

Verordnung zur Bestimmung vorläufiger Landes-Basisfallwerte im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenverordnung 2005 - KFPV 2005)

Amtliche Begründung zum Referentenentwurf,
angepasst an den Verordnungstext vom 12. Mai 2005

A. Allgemeiner Teil

I. Inhalt der Verordnung

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sind die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), das sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), beauftragt worden, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert. Soweit die Selbstverwaltungspartner bei der Einführung des Systems notwendige Einigungen nicht erzielen, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates vornehmen (§ 17b Abs. 7 KHG).

Das neue Vergütungssystem wird ausgehend von dem australischen AR-DRG-System als „lernendes System“ eingeführt. Für das Jahr 2003 wurde der australische DRG-Fallpauschalen-Katalog, gewichtet mit deutschen Verweildauern und Kosten, auf freiwilliger Basis von Krankenhäusern angewendet. Mit zwei großen Entwicklungsschritten wurde der Fallpauschalen-Katalog für die Jahre 2004 und 2005 weitgehend verändert und damit an die besonderen Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen sowie die Verweildauer- und Kostenstrukturen in der Bundesrepublik Deutschland angepasst. Ab dem Jahr 2004 ist das neue Vergütungssystem von allen Akutkrankenhäusern verbindlich einzuführen. Gesetzlich ausgenommen sind nur psychiatrische Einrichtungen und Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG). Seit März 2005 rechnen bereits rd. 1.700 Krankenhäuser, das sind über 94 Prozent der in Frage kommenden Krankenhäuser, ihre vollstationären Leistungen nach dem Fallpauschalensystem ab.

Nach einer budgetneutralen Einführungsphase in den Jahren 2003 und 2004 hat zum 1. Januar 2005 die sog. Konvergenzphase begonnen, in der die - gemessen am Leistungsspektrum - heute noch unterschiedlich hohen Krankenhausbudgets stufenweise bis zum Jahr 2009 an ein einheitliches Preisniveau auf Landesebene herangeführt werden. Dieser Angleichungsprozess wird entsprechende Erhöhungen oder Absenkungen der einzelnen Krankenhausbudgets bewir-

ken. Insgesamt werden die finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser durch die neue leistungsorientierte Vergütung grundlegend verändert.

Voraussetzung für diesen Angleichungsprozess ist die Ermittlung landesweiter Basisfallwerte. Von den Selbstverwaltungspartnern auf der Landesebene sind erstmals für das Jahr 2005 landesweit geltende Basisfallwerte nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zu vereinbaren. Solange der landesweit geltende Basisfallwert nach § 10 KHEntgG noch nicht vereinbart oder festgesetzt und genehmigt ist, können die Budgetverhandlungen für die einzelnen Krankenhäuser nicht abgeschlossen werden. Der Basisfallwert wird zur Berechnung des DRG-Erlösvolumens und damit auch zur Berechnung der Budgetangleichung im Rahmen des Konvergenzprozesses benötigt. Um bei der erstmaligen und schwierigen Vereinbarung des landesweit geltenden Basisfallwertes für das Jahr 2005 flächendeckende Verzögerungen der Budgetverhandlungen zu vermeiden, wurde das BMGS mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz ermächtigt, vorläufige Basisfallwerte für die einzelnen Länder zu ermitteln und per Rechtsverordnung vorzugeben. Diese sind bei der krankenhaushausindividuellen Budgetvereinbarung zu berücksichtigen, solange der landesweit geltende Basisfallwert von den Vertragsparteien auf der Landesebene noch nicht vereinbart oder von der Schiedsstelle festgesetzt und nach § 14 Abs. 1 KHEntgG von der zuständigen Landesbehörde genehmigt wurde.

Der Ermittlung der vorläufigen landesweiten Basisfallwerte wurden in erster Linie die Daten der Budgetvereinbarungen 2004 der einzelnen Krankenhäuser zu Grunde gelegt (vgl. unten). Dennoch stellen die durch die Rechtsverordnung vorgegebenen vorläufigen Werte lediglich eine rechnerische Hilfsgröße dar, die eine Vereinbarung oder Festsetzung des Basisfallwerts auf Landesebene nicht ersetzen kann. Wichtige Faktoren mussten aus einer schmaleren Datenbasis abgeleitet werden, weil keine vollständigen krankenhaushausindividuellen oder landesbezogenen Werte vorlagen. Dies gilt z. B. für Tatbestände wie die Ausbildungsfinanzierung, die Beträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen, die Erlöse aus Zusatzentgelten 2005, den Kodiereffekt 2004, die Veränderungen des neuen Fallpauschalen-Katalogs 2005 im Vergleich zum Fallpauschalen-Katalog 2004 (Katalogeffekt) oder die Auswirkungen der BAT-Ost-West-Angleichung. Bei Vereinbarung des Landes-Basisfallwerts sind deshalb von den Vertragsparteien auf Landesebene die für das jeweilige Land tatsächlich zutreffenden Werte zu berücksichtigen.

Da der Landes-Basisfallwert nach § 10 KHEntgG der allein maßgebliche Wert ist, müssen auftretende Abweichungen zum vorläufigen Landes-Basisfallwert nach dieser Verordnung ausgeglichen werden (§ 2).

Gleichstellungspolitische Belange werden durch die Festlegung vorläufiger landesweiter Basisfallwerte nicht berührt.

II. Kosten

Die Verordnung legt vorläufige Landes-Basisfallwerte nach § 10 Abs. 8 KHEntgG fest. Angesichts der Vorläufigkeit der Landes-Basisfallwerte und auf Grund der vorgegebenen Ausgleiche, die im Hinblick auf die zu vereinbarenden oder festzusetzenden landesweiten Basisfallwerte unterjährig durchzuführen sind, entstehen durch diese Verordnung für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden sowie für die Wirtschaft, insbesondere mittelständische Unternehmen, keine zusätzlichen Ausgaben.

Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in Folge der Rechtsverordnung ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen.

Auswirkungen auf Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten. Die öffentlichen Haushalte werden durch die Regelung nicht belastet, so dass hiervon keine mittelbar preisrelevanten Effekte ausgehen.

B. Einzelbegründung

Zu § 1: Vorläufige landesweit geltende Basisfallwerte

In den Ländern können die Budgetvereinbarungen für die einzelnen Krankenhäuser auch ohne landesweit geltenden Basisfallwert nach § 10 KHEntgG vorbereitet und weitgehend durchgeführt werden. Auf der Basis des zuletzt vereinbarten Budgets kann ein neues Budget für das Jahr 2005 vereinbart werden, das z. B. die Leistungsveränderungen im Jahr 2005 berücksichtigt. Die Budgetvereinbarungen können jedoch nicht abgeschlossen werden, weil der letzte Schritt der Budgetermittlung, die Anpassung des Krankenhausbudgets an den landesweit geltenden Basisfallwert im Rahmen der Konvergenzphase, wegen des fehlenden Landes-Basisfallwerts nicht berechnet werden kann (§ 4 Abs. 6 KHEntgG). Hier ermöglichen die vorläufigen Landes-Basisfallwerte nach § 1 dieser Verordnung den Abschluss der Budgetvereinbarungen. Er hilft somit, eine weitere Verzögerung der Budgetabschlüsse zu vermeiden, den Krankenhäusern finanzielle Planungssicherheit zu geben und damit auch Liquiditätsengpässen infolge der derzeitigen Abrechnung mit Hilfe des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts 2004 und der Auswirkungen des Katalogeffekts 2005 zu begegnen.

Der mit § 1 vorgegebene, vorläufige Basisfallwert wird hilfsweise eingesetzt, wenn in einem Land bislang noch kein landesweiter Basisfallwert vereinbart oder durch die Schiedsstelle festgesetzt und genehmigt ist.

Für Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein, für die im Referentenentwurf noch vorläufige Landes-Basisfallwerte ausgewiesen wurden, wurde letztlich auf die Bestimmung von Werten verzichtet, weil das BMGS von der Landesebene über den bevorstehenden Verfahrensabschluss durch Genehmigung informiert wurde. Da für Niedersachsen bereits im März 2005 ein Landes-Basisfallwert von der Schiedsstelle festgesetzt wurde, der auch von den Vertragsparteien akzeptiert wird, wurde auch für dieses Land kein vorläufiger Wert ausgewiesen.

Nachfolgend werden das bei der Ermittlung der vorläufigen Landes-Basisfallwerte zu Grunde gelegte Berechnungsverfahren, die Datengrundlagen und die Annahmen zu bestimmten Tatbeständen dargestellt. Dieses Vorgehen ist an Ziel und Zweck der Verordnung und an den auf Bundesebene zur Verfügung stehenden Datengrundlagen orientiert. Angesichts des vom Gesetzgeber vorgegebenen "hilfsweisen" Einsatzes dieser Landes-Basisfallwerte (§ 10 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG) kann und soll weder eine Präjudizierung der Vorgehensweise der Vertragsparteien auf Landesebene noch der Höhe der zu vereinbarenden Landes-Basisfallwerte bewirkt werden; vgl. auch die allgemeine Begründung.

Datengrundlage

Die vorläufigen Landes-Basisfallwerte wurden weitgehend auf der Grundlage von Vereinbarungsdaten für das Jahr 2004 ermittelt. Von 1.631 Krankenhäusern (91 Prozent der DRG-Krankenhäuser) lagen Daten der Budgetvereinbarungen 2004 vor, die unabhängig voneinander über zwei Krankenkassenarten zugänglich waren.

Für weitere 24 Krankenhäuser, deren Budget- und Leistungsvolumina als relevant einzustufen waren und für die bis Mitte März 2005 keine Budgetvereinbarungen 2004 vorlagen, wurden die Vereinbarungsdaten für das Jahr 2003 zu Grunde gelegt und auf das Jahr 2004 übergeleitet. Bei dieser Überleitung wurde das Budget des Jahres 2003 (ohne Ausgleiche) um die maßgebliche Rate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöht (alte Länder: + 0,02 Prozent, neue Länder: + 0,71 Prozent). Auf der Leistungsseite wurde unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Abrechnungsregeln die Summe der Bewertungsrelationen 2003 (Casemixvolumen) krankenhausspezifisch korrigiert; dabei wurden die pauschalierten Auswirkungen des DRG-Kataloges 2004 (Katalogeffekt) berücksichtigt. Bedarf für eine entsprechende Überleitung bestand nur für Krankenhäuser in den alten Ländern. Das Budgetvolumen für diese Krankenhäuser beläuft sich insgesamt auf rd. 650 Mio. €.

Für sechs weitere Krankenhäuser wurden die für das Jahr 2004 vorliegenden Forderungsbudgets berücksichtigt.

Insgesamt gingen in die Ermittlung der vorläufigen landesweiten Basisfallwerte somit die Budget- und Leistungsdaten von 1.661 Krankenhäusern ein (92 Prozent der DRG-Krankenhäuser). Die zu Grunde liegenden Budgetdaten umfassen eine vereinbarte Erlössumme ohne Ausgleiche und Berichtigungen von rd. 45 Mrd. €. Hierin sind z. B. die Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn, für die nicht mit Fallpauschalen vergüteten Bereiche wie die Psychiatrie, die Erlöse aus teilstationären Fällen und aus Zusatzentgelten nicht enthalten.

Rund 140 kleinere Krankenhäuser konnten nicht in die Berechnungen einbezogen werden.

Die nachfolgende Übersicht weist die der Ermittlung des vorläufigen Basisfallwerts zu Grunde gelegten Daten und deren Überleitung auf das Jahr 2005 aus. Soweit den Vertragsparteien auf Landesebene abweichende Werte vorliegen, sind diese bei der Vereinbarung zu verwenden.

Überleitung des vereinbarten Erlösvolumens 2004 auf das Jahr 2005

Das voraussichtliche Erlösvolumen 2005 wurde wie folgt ermittelt. Zunächst wurde das Erlösvolumen 2004 (ohne Überlieger am Jahresbeginn) um die im Jahr 2004 enthaltenen Ausgleiche und Berichtigungen bereinigt. Anschließend wurden folgende Positionen abgezogen:

- im Vergleich zum Jahr 2004 zu erwartende zusätzliche Erlöse aus den Zusatzentgelten 2005 (Anlage 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2005),
- Kosten der Ausbildungsstätten und Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen, die im Jahr 2005 aus dem Krankenhausbudget ausgegliedert und in einem gesonderten Ausbildungsbudget zusammengefasst werden (§ 17a KHG),
- ein im Budget 2004 enthaltener Betrag nach § 4 Abs. 13 KHEntgG zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den Jahren 2003 und 2004.

Da nicht für alle Krankenhäuser Informationen über die krankenhausesindividuelle Höhe dieser Abzugstatbestände vorlagen, wurden diese Positionen mit folgenden Prozentsätzen bundeseinheitlich angesetzt:

- zusätzliche Erlöse aus Zusatzentgelten 2005 - 0,5 Prozent für alle Länder,
- Ausbildungsfinanzierung - 2,3 Prozent für alle Länder,
- Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen 2003/2004 - 0,35 Prozent für alle Länder.

Zum Erlösvolumen 2004 wurden folgende Tatbestände hinzugerechnet:

- Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. Abs. 2 SGB V (+ 0,38 Prozent für alle Länder),
- BAT-Ost-West-Angleichung 2005 (+ 0,54 Prozent nur für die neuen Länder).

Das Erlösvolumen 2004 beinhaltet auch die Investitionskosten, die nach den Vorgaben des § 17 Abs. 5 KHG in Verbindung mit § 8 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bei nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern pflegesatzfähig sind. Diese Krankenhäuser haben einen Anspruch auf Finanzierung der Investitionskosten bis zur Höhe des Entgeltes (Pflegesatzes), das für die Leistungen vergleichbarer voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten ist. Sie müssen somit - im Gegensatz zu öffentlich geförderten Krankenhäusern - aus dem gleichen Entgelt auch ihre Investitionskosten finanzieren. Nach § 17 Abs. 5 KHG gelten die DRG-Fallpauschalen als vergleichbares Entgelt für öffentlich geförderte Krankenhäuser. Diese pflegesatzfähigen Investitionskosten sind Bestandteil des Erlösbudgets der nicht geförderten Krankenhäuser und gehören somit zu dem Ausgabenvolumen 2004 der Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung im Lande. Sie gehören somit auch zu dem „voraussichtlichen Ausgabenvolumen“ 2005 und zu den „für das Jahr 2004 vereinbarten ... Fallwerten“, an denen sich die Vertragsparteien auf Landesebene zu orientieren haben (§ 10 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG).

Ebenso sind Finanzierungsbeträge für neue Investitionsmaßnahmen nicht geförderter Krankenhäuser nach § 4 Abs. 8 KHEntgG im voraussichtlichen Ausgabenvolumen (§ 10 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG) grundsätzlich berücksichtigungsfähig, soweit die Vorgabe des § 10 Abs. 2 Satz 1 und 2 KHEntgG dem nicht entgegensteht.

Übersicht: Wichtige Eckdaten zur Bestimmung vorläufiger Landes-Basisfallwerte für das Jahr 2005

| Land | Datenbasis: Zahl der Krankenhäuser | | Budgetvereinbarung 2004 (B1 Nr. 21, ohne Ausgleiche und Überlieger) | Casemixvolumen 2004 (ohne Überlieger) | Übergeleitetes Erlösvolumen 2005 | Übergeleitetes Casemixvolumen 2005 | Vorläufiger LBFW 2005 (ohne Kappung) | Vorläufiger LBFW 2005 (inkl. Kappung) |
|------------------------|--|------|--|---|-------------------------------------|--|--|---|
| | 1 | 2 | | | | | | |
| Bund | 1.661 | 92% | 45.261.969.974 € | 16.389.148 | 44.042.435.193 € | 15.844.273 | | |
| Neue Länder | 245 | 92% | 7.550.734.141 € | 2.825.484 | 7.380.314.628 € | 2.739.897 | | |
| Brandenburg | 46 | 90% | 1.299.347.820 € | 494.971 | 1.270.021.635 € | 479.252 | 2.650 € | 2.628 € |
| Mecklenburg-Vorpommern | 28 | 88% | 859.564.079 € | 331.236 | 840.163.781 € | 320.112 | 2.625 € | 2.564 € |
| Sachsen | 80 | 93% | 2.455.670.523 € | 917.943 | 2.400.246.220 € | 892.434 | 2.690 € | 2.633 € |
| Sachsen-Anhalt | 46 | 94% | 1.497.708.427 € | 545.597 | 1.463.905.258 € | 528.758 | 2.769 € | 2.673 € |
| Thüringen | 45 | 94% | 1.438.443.292 € | 535.738 | 1.405.977.733 € | 519.341 | 2.707 € | 2.621 € |
| Alte Länder | 1.416 | 92% | 37.711.235.832 € | 13.563.664 | 36.662.120.565 € | 13.104.377 | | |
| Bayern | 289 | 90% | 6.603.325.381 € | 2.437.435 | 6.419.622.850 € | 2.340.760 | 2.743 € | 2.656 € |
| Berlin | 44 | 96% | 2.333.437.484 € | 733.459 | 2.268.521.953 € | 715.822 | 3.169 € | 3.122 € |
| Bremen | 12 | 100% | 547.427.770 € | 187.980 | 532.198.494 € | 182.090 | 2.923 € | 2.893 € |
| Hamburg | 32 | 86% | 1.228.245.850 € | 425.356 | 1.194.076.419 € | 413.122 | 2.890 € | 2.843 € |
| Hessen | 123 | 92% | 3.206.628.032 € | 1.145.612 | 3.117.420.602 € | 1.103.683 | 2.825 € | 2.786 € |
| Nordrhein-Westfalen | 372 | 96% | 10.147.323.415 € | 3.763.534 | 9.865.027.922 € | 3.649.240 | 2.703 € | 2.646 € |
| Rheinland-Pfalz | 70 | 81% | 2.072.239.248 € | 728.127 | 2.014.590.173 € | 698.098 | 2.886 € | 2.848 € |
| Saarland | 24 | 92% | 717.556.207 € | 243.100 | 697.594.009 € | 236.053 | 2.955 € | 2.952 € |

Überleitung des Leistungsvolumens 2004 auf das Jahr 2005

Die Summe der Bewertungsrelationen im Lande (effektives Casemixvolumen) für das Jahr 2005 wurde ermittelt, indem die je Krankenhaus vereinbarte Summe des Jahres 2004 durch Berücksichtigung der folgenden Tatbestände auf das Jahr 2005 übergeleitet wurden:

- Erhöhung um den Kodiereffekt (§ 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG). Dieser wurde durch einen Vergleich von Abrechnungsdaten der Jahre 2003 und 2004 anhand der CMI-Veränderung in Höhe von bundesweit knapp vier Prozent ermittelt (Netto-Wert). Grundlage der Ermittlung war eine Stichprobe der Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V von zwei großen Krankenkassenarten, die ca. 60 bis 70 Prozent der von den Krankenhäusern gegenüber allen Kostenträgern abgerechneten Krankenhausfälle umfasst. Der Stichprobe lagen für beide Jahre die Daten von ca. 1.810 DRG-Krankenhäusern zu Grunde, so dass eine vergleichbare Datenbasis gegeben war. Einbezogen in die Stichprobe wurden vollstationäre Fälle mit Übernachtung (einschließlich Überliegerfälle), die im DRG-System 2004 einer bewerteten DRG-Fallpauschale zugeordnet werden konnten. Nicht berücksichtigt wurden Fälle von psychiatrischen Facheinrichtungen und -abteilungen. Das Gegenüberstellen der Abrechnungsdaten der beiden Jahre hat zunächst einen Brutto-Wert für den CMI-Anstieg von 6,6 Prozent ergeben. Dieser wurde auf Grund des durch die demographische Entwicklung bedingten Morbiditätsanstiegs der Versicherten um 0,9 Prozent reduziert. Die angesetzte Höhe wurde aus Berechnungen in Zusammenhang mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich übernommen. Wegen struktureller Verlagerungseffekte, die im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren eingetreten sind, wurden weitere 1,8 Prozent abgezogen.

Die durch den Kodiereffekt angestiegene Summe der Bewertungsrelationen muss bei der Ermittlung des Basisfallwerts für das Jahr 2005 im Divisor berücksichtigt werden. Gegenzurechnen ist allerdings, dass für das Jahr 2004 bei vielen Krankenhäusern die Fallzahlen in der Budgetvereinbarung zu hoch angesetzt und bei der tatsächlichen Abrechnung nicht erreicht wurden, was zu Erlösausfällen führte. Der Kodiereffekt wird deshalb nur insoweit berücksichtigt, als er für das Jahr 2004 voraussichtlich zu Mehrerlösausgleichen für Upcoding nach § 4 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG führen könnte. Er wurde für die Berechnung des vorläufigen Basisfallwerts in Höhe von pauschal zwei Prozent für das Jahr 2004 angenommen.

Nicht berücksichtigt wurde hingegen der voraussichtliche Kodiereffekt für das Jahr 2005, da § 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG auf im Vorjahr bereits entstandene Ausgabenerhöhungen abstellt. Eine prospektive Berücksichtigung von Kodiereffekten im vorläufigen Basisfallwert 2005 würde zu einer doppelten Berücksichtigung führen, weil kodierungsbedingte Mehrerlöse, die im Jahr 2005 beim einzelnen Krankenhaus entstehen, nach § 4 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG krankenhausesindividuell vollständig auszugleichen sind. Für die Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts wurde die gegenüber der Vereinbarung 2004 erreichte höhere Kodierqualität zu Grunde gelegt.

- Verminderung um den landesbezogenen Katalogeffekt für das DRG-Fallpauschalensystem 2005. Hierin ist der bundeseinheitliche Bezugsgrößeneffekt enthalten. Letzterer ist die Veränderung der Bezugsgröße der Kalkulation (normierte mittlere Fallkosten der Inlier gemäß Kalkulation für 2005). Sie lag für das Jahr 2004 bei 2.830,92 € und für das Jahr 2005 bei 2.974,89 €. Der Katalogeffekt führt im Ergebnis dazu, dass das durchschnittliche Fallgewicht (Casemix-Index: Summe der effektiven Bewertungsrelationen dividiert durch die Fallzahl) für den Fallpauschalen-Katalog 2005 gegenüber dem Katalog 2004 bundesweit um etwa fünf Prozent vermindert wird. Für die einzelnen Länder wurde vom DRG-Institut der Katalogeffekt wie folgt ermittelt:

| Veränderung des Casemix-Index (in Prozent) | | | |
|---|----------|---------------------|----------|
| Bayern | - 5,8493 | Nordrhein-Westfalen | - 4,9381 |
| Berlin | - 4,3182 | Rheinland-Pfalz | - 6,0041 |
| Brandenburg | - 5,0741 | Saarland | - 4,8028 |
| Bremen | - 5,0325 | Sachsen | - 4,6852 |
| Hamburg | - 4,7804 | Sachsen-Anhalt | - 4,9867 |
| Hessen | - 5,5490 | Thüringen | - 4,9614 |
| Mecklenburg-Vorpommern | - 5,2533 | | |

Bei den Berechnungen nicht berücksichtigte Tatbestände

Bei der Ermittlung der vorläufigen landesweiten Basisfallwerte wurden insbesondere folgende Faktoren nicht berücksichtigt:

1. Veränderungen der Erlöse für Leistungen, für die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG keine Fallpauschalen und Zusatzentgelte kalkuliert werden konnten,
2. Veränderungen der Erlöse von besonderen Einrichtungen (§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHEntgG),
3. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG,
4. Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG,
5. allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen (u. a. durch die demographische Entwicklung) nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG,
6. Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate überschreiten (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG),
7. Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG),
8. Summe der Zuschläge für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung (§ 5 Abs. 2 KHEntgG) und der Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG),
9. Summe der Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen (§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG),
10. Veränderungen in der stationären Leistungsstruktur einschließlich der Auswirkungen der Krankenhausplanung,
11. Verlagerung von Leistungen in andere Versorgungsbereiche, z. B. vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich oder in die integrierte Versorgung,
12. landesspezifische Sondervereinbarungen, z. B. mehrjährige Vereinbarungen,
13. noch durchzuführende BAT-Berichtigungen für Vorjahre,
14. mögliche Auswirkungen der veränderten Abrechnungsregeln für das Jahr 2005,
15. neue Investitionsmaßnahmen nach § 4 Abs. 8 KHEntgG.

Ermittlung des vorläufigen Basisfallwerts

In einem ersten Schritt wurde der vorläufige Basisfallwert nach § 10 Abs. 8 KHEntgG ermittelt, indem das übergeleitete Erlösvolumen für die DRG-Leistungen im jeweiligen Land durch die entsprechende Summe der übergeleiteten Bewertungsrelationen dividiert wurde (vgl. Spalte 7 der Übersicht).

In einem weiteren Berechnungsschritt wurde der Kappungsbetrag unter Berücksichtigung folgender Faktoren mit einem iterativen Verfahren berechnet:

- 15 Prozent Konvergenzquote für das Jahr 2005,
- die Obergrenze von einem Prozent,
- ein nach Kappung unverändertes Ausgabenvolumen auf Landesebene.

Durch das iterative Verfahren wird sichergestellt, dass ein sachgerechter Abzug erfolgt und der nach § 10 Abs. 2 KHEntgG für das Jahr 2005 vorgeschriebene Grundsatz der Beitragssatzstabilität eingehalten wird. Der Kappungsbetrag ist von dem im ersten Schritt ermittelten Basisfallwert abzuziehen.

Die Umstellung der DRG-Version 2004 nach 2005 verringert die Spreizung der Basisfallwerte zwischen Krankenhäusern mit niedrigen und Krankenhäusern mit höherem Basisfallwert. Dieser Effekt der Katalogumstellung 2005 ist bei der bisher erfolgten Überführung mit Hilfe des landesbezogenen Katalogeffekts bisher nur pauschal berücksichtigt. Eine alternative krankenhausesindividuelle Überführung würde die Spreizung grundsätzlich verringern und damit den Kappungsbetrag reduzieren; der Landesbasisfallwert nach Kappung würde gegenüber dem pauschalen Verfahren erhöht. Zur Berücksichtigung dieser Auswirkungen des Kataloges 2005 wurde der berechnete Kappungsbetrag pauschal in jedem Land um 20 Prozent vermindert. Der Korrekturwert von 20 Prozent ist das Ergebnis einer krankenhausesindividuellen Betrachtung der Auswirkungen der DRG-Katalogumstellung 2005 gegenüber 2004 auf Basis einer Stichprobe von ca. 5 Mio. Abrechnungsdaten des Jahres 2004.

Der so ermittelte vorläufige Landes-Basisfallwert unter Berücksichtigung der Obergrenze ist der mit § 1 vorgegebene Wert (vgl. auch Übersicht, Spalte 8).

Die Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG wurde bei rd. 250 Krankenhäusern berücksichtigt. Das durch die Geltung der Obergrenze geschonte Geldvolumen, das nicht für den Konvergenzprozess zur Verfügung steht, betrug für das Jahr 2005 bundesweit rd. 130 Mio. €, das sind 0,3 Prozent des bundesweiten Erlösvolumens für DRG-Krankenhausleistungen.

Zu § 2: Ausgleich von Budgetabweichungen

Zu Absatz 1

Abweichungen des vorläufigen Landes-Basisfallwerts von dem Landes-Basisfallwert nach § 10 KHEntgG führen beim Erlösbudget des einzelnen Krankenhauses zu Änderungen, sofern dieses auf der Grundlage des vorläufigen Landes-Basisfallwerts vereinbart wurde. Satz 1 gibt vor, dass hierdurch entstehende Mehr- oder Mindererlöse auszugleichen sind, um sowohl die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen gegen zu große Abweichungen abzusichern. Nach Satz 2 ist der Ausgleich grundsätzlich noch während des laufenden Kalenderjahres durchzuführen.

Um flächendeckende Neuverhandlungen der Budgets zu verhindern, wird zur Anpassung der Budgetvereinbarungen mit Satz 3 ein vereinfachtes Verfahren vorgegeben, das keinen Raum für Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragsparteien lässt. Zur Ermittlung des angepassten Erlösbudgets und des neuen krankenhausindividuellen Basisfallwerts wird deshalb ein Berechnungsformular vorgegeben. In dieses ist nur die Abweichung zwischen vorläufigem Landes-Basisfallwert nach dieser Verordnung und dem endgültigen Landes-Basisfallwert nach § 10 KHEntgG neu einzutragen. Ansonsten werden die Daten aus der bereits geschlossenen Budgetvereinbarung übernommen. Auch zum Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen infolge der Abweichung des vorläufigen vom endgültigen Landes-Basisfallwert gibt der Entwurf eine einheitliche Vorgehensweise vor. Das formalisierte Verfahren ist in Schriftform durchzuführen. Neue Verhandlungstermine sind nicht erforderlich. Es ermöglicht sowohl den Krankenkassen als auch der Genehmigungsbehörde ohne erneute grundsätzliche Prüfung den Veränderungen zuzustimmen.

Nach Satz 4 hat eine der Vertragsparteien die anderen Vertragsparteien zum Abschluss einer angepassten Vereinbarung aufzufordern. Satz 5 gibt eine Frist von drei Wochen zur Anpassung der Budgetvereinbarung im Rahmen dieses vereinfachten Verfahrens vor. Kommt innerhalb dieses Zeitraums keine Anpassung zustande, kann eine der Vertragsparteien die Schiedsstelle anrufen.

Für den Fall, dass die Anpassungen und Ausgleiche nach Satz 2 nicht mehr während des laufenden Budgetjahres durchgeführt werden können, gibt Satz 6 eine entsprechende Umsetzung bei der nächsten Budgetvereinbarung vor. Ein solcher Fall könnte z. B. eintreten, wenn ein Landes-Basisfallwert im Jahr 2005 überhaupt nicht vereinbart oder festgesetzt und genehmigt würde.

Zu Absatz 2

Soweit durch das pauschalierte Ausgleichsverfahren nach Formblatt LBFW 2 der Anlage der Verordnung im Einzelfall eine Abweichung zum tatsächlichen Abrechnungsumfang und damit auch eine entsprechende Abweichung der Ausgleichs durch Zu- oder Abschläge entsteht, ist nach Satz 1 eine entsprechende Korrektur der Ausgleichs nach Absatz 1 durchzuführen. Diese wird bei der nächstmöglichen Budgetvereinbarung umgesetzt.

Satz 2 gibt einen Gesamtausgleich für den Fall vor, dass die für das Jahr vereinbarte Summe der Ausgleichsbeträge durch die Summe der Zu- oder Abschläge über- oder unterschritten wird. Die Vorgabe entspricht der seit Jahren praktizierten Regelung nach § 15 Abs. 2 KHEntgG.

Zu Absatz 3

Die Entgelte sind mit dem angepassten krankenhausindividuellen Basisfallwert grundsätzlich ab dem ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats zu erheben (§ 15 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG). Entsprechend bestimmt sich der Zeitpunkt für die Berechnung der Zu- oder Abschläge, die zum Ausgleich der entstandenen Mehr- oder Mindererlöse zusätzlich in Rechnung zu stellen sind.

Auf eine Begrenzung der Ausgleichsverrechnung im laufenden Kalenderjahr, wie sie für andere Tatbestände durch § 15 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG vorgegeben ist, wird hier verzichtet. Eine entsprechende Abweichung des vorläufigen Landes-Basisfallwerts von dem Landes-Basisfallwert nach § 10 KHEntgG wirkt sich beim einzelnen Krankenhaus nur in Höhe der Konvergenzquote von 15 Prozent aus. Zudem würde das Ausgleichsverfahren schwieriger werden.

Zu § 3: Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, damit die Budgetvereinbarungen für das Jahr 2005 möglichst frühzeitig abgeschlossen werden können. Da die Geltungsdauer der Verordnung auf das Jahr 2005 begrenzt ist, tritt sie mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft.

Zur Anlage zu § 2:

Mit den in der Anlage zur KFPV 2005 enthaltenen Formblättern LBFW 1 und LBFW 2 wird den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG ein einfaches und einheitliches Verfahren vorgegeben, mit dem die Abweichung zwischen dem vorläufigen Landes-Basisfallwert und dem Landes-Basisfallwert nach § 10 KHEntgG in entsprechende Änderungen der Budgetvereinbarung und in eine Ausgleichsberechnung umgesetzt wird. Ziel ist es, die erforderlichen Anpassungen der Budgetvereinbarungen ohne neue Verhandlungstermine auf schriftlichem Wege durchzuführen (§ 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 KFPV 2005).

Sofern auf der Grundlage des vorläufigen Landes-Basisfallwerts nach dieser Verordnung ein Erlösbudget für das Jahr 2005 vereinbart worden ist, wird mit dem Formblatt LBFW 1 die Korrekturrechnung für die Abweichung zum Landes-Basisfallwert nach § 10 KHEntgG durchgeführt. Es wird ein angepasstes Erlösbudget und ein angepasster krankenhausesindividueller Basisfallwert ermittelt. Um eine Neuverhandlung des Budgets zu vermeiden, werden als Grundlage für diese Korrekturrechnung in Spalte 2 die Werte aus der Budgetvereinbarung für das Jahr 2005, bei der der vorläufige Landes-Basisfallwert verwendet wurde, übernommen (Formblatt B2 Spalte 4 der Anlage 1 des Krankenhausentgeltgesetzes). Neu einzutragen sind in Spalte 3 lediglich die veränderte Bewertung der voraussichtlichen Leistungsveränderungen (Ifd. Nr. 12), der Landes-Basisfallwert nach § 10 KHEntgG (Ifd. Nr. 16a), der vorläufige Landes-Basisfallwert (Ifd. Nr. 16b) und der Konvergenzbetrag für das Jahr 2005 oder ein niedrigerer Obergrenzenbetrag (Ifd. Nr. 22). Alle übrigen Werte ergeben sich aus der Rechensystematik, die aus Formblatt B2 der Anlage 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übernommen wurde.

Infolge einer Abweichung des vorläufigen Landes-Basisfallwerts von dem Basisfallwert nach § 10 KHEntgG entstehen dem Krankenhaus Mehr- oder Mindererlöse, die ausgeglichen werden müssen. Als Grundlage für die Ermittlung der entsprechenden Ausgleichsbeträge und der zur Durchführung des Ausgleichs zu erhebenden Zu- oder Abschläge auf den krankenhausesindividuellen Basisfallwert (§ 2 Abs. 1 KFPV 2005) wird in Formblatt LBFW 2 die Summe der effektiven Bewertungsrelationen aus LBFW 1 übernommen. Diese Bewertungsrelationen werden den einzelnen Monaten des Jahres in gleichen Anteilen und somit pauschaliert zugeordnet (Ifd. Nr. 2). Der Berechnung des Ausgleichsbetrags wird die Anzahl der vollen Monate zu Grunde gelegt, in denen der mit Hilfe des vorläufigen Landes-Basisfallwerts vereinbarte krankenhausesindividuelle Basisfallwert abgerechnet wurde (Ifd. Nr. 3). Entsprechend wird der Berechnung des

Zu- oder Abschlags die Anzahl der vollen Monate zu Grunde gelegt, in denen der Zu- oder Abschlag im Restjahr 2005 noch abgerechnet werden kann (Ifd. Nr. 7). Unter Ifd. Nr. 8 wird als Ergebnis der Zu- oder Abschlag ausgewiesen, der sich infolge der Differenz zwischen dem vorläufigen Landes-Basisfallwert nach dieser Verordnung und dem nach § 10 KHEntgG vereinbarten oder festgesetzten und genehmigten, endgültigen Landes-Basisfallwert ergibt.

Bereits bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets 2005 mit Hilfe des vorläufigen Landes-Basisfallwerts nach dieser Verordnung ist in der Regel ein Zu- oder Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG vereinbart worden. Er gleicht die Erlösdifferenz aus, die in Folge der weiteren Abrechnung mit Hilfe des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts 2004 im Jahr 2005 entstanden ist. Dieser Zu- oder Abschlag muss zusätzlich zu dem Zu- oder Abschlag in Folge des vorläufigen Landes-Basisfallwerts während des restlichen Jahres 2005 abgerechnet werden; vgl. Ifd. Nr. 9. Mit dem Ziel der Vereinfachung werden beide Zu- oder Abschläge zusammengefasst und als Summe unter der Ifd. Nr. 10 ausgewiesen.