

**Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen  
im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005  
(Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005  
- FPVBE 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 wurden die Fallpauschalen-Kataloge 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. Seit 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). Mitte Februar 2005 rechneten bereits 1.680 Krankenhäuser ihre vollstationären Leistungen nach dem Fallpauschalensystem ab. Das sind über 91 Prozent der in Frage kommenden Krankenhäuser.

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 eine entsprechende Erhöhung oder Absenkung des einzelnen Krankenhausbudgets bewirken. Insgesamt werden die finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser durch die neue leistungsorientierte Vergütung grundlegend verändert.

Der Entwicklungsstand des deutschen DRG-Systems (G-DRG) ist schon weit fortgeschritten. Probleme bei der sachgerechten Abbildung und Finanzierung von Leistungen bestehen aber insbesondere noch im Bereich der Hochleistungsmedizin und im Bereich spezialisierter Krankenhäuser. Die gesetzlichen Vorgaben sehen deshalb Schutzmechanismen vor, die mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) noch verstärkt worden sind. So wurden der Konvergenzzeitraum für alle Krankenhäuser um zwei Jahre bis zum Jahr 2009 verlängert und die Quoten für die schrittweise Angleichung der Krankenhausbudgets insbesondere in den ersten beiden Jahren deutlich abgesenkt. Für Krankenhäuser, deren Budgets in größerem Umfang abgesenkt werden müssten, wurde zusätzlich eine Obergrenze für diese Absenkungen vorgegeben. Kein Krankenhaus wird deshalb im Jahr 2005 mehr als ein Prozent seines Krankenhausbudgets in Folge der Umstellung auf das neue Abrechnungssystem verlieren.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und in welchem Umfang es erforderlich ist, zusätzlich besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG für das Jahr 2005 von der DRG-Abrechnung zu befreien. Auf eine Beantwortung dieser Frage haben sich die für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartner nicht einigen können. Sie haben gegenüber dem BMGS ihr Scheitern in dieser Frage erklärt. Nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 KHG nimmt deshalb das BMGS eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung vor.

Bei einer Beantwortung der Frage ist zu berücksichtigen, dass eine Ausnahme von ganzen Krankenhäusern zwar im Jahr 2005 eine Budgetminderung um höchstens ein Prozent vermeiden kann, dies jedoch nicht zu einer Verlängerung der Konvergenzphase insgesamt führt. Einer Verschiebung notwendiger Budgetangleichungen im Jahr 2005 folgen somit entsprechend raschere Budgetangleichungen in den Folgejahren der Konvergenzphase (vgl. auch § 4 Abs. 6 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG), soweit diese nicht durch eine Weiterentwicklung der Entgeltkataloge abgemildert werden. Nach den gesetzlichen Vorgaben gilt grundsätzlich für alle Krankenhäuser ab dem Jahr 2009 ein einheitlicher, landesweit geltender Basisfallwert (Ausnahme: Obergrenze 2009).

Soweit nur Teile eines Krankenhauses von einer noch nicht ausreichenden Abbildungsqualität des DRG-Systems betroffen sind, ist auf Folgendes hinzuweisen. Für die Vergütung der stationären Krankenhausleistungen ist im Jahr 2005 nach wie vor das mit den Krankenkassen vereinbarte Krankenhausbudget insgesamt maßgeblich. Es enthält grundsätzlich bereits die Vergütung auch für sehr aufwändige und teure Behandlungen in speziellen Versorgungsbereichen. Deshalb sind wie bisher im Rahmen dieser Gesamtfinanzierung des Krankenhauses krankenhäuserinterne Ausgleichsmaßnahmen zwischen den Leistungsbereichen vorzunehmen. Weder aus einer ggf. nicht ausreichenden Höhe einer DRG-Fallpauschale noch aus einem einfachen Vergleich der DRG-Vergütung mit den bisherigen tagesbezogenen Abteilungspflegesätzen, bei denen es auch interne Ausgleichsmaßnahmen gab, kann somit geschlossen werden, dass bestimmte Leistungsbereiche des Krankenhauses nicht ausreichend vergütet werden. Es ist Aufgabe des Krankenhäus-trägers, diese Zusammenhänge auch den Ärzten der jeweiligen Versorgungsbereiche zu vermitteln.

Vor diesem Hintergrund und den mit dem 2. FPÄndG weiter abgemilderten Konvergenzbedingungen, insbesondere der Obergrenze von einem Prozent, hält das BMGS auch 2005 grund-

sätzlich an den für das Jahr 2004 vorgegebenen Ausnahmevorschriften fest, erweitert diese jedoch um die Möglichkeit, spezialisierte Einrichtungen für bestimmte Versorgungsbereiche auszunehmen. Es handelt sich um Versorgungsbereiche, die nur in relativ wenigen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland vorgehalten werden und im Interesse der notwendigen Behandlung schwer erkrankter Patientinnen und Patienten für das Jahr 2005 besonders abgesichert oder gegen Fehlanreize geschützt werden sollen. Es liegt im Ermessen des Krankenhausträgers, ob er von dieser Ausnahmemöglichkeit Gebrauch macht. Bei einer Entscheidung über Einrichtungen, die Teil eines Krankenhauses sind, ist zu berücksichtigen, dass

- sich durch eine Ausnahme der Einrichtungen von der DRG-Abrechnung lediglich eine Absenkung des entsprechenden Budgetanteils für das Jahr 2005 in Höhe der Obergrenze von ein Prozent vermeiden lässt; die Höhe der im Konvergenzzeitraum insgesamt vorzunehmenden Absenkung des Budgetanteils wird hierdurch nicht beeinflusst, da sie sich letztlich durch die Differenz des Krankenhausbudgets zum DRG-Erlösvolumen nach dem Vergütungssystem 2009 ergibt,
- für diese Bereiche ein gesondertes Budget nach § 6 Abs. 3 KHEntgG zu bilden ist, das den Regeln der Bundespflegesatzverordnung unterliegt; in Folge von Verlagerungen zwischen DRG- und Nicht-DRG-Bereich können Probleme im Zusammenhang mit den Mehr- oder Mindererlösausgleichen entstehen,
- bei internen Verlegungen von Patienten und Patientinnen in oder aus besonderen Einrichtungen die DRG-Fallpauschalen der übrigen Krankenhausabteilungen um einen Verlegungsabschlag zu kürzen sind (§ 3 Abs. 4 der Abrechnungsbestimmungen 2005),
- bei Einrichtungen, die bereits DRG-Fallpauschalen abrechnen, ein zwischenzeitlicher Wechsel auf andere Entgeltarten organisatorisch nicht einfach ist und entsprechende Entgelte erst vereinbart werden müssen.

Es dürfte für das Jahr 2005 deshalb nur bei Vorliegen besonderer Bedingungen zu erwarten sein, dass Ausnahmen für Teile von Krankenhäusern geltend gemacht werden.

Als besondere Einrichtungen können nach § 1 dieser Verordnung für das Jahr 2005 ausgenommen werden:

- ganze Krankenhäuser, wenn die rechtsschiefe Verteilung der Verweildauer ihrer Patienten und Patientinnen auf Besonderheiten dieses Krankenhauses schließen lässt (Absatz 2),
- Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich oder organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen (Absatz 3 Satz 1),
- ganze Krankenhäuser oder ganze Fachabteilungen für Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder für die Behandlung von Tropenerkrankungen (Absatz 3 Satz 2),
- ganze Krankenhäuser oder ganze Fachabteilungen mit einem Schwerpunkt zur Behandlung von Patientinnen oder Patienten mit Multiple Sklerose oder mit Morbus Parkinson (Absatz 3 Satz 3),
- selbständige Kinderkrankenhäuser, für die eigenständige Budgetverhandlungen zu führen sind, wenn ihr Basisfallwert ohne Ausgleiche höher ist als der landesweit geltende Basisfallwert (Absatz 3 Satz 6),
- ein Teil eines Krankenhauses, wenn ein besonderes Leistungsangebot zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig und durch hohe Vorhaltekosten sowie niedrige und nicht verlässlich kalkulierbare Fallzahlen gekennzeichnet ist (Absatz 4),

- von den vorstehend genannten Regelungen nicht erfasste besondere Einrichtungen, wenn die Krankenkassen dieser Ausnahme zustimmen (allgemeine Öffnungsklausel nach Absatz 5). Im Falle von spezialisierten Krankenhäusern mit nur ein oder zwei Fachabteilungen entscheidet im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle.

Nähere Erläuterungen werden in der Einzelbegründung gegeben.

Mit der Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems wird das Ziel einer leistungsorientierten pauschalierten Vergütung von Krankenhausleistungen verfolgt. Dies gilt auch gleichstellungspolitisch, da der Fallpauschalen-Katalog geschlechtsspezifischen Besonderheiten in Diagnostik und Therapie Rechnung trägt. Für besondere Einrichtungen wird das Ziel einer leistungsorientierten Vergütung von Krankenhausleistungen nicht generell aufgegeben. Die Anwendung des DRG-Vergütungssystems wird bei ihnen nur zeitlich befristet ausgesetzt, um in der Einführungsphase des neuen Vergütungssystems im Einzelfall die Versorgung in bestimmten kritischen Fachbereichen abzusichern und besondere Härten in Folge einer noch nicht sachgerechten Vergütung aufzufangen. Die Entgelte sind in diesem Fall krankenhausesindividuell zu vereinbaren. Durch die Bestimmung besonderer Einrichtungen werden gleichstellungspolitische Belange nicht berührt.

## **II. Kosten**

Die Verordnung legt durch eine Ersatzvornahme nach § 17b Abs. 7 KHG für bestimmte Ausnahmefälle fest, welche Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern für das Jahr 2005 von der ansonsten für alle Krankenhäuser verbindlichen Anwendung des DRG-Vergütungssystems ausgenommen werden. Hierdurch entstehen keine zusätzlichen Kosten. Zudem wird der Verordnungsgeber im Sinne einer Schiedsstelle für die Selbstverwaltungspartner tätig, die sich nicht einigen konnten. Da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung und stetigen Weiterentwicklung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen wurden, 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 Ersatzvornahme ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen.

## **B. Einzelbegründung**

### **Zu § 1: Ausnahme von besonderen Einrichtungen**

Vor dem Hintergrund der durch das 2. FPÄndG wesentlich verstärkten Schutzvorschriften für Krankenhäuser, deren Budgets in der Konvergenzphase stufenweise abgesenkt werden, hält das BMGS grundsätzlich an den engen Vorgaben zur Ausnahme besonderer Einrichtungen fest, die für das Jahr 2004 galten. Nach den Absätzen 2 und 3 sollen grundsätzlich nur Krankenhäuser ausgenommen werden, die auf die Behandlung besonderer Gruppen von Patientinnen und Patienten spezialisiert sind, deren Behandlungskosten mit dem Vergütungssystem noch nicht sachgerecht abgebildet werden. Absatz 2 entspricht den Vorgaben der Verordnung

für 2004, Absatz 3 geht darüber hinaus. Nach Absatz 4 können - wie im Vorjahr - auch Einrichtungen ausgenommen werden, die insbesondere auf Grund hoher Vorhaltekosten und geringer Fallzahlen mit den Fallpauschalen nicht sachgerecht finanziert werden können. Die Ausnahme von Teilen eines Krankenhauses aus der DRG-Vergütung regeln die Absätze 3 und 4. Soweit somatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern dem Krankenhausentgeltgesetz und damit dem DRG-Vergütungssystem unterliegen, wird für diese Abteilungen ein gesondertes Budget nach § 4 KHEntgG verhandelt; dieser dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegende Bereich ist als „Krankenhaus“ im Sinne dieser Verordnung anzusehen.

Die Krankenhäuser oder die Teile von Krankenhäusern werden mit der Verordnung nur für das Jahr 2005 ausgenommen (§ 1 Abs. 1). Für das Jahr 2006 ist die Ausnahmeregelung auf der Grundlage eines bis dahin nochmals überarbeiteten Fallpauschalen-Katalogs von den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b KHG ggf. neu zu vereinbaren.

#### *Zu Absatz 1*

Absatz 1 gibt den durch gesetzliche Vorgabe bestimmten Rahmen der Ausnahmemöglichkeiten wieder.

#### *Zu Absatz 2*

Die Vorschrift bestimmt, dass ein ganzes Krankenhaus als besondere Einrichtung von der DRG-Anwendung ausgenommen werden kann, wenn es die vorgegebenen Voraussetzungen erfüllt und zusätzlich nachweist, dass es besondere Gruppen von Patientinnen und Patienten behandelt (§ 2). Es werden einfach zu ermittelnde, verweildauerorientierte Maßstäbe vorgegeben, mit denen auffällige Krankenhäuser beschrieben werden. Bei einer pauschalierten Vergütung sollte die Verweildauer der Patienten und Patientinnen idealerweise normalverteilt sein. Dabei würde jeweils die Hälfte der Fälle unterhalb und oberhalb der mittleren, der Kalkulation zu Grunde liegenden Verweildauer liegen. Nummer 1 gibt als Maßstab für ein besonders belastetes Krankenhaus vor, dass mehr als drei Viertel der Inlier-Fälle oberhalb der mittleren Verweildauer liegen, demnach nur bis zu einem Viertel der Inlier-Fälle unterhalb des Mittelwerts. Durch diese Kennzahl sollen insbesondere die Krankenhäuser als besondere Einrichtungen definiert werden, die einen hohen Anteil von Patienten oder Patientinnen mit einer über dem Mittelwert liegenden Verweildauer behandeln, deren Verweildauer aber nicht die obere Grenzverweildauer erreicht (rechtsschiefe Verteilung). Nummer 2 zeigt dagegen die Belastung mit langliegenden Fällen auf, deren Verweildauer außerhalb des Normalbereichs der Fallpauschalen liegt und für die zusätzlich zur Fallpauschale tagesbezogene Entgelte gezahlt werden (Langlieger).

Grundlage für die Prüfung der Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 sind die im Jahr 2004 entlassenen Fälle des Krankenhauses, die dem Fallpauschalen-Katalog 2005 zugeordnet werden. Der Fallpauschalen-Katalog 2005 wurde von den gesetzlich dazu beauftragten Selbstverwaltungspartnern nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, also der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung, vereinbart. Er ist Anlage 1 zu der am 16. September 2004 von den Selbstverwaltungspartnern getroffenen Fallpauschalenvereinbarung 2005 und über folgenden Internet-Link verfügbar: [http://www.g-drg.de/service/download/veroeff\\_2005/Endfassung\\_FallpauschalenKatalog\\_040915\\_1500.pdf](http://www.g-drg.de/service/download/veroeff_2005/Endfassung_FallpauschalenKatalog_040915_1500.pdf). Entsprechend den allgemeinen Regelungen in Abschnitt E1 der Anlage 1 zum Krankenhausentgeltgesetz werden hierbei die sog. Überlieger am Jahresbeginn nicht dem Fallpauschalen-Katalog 2005 zugeordnet.

### *Zu Absatz 3*

Abweichend von der Verordnung für das Jahr 2004 ermöglicht die Vorschrift zusätzlich auch die Ausnahme spezialisierter Krankenhäuser in besonders sensiblen Versorgungsbereichen. Es handelt sich um spezialisierte Einrichtungen, die in der Bundesrepublik nur in begrenzter Zahl vorgehalten werden und deshalb besondere Bedeutung für die Versorgungssicherheit haben. Die Anzahl dieser Krankenhäuser ist sehr begrenzt.

Nach Satz 1 kann eine Palliativstation oder -einheit ausgenommen werden, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt ist und über mindestens fünf Betten verfügt. Die räumliche Abgrenzung muss sich auf die Einheit als Ganzes beziehen. Diese Voraussetzung liegt nicht vor, wenn palliativmedizinische Patienten und Patientinnen in einzelnen, "verstreuten" Betten oder Zimmern z. B. einer onkologischen Abteilung behandelt werden. Satz 2 eröffnet zudem die Möglichkeit, dass Krankenhäuser oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder für die Behandlung von Tropenerkrankungen ausgenommen werden. Ferner können nach Satz 3 Krankenhäuser oder Fachabteilungen, die schwerpunktmäßig Patientinnen oder Patienten mit Multiple Sklerose oder Morbus Parkinson behandeln, ausgenommen werden. Sie gelten als besondere Einrichtung, wenn mindestens 40 Prozent ihrer Fälle auf diese Patienten und Patientinnen entfallen. Als Fachabteilung wird in Anlehnung an § 13 Abs. 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) eine organisatorisch selbständige bettenführende Abteilung definiert, die von einem Arzt oder einer Ärztin geleitet wird, die fachlich nicht weisungsgebunden sind. Da die in Absatz 3 aufgeführten besonderen Einrichtungen an bestimmten Erkrankungsarten anknüpfen, die keine direkte und eindeutige Entsprechung in der Facharztbezeichnung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben, konnte die Anforderung für eine entsprechende Fachgebietsbezeichnung der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes nicht übernommen werden. Der Fachabteilungsbegriff stellt nicht auf die im Krankenhausplan des Landes aufgeführten Fachabteilungen ab. Weitere, nicht abdingbare Voraussetzung für eine Ausnahme ist, dass die Einrichtung ihrer Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach § 2 nachkommt, die sowohl Informationsgrundlagen für die Vereinbarung des Krankenhausbudgets mit den Krankenkassen auf der Ortsebene als auch für die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems durch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene sind (§ 5).

Satz 6 eröffnet darüber hinaus im Hinblick auf den besonderen Versorgungsauftrag von Kinderkrankenhäusern die Möglichkeit, einige der etwa 20 selbständigen Kinderkrankenhäuser für das Jahr 2005 aus der DRG-Abrechnung auszunehmen, wenn deren krankenhausesindividueller Basisfallwert höher ist als der nach § 10 KHEntgG jeweils geltende, vorläufige oder vereinbarte bzw. durch die Schiedsstelle festgesetzte und genehmigte Landes-Basisfallwert. Diese selbständigen Kinderkrankenhäuser haben in der Regel in Folge einer differenzierten Abteilungsstruktur sowie kleiner Abteilungen mit begrenzten Fallzahlen und kurzen Verweildauern spezifische Kostenprobleme, z. B. wegen der erforderlichen Mindestbesetzungen. Über Ausnahmen für die Folgejahre ist im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Vergütungssystems jeweils neu zu entscheiden. Unabhängig von einer solchen Ausnahmeregelung besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 17b Abs. 1 Satz 6 bis 9 KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 2 KHEntgG ein Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag, wenn eine solche Einrichtung für die Sicherstellung der Versorgung von Kindern benötigt wird.

### *Zu Absatz 4*

Die Ausnahmemöglichkeit nach Satz 1 ist eng begrenzt auf besondere Leistungsangebote eines Krankenhauses, bei denen in Folge der ständigen Leistungsbereitschaft der Einrichtung

hohe Vorhaltekosten entstehen, unabhängig davon, ob dieses Leistungsangebot überhaupt oder von nur wenigen Patienten und Patientinnen in Anspruch genommen wird. Es geht somit insbesondere um die Sicherstellung von Behandlungsmöglichkeiten für den Fall, dass bestimmte, in der Regel seltene Erkrankungen kurzfristig behandelt werden müssen. Die Kosten dieser Vorhaltung können unter dem Gesichtspunkt einer leistungsgerechten Vergütung kaum verursachungsgerecht der Behandlung des einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin zugerechnet werden. Auch für das Krankenhaus und die Krankenkassen ergeben sich erhebliche Finanzierungsrisiken, wenn hohe Vorhaltekosten auf eine sehr geringe Fallzahl verrechnet werden. Bereits eine geringe Über- oder Unterschreitung der bei der Budgetvereinbarung unterstellten Fallzahl führt zu erheblichen Mehr- oder Mindererlösen und entsprechenden finanziellen Risiken. Mit der Nennung der Beispiele „Isolierstationen“ und „Einrichtungen für Schwerbrandverletzte“ sowie der „neonatologischen Satellitenstationen“, wie sie im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen vorgegeben sind, hat der Verordnungsgeber klargestellt, welche Arten von Einrichtungen unter diese Öffnungsklausel fallen sollen.

Auf Grund der Voraussetzungen nach Satz 1 können normale Abteilungen oder Einrichtungen, die lediglich schlecht ausgelastet sind, mit dieser Vorschrift nicht ausgenommen werden. Sie erfüllen die Voraussetzung „sehr niedrige Fallzahl“ im Sinne dieser Verordnung nicht. Darüber hinaus können auch bei schlecht ausgelasteten Abteilungen die Fallzahlen grundsätzlich ebenso verlässlich kalkuliert werden, wie bei besser ausgelasteten Abteilungen. Zudem sind die Leistungsangebote normaler Abteilungen oder Einrichtungen in der Regel nicht „zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung“ erforderlich, weil entsprechende Versorgungsangebote anderer Krankenhäuser wahrgenommen werden können. Die Finanzierung schlecht ausgelasteter Versorgungsangebote regelt § 17b Abs. 1 KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 2 KHEntgG; für sie kann unter den dort genannten Voraussetzungen ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden.

Satz 2 erster Halbsatz stellt klar, dass diese Öffnungsklausel schon auf Grund ihrer Voraussetzungen nicht für normale Intensivabteilungen gilt. Soweit sich Abbildungsprobleme in diesem Bereich zeigen sollten, sind diese im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu lösen, nicht über eine Ausnahmeregelung.

#### *Zu Absatz 5*

Die Vorschrift enthält eine Öffnungsklausel für Fälle, in denen die Besonderheit einer Einrichtung für die Krankenkassen als örtliche Vertragspartei ersichtlich ist, sich diese jedoch in den verweildauerbezogenen Maßstäben des Absatzes 2 oder den Ausnahmen der Absätze 3 und 4 nicht ausreichend niederschlägt. Dies ist nur für besondere Leistungsstrukturen denkbar, z. B. für sonstige, in den Absätzen 2 bis 4 nicht genannte spezialisierte Einrichtungen. Auch im Hinblick auf den Schutz der Krankenhäuser durch die Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG ist diese Ausnahmemöglichkeit auf seltene Ausnahmefälle begrenzt. Ergänzende Kriterien können z. B. ein vergleichsweise sehr hoher Basisfallwert oder die knappe Verfehlung der Voraussetzungen nach Absatz 2 sein. Vor diesem Hintergrund bleibt es auch bei der bisher geltenden Regelung, dass die Schiedsstelle über diese Ausnahmemöglichkeit nach Absatz 5 grundsätzlich nicht entscheidet. Die Krankenkassen als Vertragspartei der Budgetverhandlungen tragen somit auch im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten Verantwortung dafür, dass die notwendige Versorgung nicht beeinträchtigt wird. Ausnahmsweise entscheidet die Schiedsstelle bei spezialisierten Krankenhäusern mit nur einer oder zwei Fachabteilungen, bei denen in der Regel Folgen einer nicht sachgerechten Vergütung intern nicht oder nur sehr begrenzt ausgeglichen werden können.

## **Zu § 2:** Nachweis der Besonderheit der Einrichtung

§ 1 gibt die formalen Voraussetzungen für eine auf das Jahr 2005 befristete Ausnahme aus dem DRG-Vergütungssystem vor. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen hat die besondere Einrichtung einen Anspruch darauf, ausgenommen zu werden. Das Krankenhaus muss jedoch als weitere Voraussetzung für die Ausnahme in den Fällen des § 1 Abs. 2, 3 oder 5 zusätzlich erläutern, welche besonderen Gruppen von Patienten und Patientinnen es behandelt und mit welchen Fallpauschalen diese Behandlung vergütet würde. Der Nachweis der besonderen Gruppen hat grundsätzlich DRG-bezogen durch Darlegung der Diagnosen und Prozeduren zu erfolgen. Dabei sind die Ist-Daten des Jahres 2004 nach den Fallpauschalen- und Zusatzentgelte-Katalogen 2005 vorzulegen. Die Kataloge sind Anlagen zu der Fallpauschalenvereinbarung 2005, die am 16. September 2004 von den gesetzlich dazu beauftragten Selbstverwaltungspartnern nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart wurden. Die Kataloge sind über folgenden Internet-Link verfügbar: [http://www.g-drg.de/service/download/veroeff\\_2005/Endfassung\\_FallpauschalenKatalog\\_040915\\_1500.pdf](http://www.g-drg.de/service/download/veroeff_2005/Endfassung_FallpauschalenKatalog_040915_1500.pdf). Sofern Leistungen im Jahr 2005 erstmals erbracht werden und somit keine Ist-Daten des Jahres 2004 vorliegen, sind Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen ebenfalls nach der Gliederung der Fallpauschalen- und Zusatzentgelte-Kataloge 2005 vorzulegen. In den Fällen nach § 1 Absatz 2 und 5 ist bei Vorliegen langer Verweildauern außerdem darzulegen, dass diese auf die besondere Gruppe von Patientinnen und Patienten zurückzuführen und somit medizinisch erforderlich sind. Auf dieser Grundlage entscheiden die Vertragsparteien der örtlichen Ebene oder im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle. Besonderheiten, die mit Diagnosen oder Prozeduren nicht hinreichend abgebildet werden, sind anderweitig zu begründen, z. B. durch den Nachweis von Funktionseinschränkungen oder Behinderungen von Patientinnen und Patienten.

## **Zu § 3:** Entgelte für besondere Einrichtungen

### *Zu Absatz 1*

Satz 1 verweist auf die Vorgabe des § 6 Abs. 1 KHEntgG, wonach für ausgenommene Bereiche krankenhausespezifische Fallpauschalen oder Tagessätze vereinbart werden können. Satz 2 stellt klar, dass dabei auch die DRG-Fallpauschalen übernommen und mit einer abweichenden Entgelthöhe vereinbart werden können. Auch in diesem Falle handelt es sich begrifflich um die Vereinbarung krankenhausespezifischer Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, die der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 des KHEntgG zuzuordnen sind. Der Begriff „DRG-Fallpauschale“ darf nur für die Entgelte des bundeseinheitlichen Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2005 verwendet werden, die dem Erlösbudget nach § 4 KHEntgG zuzuordnen sind. Satz 3 gibt für die mögliche Abrechnung von Zusatzentgelten vor, dass diese grundsätzlich zusätzlich zu krankenhausespezifisch vereinbarten Fallpauschalen und Tagessätzen abrechenbar sind. Die Abrechnung ist jedoch auf die durch die Anlagen 2, 4, 5 und 6 der Fallpauschalenvereinbarung 2005 vorgegebenen Zusatzentgelte ([http://www.g-drg.de/service/download/veroeff\\_2005/Endfassung\\_FallpauschalenKatalog\\_040915\\_1500.pdf](http://www.g-drg.de/service/download/veroeff_2005/Endfassung_FallpauschalenKatalog_040915_1500.pdf)) begrenzt, wobei lediglich für die Zusatzentgelte der Anlagen 4 und 6 krankenhausespezifische Entgelthöhen vereinbart werden dürfen.



### *Zu Absatz 2*

Die Vorschrift regelt die Abgrenzung und die Kalkulationsinhalte der krankenhausesindividuellen Entgelte, die für Einrichtungen nach § 1 Abs. 4 vereinbart werden. Nach Satz 1 werden die bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten entstehenden variablen Kosten (fallabhängige Kosten) mit einer krankenhausesindividuellen Fallpauschale oder einem Tagessatz abgerechnet. Die hohen pflegesatzfähigen Vorhaltekosten der Einrichtungen sollen nicht bei dem einzelnen Behandlungsfall in Rechnung gestellt, sondern über einen Zuschlag finanziert werden, der bei allen Patienten und Patientinnen des Krankenhauses zusätzlich abgerechnet wird. Damit wird sichergestellt, dass die Vorhaltekosten finanziert werden, auch wenn die besondere Einrichtung nicht oder nur für wenige Behandlungsfälle genutzt wird.

## **Zu § 4: Vereinbarungen über besondere Einrichtungen**

### *Zu Absatz 1*

Eine Vereinbarung über die Ausnahme einer besonderen Einrichtung setzt neben den Anforderungen nach den §§ 1 und 2 voraus, dass das Krankenhaus einen entsprechenden Antrag stellt (Satz 1). Sind alle Voraussetzungen erfüllt, können die Vertragsparteien der örtlichen Budgetvereinbarung eine Einrichtung von der Anwendung des Vergütungssystems ausnehmen. Im Falle der Nichteinigung entscheidet wie üblich die Schiedsstelle. Dies gilt jedoch nicht für die Ausnahmemöglichkeit nach § 1 Abs. 5, bei der die Schiedsstelle nur bei spezialisierten Krankenhäusern mit ein oder zwei Fachabteilungen entscheidet.

### *Zu Absatz 2*

Die Sätze 1 und 2 bestimmen, dass das Krankenhaus die Informationen nach § 5 vorzulegen hat und machen Vorgaben insbesondere zur Vorlage von Verhandlungsunterlagen und zur Vereinbarung von Entgelten nach § 6 KHEntgG. Für ausgenommene Einrichtungen gilt das Krankenhausentgeltgesetz. Dieses bestimmt in § 6 Abs. 3 KHEntgG, dass § 6 der Bundespflegegesetzverordnung und insbesondere die Vorschriften zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags, zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen und zu den Mehr- oder Mindererlösausgleichen anzuwenden sind.

Die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG ist von dem Erlösbudget nach § 4 KHEntgG abzuziehen, verringert dieses also. Werden Leistungen von einem Vergütungsbereich in den anderen Bereich verlagert, verändert dies beide Budgets entsprechend; vgl. § 6 Abs. 4 KHEntgG. Bei einer solchen Verlagerung von Leistungen in die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG handelt es sich nicht um den Tatbestand einer Veränderung der Leistungsstruktur oder der Fallzahlen nach § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 BPfIV, bei der die Schiedsstellenentscheidung ausgeschlossen ist. Das Krankenhaus insgesamt erbringt keine zusätzlichen Leistungen; diese werden nur einem anderen Teilbereich zugeordnet. Dies gilt sowohl für besondere Einrichtungen als auch für teilstationäre Leistungen.

## **Zu § 5: Informationen über besondere Einrichtungen**

Für die Weiterentwicklung und Verbesserung des DRG-Vergütungssystems sind die konstruktive Beteiligung der medizinischen Fachgesellschaften am strukturierten Dialog mit dem DRG-

Institut und die Teilnahme von Krankenhäusern am Kalkulationsverfahren erforderlich. Dies gilt um so mehr für medizinische Bereiche, die sich durch das Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet sehen. Die befristete Ausnahme aus dem System wird deshalb mit der Verpflichtung zur Vorlage von Informationen verknüpft, die für die Systementwicklung benötigt werden.

#### *Zu Absatz 1*

Satz 1 gibt die zu liefernden Informationsinhalte vor. Nachdem die für das Jahr 2004 ausgenommenen Einrichtungen ihrer Verpflichtung zur Lieferung der Informationen nach § 5 weitestgehend nicht nachgekommen sind, verpflichtet die Vorschrift nun ausdrücklich die Krankenkassen als Vertragspartei, die ihnen vom Krankenhaus im Rahmen der Budgetverhandlungen vorzulegenden Informationen an das DRG-Institut auf Bundesebene weiterzuleiten. Dabei sind nach Nummer 1 die nach § 6 Abs. 3 Satz 3 und 5 KHEntgG vorzulegenden Unterlagen für die Budget- und Entgeltvereinbarungen vorzulegen. Nummer 5 verpflichtet zu einer Begründung, weshalb die Vergütung nicht sachgerecht ist; dabei werden besondere Leistungen der Einrichtung oder besondere Kosten zu benennen sein. Die Informationen sind unverzüglich nach den entsprechenden Budgetvereinbarungen zu übermitteln.

Satz 2 bestimmt, dass das Krankenhaus zeitgleich die Datensätze nach § 21 KHEntgG für das Krankenhaus und den organisatorisch abgrenzbaren Teil des Krankenhauses übermitteln muss, die dem DRG-Institut eine nähere Analyse und einen Vergleich mit den Kalkulationsgrundlagen und -ergebnissen zum Fallpauschalen-Katalog ermöglichen.

#### *Zu Absatz 2*

Satz 1 verpflichtet das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner, die Informationen über besondere Einrichtungen zu prüfen und daraus Möglichkeiten zur Verbesserung des Vergütungssystems abzuleiten. Das Institut kann nach Satz 2 ergänzend oder an Stelle der nach Absatz 1 Satz 2 zu liefernden Datensätze die bereits vom Krankenhaus nach § 21 KHEntgG gelieferten Daten verwenden. In diesem Falle kann das DRG-Institut das Krankenhaus von der nochmaligen Lieferung der Daten befreien.

Satz 3 bestimmt, dass das DRG-Institut die für das Vergütungssystem zuständigen Selbstverwaltungspartner und das die Ersatzvornahmen durchführende Bundesministerium über Art und Umfang der Ausnahmen und deren Begründung unterrichtet und Lösungsmöglichkeiten aufzeigt. Damit soll die Grundlage für Systementscheidungen geschaffen werden.

### **Zu § 6: Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, damit auch besondere Einrichtungen zeitnah Budgetvereinbarungen für das Jahr 2005 treffen können. Da die Geltungsdauer der Verordnung auf das Jahr 2005 begrenzt ist, tritt sie mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft. Soweit besondere Einrichtungen nach diesem Zeitpunkt noch keine Budgetvereinbarung für das Jahr 2006 getroffen haben, gilt § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG, wonach die bis dahin geltenden Entgelte bis zu dem nach § 15 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG maßgeblichen Zeitpunkt weiter zu berechnen sind.