern und Jugendlichen Erkenntnisse für die Einführung von Vorhaltepauschalen, um Strukturänderungen zu berücksichtigen (bei Vorhaltepauschalen soll bei einer Leistungsschwankung von plus bzw. minus 20 Prozent kein Ausgleich erfolgen)?
17. Ist es das Ziel der Bundesregierung, dass Kinder und Jugendliche nur noch in Kliniken mit ausgewiesenen pädiatrischen Abteilungen behandelt werden sollen, wenn ja, warum, und wenn nein, warum nicht?
18. Sieht die Bundesregierung mit der im Kabinettsentwurf des KHVVG vorgesehenen Abschaffung gesonderter, hausindividuell garantierter Erlösvo-lumen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab 2025 ihr ursprüngliches Ziel und die bisherige Regelung als gescheitert an?

Berlin, den 5. Juli 2024

Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion