

## **Antwort der Bundesregierung**

### **auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/12269 –**

#### **Stationäre Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in Deutschland**

##### Vorbemerkung der Fragesteller

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](http://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 (vgl. ebenfalls [www.g-drg.de/erloesvolumen-fuer-die-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen](http://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\\_KHEngG\\_20.03.2024.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/aeb/EmpfehlungsVb_Mittelverwendung_4a_3_KHEngG_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 die Erlöse aus dem Zuschlag übersteigen. Die Empfehlungsvereinbarung wird üblicherweise nicht von allen Krankenkassen in allen Bundesländern akzeptiert werden, sodass 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/faqs-finanzierung-kinderkliniken](http://www.dgkj.de/unsere-arbeit/politik/faqs-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](http://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 erforderlich, 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.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Eine qualitativ hochwertige und sichere medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist für die Bundesregierung von großer Bedeutung. Im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP ist daher vereinbart, kurzfristig für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie zu sorgen.

Aufbauend auf den Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe der in dieser Legislaturperiode eingesetzten Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hinsichtlich einer kurzfristigen Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe wurde gemeinsam mit den Ländern entschieden, mit dem Krankenhauspflegentlastungsgesetz vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) für die Jahre 2023 und 2024 ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen einzuführen und damit die stationäre pädiatrische Versorgung kurzfristig zu stärken: Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erhalten Krankenhäuser in den Jahren 2023 und 2024 ein garantiertes Erlösvolumen, das auf Grundlage der Behandlungsfälle des Jahres 2019 ermittelt und um die Preisentwicklung angehoben und zusätzlich um insgesamt 300 Mio. Euro pro Jahr erhöht wird. Um sicherzustellen, dass diese Mittel für die pädiatrische Versorgung eingesetzt werden, haben die Krankenhäuser die zweckentsprechende Mittelverwendung nachzuweisen.

Das Bundeskabinett hat am 15. Mai 2024 mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) ein umfassendes Reformpaket auf den Weg gebracht. Mit der Krankenhausreform werden folgende zentrale Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung. Zentraler Bestandteil der Reform ist die geplante Einführung einer Vorhaltevergütung – damit soll die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden. Um die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser maßgeblich zu verbessern, sieht das KHVVG unter anderem eine vollständige und frühzeitige Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen und die Anwendung des vollen Orientierungswertes vor. Die Belange von ländlichen und strukturschwächeren Räumen sollen in besonderem Maße berücksichtigt werden. Neben diesen Maßnahmen wird die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen zusätzlich und dauerhaft gestärkt, indem der jährliche Förderbetrag in Höhe von 300 Mio. Euro verstetigt und ab dem Jahr 2027 über eine für den Bereich Pädiatrie erhöhte Vorhaltevergütung ausgezahlt wird.

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?

Die zusätzlichen Mittel zur kurzfristigen Unterstützung der pädiatrischen Versorgung sollen zielgerichtet für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Um dies sicherzustellen, ist ein Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung notwendig. Die zweckentsprechende Mittelverwendung kann nachgewiesen werden durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers, aus der hervorgeht oder für die das Krankenhaus glaubhaft dargelegt hat, inwieweit die Mittel zweckentsprechend verwendet wurden.

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?

Die Bundesregierung begrüßt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) einheitliche Handlungsempfehlungen für die Vertragsparteien vor Ort vereinbart haben. Eine Überprüfung der Vereinbarung durch die Bundesregierung ist gesetzlich nicht vorgesehen.

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?

Der GKV-Spitzenverband, der PKV-Verband und die DKG sind durch § 4a Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2024 unter Berücksichtigung der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2023 gemeinsam über die Auswirkungen des aktualisierten Erlösvolumens für das Jahr 2023 zu berichten. Die Bundesregierung hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gemäß § 21 Absatz 3b Satz 7 KHEntgG beauftragt, für die Krankenhäuser, die für das Jahr 2023 ein Erlösvolumen nach § 4a KHEntgG zugewiesen bekommen haben, eine Übersicht über Fallzahlen, den aG-DRG Case-Mix und die Erlösvolumina für die Datenjahre 2019 und 2023 zu erstellen. Es zeigte sich, dass die meisten Krankenhäuser, denen ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a KHEntgG zugewiesen wurde, vom Jahr 2019 auf das Jahr 2023 einen Fallzahlrückgang bei der Versorgung pädiatrischer Patientinnen und Patienten verzeichnet haben.

4. Inwieweit wurde das InEK damit beauftragt, die Erlösauswirkungen zu ermitteln, die sich aus den gesetzlichen Ausgleichsregelungen bzw. aus der Empfehlungsvereinbarung ergeben?

Das InEK wurde nicht mit der Ermittlung von Erlösauswirkungen, die sich aus den gesetzlichen Ausgleichsregelungen oder aus der Empfehlungsvereinbarung ergeben, beauftragt.

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 Ausgleichs auch zufließen, und wie lässt sich dies aus Sicht der Bundesregierung sicherstellen?

Die Bundesregierung hat das Ziel, dass die für die Krankenhäuser vorgesehen Mittel nach den gesetzlichen Regelungen bei den Krankenhäusern ankommen und zweckgebunden für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Die vorgesehenen Ausgleichs dienen vor allem dazu, auch bei Mindererlösen die Versorgungsstrukturen abzusichern.

6. Sind der Bundesregierung Verhandlungsergebnisse bekannt, wonach abweichende Ausgleichs bei Mehrleistungen vereinbart worden sind, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen, ohne dass ein Krankenhaus Rückzahlungen an die Krankenkassen leisten muss?

Verhandlungsergebnisse der Vertragsparteien vor Ort sind der Bundesregierung nicht zu übermitteln und daher nicht bekannt.

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?

Die Fragen 7 bis 9 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ziel der Regelungen des § 4a KHEntgG ist eine Absicherung des stationären Erlösvolumens für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und einer zusätzlichen finanziellen Förderung. Die Regelungen sehen einen vollständigen Ausgleich von Mindererlösen gegenüber dem auf Basis der Leistungen des Jahres 2019 ermittelten, um die Kostenentwicklung fortgeschrieben und um die Förderung von insgesamt 300 Mio. Euro erhöhten Erlösvolumens vor. Um den Leistungsanreiz für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aufrechtzuerhalten, sind Mindererlöse von mehr als 20 Prozent zu 65 Prozent auszugleichen. Im Fall von Mehrerlösen sind Mehrerlöse aus der Abrechnung von Fallpauschalen mit dem in § 4 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG festgelegten regulären Ausgleichssatz für Mehrerlöse von 65 Prozent auszugleichen. Um auf wesentliche Leistungsveränderungen seit dem Jahr 2019 bis zu den entsprechenden Anwendungsjahren insbesondere durch Kapazitätsveränderungen reagieren zu können, ermöglicht § 4a Absatz 5 Satz 4 KHEntgG den Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit, zugunsten des einzelnen Krankenhauses abweichende Ausgleichssätze zu vereinbaren, um unzumutbare Härten zu vermeiden. In der Ge-

setzesbegründung sind hier beispielhaft strukturelle Veränderungen genannt, zu denen ausweislich der Begründung Krankenhausfusionen, -schließungen, -öffnungen und -umstrukturierungen zählen können, die aufgrund von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern gegenüber dem Jahr 2019 zu einem Anstieg der Fallzahlen bei einzelnen Krankenhäusern geführt haben. Den Vertragsparteien vor Ort soll so die Flexibilität gegeben werden, durch abweichende Ausgleichssätze auf wesentliche Leistungsveränderungen insbesondere durch Kapazitätsveränderungen zu reagieren.

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?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Vertragsparteien (Krankenhäuser und die am Pflegesatzverfahren beteiligten Sozialleistungsträger) konstruktiv bei der Sicherstellung der stationären pädiatrischen Versorgungsstrukturen mitwirken und ein Interesse an einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben.

11. Hat die Bundesregierung einen Überblick über die Kosten, die den Krankenhäusern für den Nachweis der Versorgung von Kindern und Jugendlichen entstehen?

Die Krankenhäuser sind nicht verpflichtet, der Bundesregierung hierüber zu berichten. Die Bundesregierung hat daher hierzu keine Informationen.

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?

Die Krankenhäuser haben gemäß § 4a Absatz 3 KHEntgG die zweckentsprechende Mittelverwendung für das gesamte Erlösvolumen nachzuweisen.

13. Ist der Bundesregierung bekannt, ob Krankenkassen bereits im Jahr 2023 Vereinbarungen anstreben über die Rückzahlung des Zuschlagsbetrags und den Verzicht auf Mindererlösausgleiche für Kinder und Jugendliche – begleitet mit der Zusicherung, auf weitere Nachweise zu verzichten?

Die Bundesregierung hat hierzu keine Informationen.

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?

Die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel sind nach § 4a Absatz 3 Satz 3 KHEntgG zurückzuzahlen, das Nähere vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort.

15. Plant die Bundesregierung eine Erweiterung der Ausnahmeregelungen vom Fixkostendegressionsabschlag infolge der Behandlung von Kindern und Jugendlichen?

Ja. Im Entwurf zum KHVVG ist vorgesehen, dass der Fixkostendegressionsabschlag nicht für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen anzuwenden ist, die aufgrund des Ablaufs der in § 4a Absatz 1 Satz 1 KHEntgG genannten Anwendungsjahre für das Jahr 2025 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden.

16. Ergeben sich aus den Auswirkungenanalysen 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)?

Mit dem KHVVG ist vorgesehen, dass Krankenhäuser unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine festgelegte Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen erhalten, deren Qualitätskriterien sie erfüllen und die ihnen durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen wurden. Damit soll die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden. Sofern die Frage auf die Auswirkungenanalyse des InEK gemäß Frage 3 abzielt, wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

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?

Ziel der Bundesregierung ist eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und sichere stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die im Rahmen der Krankenhausreform geplanten Regelungen beinhalten unter anderem bundeseinheitliche Qualitätskriterien für alle in Leistungsgruppen differenzierten Krankenhausbehandlungen. Gleichzeitig sind Regelungen vorgesehen, die eine flächendeckende bedarfsgerechte Versorgung mit stationären Leistungen ermöglichen. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung liegt auch weiterhin in der Verantwortung der Länder, die dieser Aufgabe im Rahmen ihrer Krankenhausplanung nachkommen.

18. Sieht die Bundesregierung mit der im Kabinettsentwurf des KHVVG vorgesehenen Abschaffung gesonderter, hausindividuell garantierter Erlösvolumen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab 2025 ihr ursprüngliches Ziel und die bisherige Regelung als gescheitert an?

Mit dem KHVVG soll die verbesserte Finanzierung für den Bereich Pädiatrie nun verstetigt und mit Einführung der Vorhaltevergütung ab dem Jahr 2027 über eine erhöhte Vorhaltevergütung ausgezahlt werden. Eine weitere Bezugnahme auf das Jahr 2019 wäre nicht mehr sachgerecht, weil dann zwischenzeitlich erfolgte Struktur- und Fallzahländerungen nicht berücksichtigt würden.

