

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz,
Dr. Hans Georg Faust, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 15/971 –**

Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter dem Fallpauschalensystem

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) wurde die Entscheidung getroffen, zum 1. Januar 2003 ein vollständiges pauschalierendes Vergütungssystem für die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen mit Ausnahme der psychiatrischen Behandlungen auf der Grundlage von „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) einzuführen. Nähere Regelungen dafür wurden durch das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23. April 2002 vorgegeben. Mit der Einführung des Fallpauschalensystems wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt. Sie entschieden sich für das australische DRG-System (AR-DRGs) als Grundlage für die Entwicklung des deutschen Fallpauschalenkatalogs (G-DRG-System). Der DRG-Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2003 und die entsprechenden Abrechnungsregeln wurden nach dem Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner im Wege der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) erarbeitet. Auf dieser Grundlage ist die freiwillige Anwendung des neuen Vergütungssystems ab dem 1. Januar 2003 möglich.

1. Wie viele Krankenhäuser rechnen seit dem 1. Januar 2003 auf freiwilliger Basis nach dem Fallpauschalensystem ab?

Die Zahl der nach dem DRG-Fallpauschalensystem abrechnenden Krankenhäuser beläuft sich mit Stand zum 15. Mai 2003 auf 355 (Quelle: AOK-Bundesverband).

2. Wie viele Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin rechnen seit dem 1. Januar 2003 auf freiwilliger Basis nach dem Fallpauschalensystem ab?

Mit Stand Anfang Mai 2003 nehmen nach Angaben des AOK-Bundesverbandes 74 Krankenhäuser mit insgesamt 113 unterschiedlich pädiatrisch oder neonatologisch ausgerichteten Fachabteilungen freiwillig am Optionsmodell teil.

3. Wie viele Krankenhäuser haben Daten für die Kalkulation der Rohfallkosten, die dem Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2003 zugrunde liegen, bereitgestellt?

Wie viele Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin waren darunter?

Für die Kalkulation des ersten Fallpauschalenkatalogs 2003 haben 125 Krankenhäuser Daten geliefert. Letztlich konnten nach Durchführung der Datenprüfung die Daten von 116 Krankenhäusern verwendet werden.

Unter den datenliefernden Krankenhäusern befanden sich zwei Kinderfachkrankenhäuser und 42 Krankenhäuser, die pädiatrische Abteilungen (mit unterschiedlichen Schwerpunkten) oder neonatologische Abteilungen vorhalten.

4. Welche Daten fanden Eingang in die Rohfallkostenkalkulation für das Jahr 2003?

Sind bei der Rohfallkostenkalkulation für das Jahr 2004 Änderungen gegenüber dem Vorjahr vorgesehen?

In die Kalkulation der Relativgewichte des Jahres 2003 gingen die Leistungsdaten des ersten Quartals des Jahres 2002 ein. Die Kalkulation der Fallkosten für das Jahr 2004 basiert auf den Ist-Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2002. Sowohl für die Kalkulation der Relativgewichte des Jahres 2003 als auch des Jahres 2004 gilt, dass alle Krankenhäuser die Möglichkeit hatten, sich an der Kalkulation zu beteiligen. Voraussetzung für die Einbeziehung von Daten in die Kalkulation ist deren Plausibilität.

Die für die DRG-Einführung und -Weiterentwicklung zuständigen Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) haben sich für die Erstellung des Katalogs 2004 auf ein Regelwerk für die Durchführung der Kalkulation geeinigt. Aus den Erfahrungen der Erstkalkulation wurden dabei auch methodische Verbesserungen vorgenommen.

5. Die Daten wie vieler Krankenhäuser, Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin fanden Eingang in die Kalkulation?

Aus welchen Gründen wurden die Daten der übrigen teilnehmenden Krankenhäuser nicht berücksichtigt, und um wie viele Krankenhäuser, Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin handelt es sich dabei?

In die Kalkulation gingen grundsätzlich alle Falldaten der Krankenhäuser ein, die plausible Kalkulationsdaten zur Verfügung gestellt und einer Weitergabe der Daten im Rahmen der Ersatzvornahme an die mit der Kalkulation im Jahr 2002 beauftragte Firma 3M zugestimmt haben. In die Kalkulation der Relativ-

gewichte für das Jahr 2003 sind Daten von 116 Krankenhäusern eingegangen. Davon verfügten 35 Krankenhäuser über eine oder mehrere Abteilungen, welche auf Fragen der Kinder- und Jugendmedizin spezialisiert sind. In der Zahl von 116 Krankenhäusern sind auch zwei Kinderfachkrankenhäuser enthalten.

Die Daten von 7 Krankenhäusern mit auf Kinder- und Jugendmedizin spezialisierten Abteilungen konnten bei der Kalkulation nicht berücksichtigt werden. Ursächlich waren Probleme bei der datentechnisch und inhaltlich plausiblen Übermittlung der Daten oder weil die Krankenhäuser einer Datenweitergabe an die Firma 3M nicht zugestimmt hatten.

6. Wie viele Krankenhäuser haben bis zum Stichtag 31. März 2003 Kalkulationsdaten für die Rohfallkostenkalkulation für das Jahr 2004 bereitgestellt?

Wie viele Kinderkrankenhäuser und wie viele Krankenhäuser mit Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin waren darunter?

Nach Information des DRG-Instituts der Selbstverwaltungspartner (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK) erfolgt nach der Abgabe der Kalkulationsdaten zum 31. März 2003 eine Plausibilitätsprüfung der Daten. Die Krankenhäuser erhalten ein Fehlerprotokoll und haben die Möglichkeit, die bereits gelieferten Datensätze zu korrigieren. Zurzeit kann davon ausgegangen werden, dass Daten von zwischen 140 und 150 Krankenhäusern in die Kalkulation der Relativgewichte des Jahres 2004 eingehen werden. Davon verfügen ca. 55 Krankenhäuser über Abteilungen, die auf Kinder- und Jugendmedizin spezialisiert sind. In der Gesamtzahl sind voraussichtlich drei Kinderkrankenhäuser enthalten, deren Daten in die Kalkulation der Relativgewichte eingehen.

7. Wie viele Fallpauschalen enthält der seit dem 1. Januar 2003 angewandte Fallpauschalenkatalog?

Die Gesamtzahl der seit 1. Januar 2003 abrechenbaren DRG-Fallpauschalen beläuft sich auf 640 DRGs zuzüglich 22 krankenhausindividuell zu vereinbarender Fallpauschalen, die nicht kalkuliert werden konnten, sowie zweier Fehler-DRGs, die nicht mit Relativgewichten bewertet sind. Insgesamt enthält der Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2003 somit 664 DRG-Fallpauschalen.

8. Wie viele Fallpauschalen kommen bei der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen zur Anwendung?

Von den insgesamt 664 Fallpauschalen können für Kinder und Jugendliche 607 Fallpauschalen zur Anwendung kommen. Die übrigen 57 Fallpauschalen scheiden auf Grund bestehender Altersgrenzen in den Definitionen für Kinder und Jugendliche der Fallpauschalen aus.

9. Wie viele Fallpauschalen weisen Altersplits für Kinder und Jugendliche auf?

Es existieren derzeit 34 Fallpauschalen ausschließlich für Kinder und Jugendliche.

10. Wie viele Fallpauschalen weisen Alterssplits für Patienten der Geriatrie auf?

Da keine verbindlichen Altersgrenzen zur Bezeichnung eines Patienten als geriatrischen Patienten bestehen, existieren für ältere Patienten derzeit 55 Fallpauschalen, die ausschließlich für diese Altersgruppe definiert sind.

11. Wie wirken sich die Alterssplits für Kinder und Jugendliche auf die Vergütung der mit der jeweiligen Fallpauschale abgerechneten stationären Leistungen aus?
12. Wie viele Fallpauschalen berücksichtigen den besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen?

Bei den derzeit ausschließlich für Kinder und Jugendliche existierenden Fallpauschalen unterschieden sich die Kosten von denen, die bei erwachsenen Patienten entstehen, derart, dass in Australien hierfür separate Fallgruppen gebildet wurden. Entsprechend der im Rahmen der diesjährigen Kostenkalkulation bestehenden Datenlage wird das Fallpauschalensystem für Deutschland so angepasst, dass möglichst homogene DRGs entstehen. Soweit sich bei den Kosten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen signifikante Unterschiede zu den Erwachsenen ergeben, wird die Selbstverwaltung auch die Bildung entsprechend neuer spezifischer DRGs zu prüfen haben. Auf die Antwort zu Frage 9 ist in diesem Zusammenhang hinzuweisen.

13. Wie berücksichtigt das seit 1. Januar 2003 angewandte Fallpauschalensystem die besonderen Bedingungen der Früh- und Neugeborenenversorgung?

Es existieren derzeit 25 Fallpauschalen ausschließlich für die Früh- und Neugeborenenversorgung.

14. Welche Mehrkosten verursacht der intensivere Pflege- und Betreuungsaufwand bei der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur stationären Versorgung Erwachsener?

Entsprechend der im Rahmen der diesjährigen Kostenkalkulation bestehenden Datenlage wird nach Information des InEK das Fallpauschalensystem für Deutschland so angepasst, dass der nachgewiesene Pflege- und Betreuungsaufwand zunächst berechnet und in homogene Kostenklassen aufgeteilt wird. Gegebenenfalls bestehender signifikanter Mehraufwand gegenüber der Behandlung von Erwachsenen kann damit abgebildet werden.

15. Wie berücksichtigt das 2003 angewandte Fallpauschalensystem diesen finanziellen Mehrbedarf?

Soweit sich in den Ist-Kosten-Daten, die für die Erstkalkulation in deutschen Krankenhäusern erhoben wurden, in einzelnen Fallgruppen ein höherer Pflege- und Betreuungsaufwand niederschlug, erhöhte sich hierdurch das Relativgewicht der entsprechenden DRG-Fallpauschalen.

16. Wie würden sich die Gesamterlöse von Kinderkrankenhäusern und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin gegenüber dem für 2003 geltenden Budget im Durchschnitt verändern, wenn der Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2003 für die Folgejahre unverändert fortbestünde und damit von 2005 bis 2007 stufenweise budgetwirksam würde?

Die Frage beruht auf einer nicht von den gesetzlichen Vorgaben der DRG-Einführung gedeckten Grundannahme und ist somit in dieser Form nicht beantwortbar. Nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist das DRG-Fallpauschalensystem jährlich weiterzuentwickeln und anzupassen, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen. Es ist somit davon auszugehen, dass die Fallpauschalenkataloge der Jahre 2004, 2005, 2006 und 2007 jeweils noch umfassenden Veränderungen unterliegen werden. Eine Aussage über die Budgetwirksamkeit eines deutschen DRG-Fallpauschalenkatalogs, z. B. im Jahr 2007, ist somit derzeit nicht möglich.

17. Wie wird die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Australien vergütet?

Das steuerfinanzierte australische Gesundheitssystem wird eigenständig von den einzelnen Bundesstaaten organisiert. Grundsätzlich erfolgt die Finanzierung der Gesundheitsversorgung aus einer Mischfinanzierung aus nationalen Steuermitteln und Aufwendungen der einzelnen Bundesstaaten. Das Budget wird den öffentlichen Krankenhäusern in der Regel in Raten zur Verfügung gestellt. Die Verteilung von nationalen und bundesstaatlichen Finanzmitteln für die stationäre Versorgung erfolgt dabei in der Regel über das DRG-System. Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland werden die DRG-Fallpauschalen nicht als Preissystem eingesetzt, sondern überwiegend zur Bemessung und Verhandlung der Höhe der Krankenhausbudgets genutzt, die in Australien in wesentlichem Umfang auch ambulante Leistungen beinhalten. Die einzelnen australischen Bundesstaaten setzen dazu das nationale AR-DRG-System (Australian Refined) ein, teilweise aber mit lokalen Anpassungen oder in unterschiedlichen Versionen. Das nationale AR-DRG-System, dessen Klassifikationsversion 4.1 als Grundlage für den deutschen DRG-Katalog im Jahr 2003 dient, wird somit als nationales Benchmarking-Instrument und zur Verteilung der Bundesfinanzmittel eingesetzt.

In einzelnen Leistungsbereichen werden zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen steuerfinanzierte Zuschläge auf das Gesamtbudget einzelner Einrichtungen („grants“) sowie Zuschläge auf Behandlungsfälle („co-payments“) geleistet. Darüber hinaus wurden für einzelne Leistungen u. a. durch Nutzung von Alterssplits gesonderte DRG-Bewertungsrelationen für Kinder und Jugendliche ermittelt.

Eine fallbezogene Vergütung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt somit in Australien grundsätzlich nicht, vielmehr werden entsprechende Leistungen über das Gesamtbudget des Krankenhauses abgerechnet. Die Höhe des Gesamtbudgets wird aber durch die über DRGs gemessene Leistung des Krankenhauses beeinflusst.

18. Welcher Anteil der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird in Australien außerhalb des dortigen DRG-Systems abgerechnet?

Im Hinblick auf den in den australischen Bundesstaaten erfolgenden Einsatz des AR-DRG-Systems als Budgetbemessungsinstrument – und eben nicht zur Abrechnung einzelner Leistungen – ist eine Beantwortung der Frage nicht möglich.

19. Ist die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen vollständig im australischen DRG-System abgebildet?

Grundsätzlich sind alle Leistungen der stationären Versorgung in DRG-Systeme einstuftbar und damit abbildbar, so auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Diese Sachlage trifft auch für das in Australien angewandte DRG-System zu.

20. Wie wird der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen im australischen DRG-System vergütet?

Welche Gründe sprechen nach Auffassung der Bundesregierung dafür, abweichend von den in Australien getroffenen Regelungen die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen vollständig in das deutsche Fallpauschalensystem zu integrieren?

Wenn bei einzelnen Leistungen ein nachweisbarer Pflege- und Betreuungsmehraufwand bei Kindern und Jugendlichen besteht, wird dieser in der Regel über die bereits in der Antwort zu Frage 17 beschriebenen Finanzierungsmöglichkeiten berücksichtigt (Alterssplits mit gesonderten Bewertungsrelationen, einrichtungs- oder fallbezogene Zuschläge).

Es trifft zu, dass in der Bundesrepublik Deutschland mit der Umstellung der Entgeltsystematik ein umfassendes pauschaliertes Entgeltsystem zur Vergütung der voll- und teilstationären Leistungen angestrebt wird. Dies umfasst auch die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Zur Zielerreichung ist von den zuständigen Selbstverwaltungspartnern eine Vielzahl differenzierter Instrumente nutzbar. Diese reichen von der Anpassung und Ausdifferenzierung des australischen Fallpauschalenkatalogs, der ja nur Ausgangsgrundlage für die deutsche Systementwicklung ist und sein kann, über die Nutzung von Zusatzentgelten und Zuschlägen bis hin zu Abrechnungsvorschriften und der Möglichkeit zur zeitlich befristeten Herausnahme bestimmter Einrichtungen und Leistungen. Erst nach Prüfung von alternativen Lösungsansätzen zur Entwicklung pauschalierter Entgelte können die für einzelne medizinische Leistungen ggf. bestehenden Grenzen der Pauschalierung festgestellt werden. Das umrissene breite Lösungsinstrumentarium sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen der DRG-Einführung, die eine budgetneutrale Einführung in den Jahren 2003 und 2004 sowie eine dreistufige budgetbezogene Überführung bis zum 1. Januar 2007 gewährleisten und somit die Entwicklung eines deutschen Fallpauschalensystems unter geschützten Rahmenbedingungen ermöglichen, sind zusammen mit dem umfassenden Ansatz der deutschen Entgeltumstellung zu würdigen.

21. Welche konkreten Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um bei der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems zu gewährleisten, dass die besonderen Belange der Kinder- und Jugendmedizin so berücksichtigt werden, dass sich die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht aus finanziellen Gründen verschlechtert, wenn das Fallpauschalensystem ab 2005 budgetwirksam angewendet wird?

Auf Grund des Kalkulationsverfahrens (jährlich neue Ist-Kostenerhebungen) und der insgesamt schützenden finanziellen Rahmenbedingungen (budgetneutrale Einführung und dreistufige budgetbezogene Überführung) gibt es keinen Anlass zu der Annahme, dass sich infolge der DRG-Einführung die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus finanziellen Gründen verschlechtern würde.

22. Was wird die Bundesregierung tun, wenn der über die Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) beim Institut für Entgeltsysteme (InEK) zum 31. März 2003 eingereichte Antrag zur Weiterentwicklung des DRG-Systems hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht angenommen wird?

In diesem Zusammenhang ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung, mit der DRG-Einführung und -Weiterentwicklung beauftragt hat. Die Bundesregierung hat nicht die Absicht, an von den Selbstverwaltungspartnern für das jeweils folgende Jahr vereinbarten Entgeltkatalogen und weiteren hierfür konsentierten Regelungen über Teilbereiche des DRG-Fallpauschalensystems Änderungen vorzunehmen.

Zur weiteren Information bleibt anzumerken, dass das DRG-Institut derzeit die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens eingegangenen Vorschläge auswertet. Es ist dabei in Aussicht gestellt, dass jeder Einsender eine Rückmeldung zu den eingereichten Vorschlägen vom InEK erhalten wird.

