

Ihre Anfrage vom 04.01.2023

Beitrag zur Bekanntgabe „stationäre Versorgung Kinder und Jugendliche – Update 2022“

Das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) vom 20. Dezember 2022 trat zum 1. Januar 2023 in Kraft.

Es sieht u. a. vor, die **geburtshilfliche Versorgung** in den Jahren 2023 und 2024 deutschlandweit mit jeweils 120 Mio. € zu unterstützen. Für die Geburtshilfestationen in Bayern stehen gem. Königsteiner Schlüssel jeweils rd. 18,76 Mio. € zur Verfügung. Die Krankenhausplanungsbehörden der Länder sind aufgefordert, bis zum 31. März 2023 (und in Folge bis zum 31. März 2024) festzulegen, welche Krankenhäuser mit Geburtshilfeabteilungen in welcher Höhe von den zusätzlichen Mitteln profitieren sollen.

Die Abrechnung soll über einen Zuschlag pro stationärer*in Patient*in in 2023 bzw. 2024 erfolgen. Seine Höhe ergibt sich, indem die örtlichen Vertragsparteien der Entgeltverhandlungen den von der Krankenhausplanungsbehörde festgelegten Förderbetrag durch die Zahl der Patient*innen des jeweiligen Vorjahres teilen. Soweit am Jahresende die abgerechneten Zuschläge von dem festgelegten Förderbetrag abweichen, sind die Unterschiede nach den üblichen Vergütungsmechanismen im Folgejahr vollständig auszugleichen (Ausgleich nach § 5 Abs. 4 KHEntgG). Die jeweils zweckentsprechende Verwendung der für die Geburtshilfe erhaltenen Mittel ist in den Entgeltverhandlungen 2024 und 2025 nachzuweisen, ggf. sind die Mittel anteilig oder vollständig zurückzubezahlen.

Bei der Festlegung der Förderung nach § 5 Abs. 2b KHEntgG werden die folgenden Gesichtspunkte berücksichtigt:

- die Vorhaltung einer Fachabteilung Pädiatrie am jeweiligen Krankenhausstandort
- die Vorhaltung einer Neonatologie am jeweiligen Krankenhausstandort
- der Anteil vaginaler Geburten am jeweiligen Krankenhausstandort
- die Geburtenzahl am jeweiligen Krankenhausstandort und
- die Durchführung von Praxiseinsätzen im Rahmen des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums am jeweiligen Krankenhausstandort.

Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat bereits die Daten des Gesamtjahres 2022 aller geburtshilflichen Abteilungen abgefragt, u.a. die Zahl entbundener Frauen, die Zahl der Kaiserschnittentbindungen und Totgeburten. Die München Klinik gGmbH hat die entsprechenden Zahlen fristgerecht geliefert und wartet nun auf die für Ende März vorgesehene Mitteilung der entsprechenden Fördersummen 2023 für ihre Geburtshilfen in Harlaching, Neuperlach und Schwabing. Im nächsten Schritt würden die Beträge im Rahmen der Entgeltverhandlung 2023 in einen Zuschlag je Fall umgerechnet, der ab Genehmigungszeitpunkt der Entgeltvereinbarung zur Abrechnung kommen wird.

Mit dem o. a. Gesetz wurde der § 4a ‚Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen‘ in das KHEntgG eingefügt. Intention ist, die **Versorgung von Kindern und Jugendlichen** in den Jahren 2023 und 2024 finanziell mit bundesweit jeweils 300 Mio. € zu unterstützen.

Das Verfahren zur Ermittlung des krankenhausespezifischen Erlösvolumens ist komplex und wird nachfolgend in vier Schritten kurz dargestellt.

- Das InEK hat basierend auf den ihm vorliegenden Daten 2019 die effektiven Bewertungsrelationen je Krankenhaus berechnet, wobei nur die voll- und teilstationären Fälle eingeflossen sind, die am Tag der Aufnahme ins Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren alt waren. Es erfolgte keine Beschränkung auf die Behandlung nur in Pädiatrien oder Kinderkliniken.
- Die Summe der ermittelten effektiven Bewertungsrelationen wurde mit dem für das Jahr 2023 festgesetzten Landesbasisfallwert multipliziert (ist kein LBFW 2023 festgesetzt, wird hilfsweise der von 2022 herangezogen, und es erfolgt eine spätere Korrektur). Dieses Erlösvolumen wurde um 90 Mio. € erhöht.

- Der zu ermittelnde Prozentsatz ergab sich als Quotient aus dem Betrag von 300 Mio. € geteilt durch das erhöhte Erlösvolumen, auf 3 Stellen gerundet lautet er auf 12,075%. Er stellt den gem. § 4a Abs. 1 Satz 6 KHEntgG zu veröffentlichenden Prozentsatz nach § 4a Abs. 2 Satz 1 KHEntgG dar.
- Die ermittelten und mit dem LBFW 2023 gesteigerten krankenhaushausindividuellen Erlösvolumen wurden um den o.a. Prozentsatz erhöht.

Das InEK hat diese Erlösvolumen 2023 veröffentlicht, für die MüK belaufen sie sich auf:

- München Klinik Bogenhausen 128.395,32 €
- München Klinik Harlaching 3.682.511,08 €
- München Klinik Neuperlach 34.934,73 €
- München Klinik Schwabing 17.216.097,86 €
- München Klinik Thalkirchner Straße 767.736,29 €.

Für die Abrechnung und ggf. nachfolgende Ausgleiche ist die folgende Vorgehensweise festgelegt:

- In der Zeit zwischen dem 01.01.-31.12.2023 wird für alle voll- und teilstationären Fälle in der definierten Altersgruppe (am Aufnahmetag > 28 Tage und < 16 Jahre) neben der bewerteten Fallpauschale der Zuschlag in Höhe des vom InEK berechneten Prozentsatzes erhoben. Aufgrund der Kurzfristigkeit und des notwendigen technischen Vorlaufs kann die tatsächliche Abrechnung vrs. nicht vor dem 01.02.2023 beginnen; auf Bundesebene sind die Spitzenverbände in Abstimmung, wie die dennoch rückwirkend anzuwendende Abrechnung ausgestaltet werden kann.
- Die Erlösausgleiche nach § 4a Abs. 5 KHEntgG sehen vor, dass Abweichungen zum angehobenen Erlösvolumen (korrigiertes berechnetes Erlösvolumen plus Zuschlag) bei Mindererlösen von bis zu 20 % vollständig gegenüber dem angehobenen Erlösvolumen ausgeglichen werden. Mindererlöse über 20 % werden zu 65 % ausgeglichen. Abweichungen in Form von Mehrerlösen gegenüber dem angehobenen Erlösvolumen sind zu 65 % auszugleichen. Vollständig auszugleichen sind Mehrerlöse, sofern diese daraus resultieren, dass das „vorläufige“ krankenhaushausindividuelle Erlösvolumen das korrigierte Erlösvolumen übersteigt oder die aus der Erhebung des vom InEK ermittelten Zuschlags resultieren.
- Den örtlichen Vertragsparteien ist der Weg eröffnet, in Härtefällen (bspw. Krankenhausschließungen, Leistungsverlagerungen, Abteilungsumstrukturierungen) abweichende Ausgleichsätze zu vereinbaren.
- Die ermittelten Erlösvolumen sowie die berechneten Zuschläge sind zweckgebunden für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verwenden. Eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers ist in der Budgetverhandlung vorzulegen. Die Verwendung für investive Zwecke oder Erwachsene ist nicht zulässig; nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzahlen.
- Etwas abweichende Regelungen sind für die definierte Gruppe von Kindern und Jugendlichen vorgesehen, die in Besonderen Einrichtungen behandelt und mit fall- oder tagesbezogenen Entgelten abgerechnet werden.

Eine Bewertung, wie sich die zusätzliche Finanzierung auswirken wird, ist aktuell nicht zu leisten,

- da neben der Ausgleichsproblematik (welches Leistungsniveau kann in 2023 angesichts von Pflegemangel und Bettensperrungen realisiert werden?),
- der Nachweisführung der zweckentsprechenden Verwendung (besonders in den Standorten mit der „eingestreuten“ Behandlung von Kindern und Jugendlichen),
- der Möglichkeit, abweichende Ausgleichsätze zu vereinbaren
- auch die Gegenrechnung mit dem Betrauungsakt der Kinderonkologie Schwabing und (neu) der Neonatologie Schwabing und Harlaching zu berücksichtigen sein wird.

Die Möglichkeit der **Tagesstationären Behandlung** gem. § 115e SGB V wurde ebenfalls durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz geschaffen.

Demnach können zugelassene Krankenhäuser, in medizinisch geeigneten Fällen, anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung erbringen. Die Voraussetzungen dazu sind im Gesetzestext genannt:

- es muss eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegen;
- die Einwilligung des/der Patienten*in muss vorliegen;
- die Behandlung erfordert an Tagen ohne Übernachtung einen mindestens sechsstündigen Aufenthalt des/der Patienten*in im Krankenhaus, währenddessen überwiegend eine ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird.

Eine Reihe von Leistungen bzw. Leistungskomplexen sind von der tagesstationären Behandlung ausgeschlossen, auch diese sind in § 115e Abs. 1 SGB V genannt (u.a. sozialpädiatrische Zentren § 119 SGB V, ermächtigte Krankenhausärzte § 116 SGB V, Ambulantes Operieren § 115b SGB V).

Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der gem. KHEntgG abrechenbaren Entgelte für vollstationäre Krankenhausleistungen. Für jede nicht angefallene Übernachtung ist ein Abzug von 0,04 Bewertungsrelationen vorzunehmen, wobei bei mehrtägigen Aufenthalten der Abzug einen Anteil von 30 % der Entgelte für den Aufenthalt nicht überschreiten darf.

Ein Abrechnungsbeginn zum 01.01.2023 scheidet de facto aus, da für eine geregelte und abgesicherte Leistungserbringung noch gesetzlich vorgesehene Vereinbarungen getroffen werden müssen, bspw. zu Haftungsfragen, den Anforderungen an die Dokumentation der mindestens sechsstündigen ärztlich-pflegerischen Behandlung, Prüfrechten des Medizinischen Dienstes etc.

Neben praktischen Problemen in der Umsetzung könnte es für Patient*innen eine Hürde darstellen, dass Fahrtkosten im Rahmen tagesstationärer Behandlungen nicht übernommen werden. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, Patient*innen *in gesonderter und geeigneter Weise* darauf hinzuweisen.