

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

Vom ... 2005

Auf Grund des § 10 Abs. 8 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), der durch Artikel 2 Nr. 7 Buchstabe d des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429, 3435) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

§ 1**Vorläufige Landes-Basisfallwerte**

Ist zum Zeitpunkt der Budgetvereinbarung für das einzelne Krankenhaus ein Basisfallwert nach § 10 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht vereinbart oder durch die Schiedsstelle festgesetzt, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes den Zielwert nach § 4 Abs. 5 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes mit Hilfe des vorläufigen Landes-Basisfallwerts, der nachfolgend für das jeweilige Land ausgewiesen ist:

Baden-Württemberg	2.792 €
Bayern	2.656 €
Berlin	3.122 €
Brandenburg	2.628 €
Bremen	2.893 €
Hamburg	2.843 €
Hessen	2.786 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.564 €
Nordrhein-Westfalen	2.646 €
Rheinland-Pfalz	2.848 €
Saarland	2.952 €
Sachsen	2.633 €
Sachsen-Anhalt	2.673 €
Schleswig-Holstein	2.614 €
Thüringen	2.621 €

Für die Höhe des auf der Landesebene zu vereinbarenden oder festzusetzenden Landes-Basisfallwerts werden damit keine Festlegungen getroffen.

§ 2

Ausgleich von Budgetabweichungen

(1) Nach der Vereinbarung des Landes-Basisfallwerts nach § 10 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes durch die Vertragsparteien auf Landesebene oder seiner Festsetzung durch die Schiedsstelle sind grundsätzlich noch während des laufenden Kalenderjahres das auf Grundlage des vorläufigen Landes-Basisfallwerts nach dieser Verordnung vereinbarte Erlösbudget und der krankenhausesindividuelle Basisfallwert nach den Vorgaben der Anlage anzupassen sowie Mehr- oder Mindererlösausgleiche vorzunehmen. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes treffen die erforderlichen Vereinbarungen in einem vereinfachten, schriftlichen Verfahren auf der Grundlage der Anlage. Das Krankenhaus fordert die anderen Vertragsparteien unter Vorlage dieser Daten zur Anpassung der Budgetvereinbarung auf und beantragt die erneute Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde.

(2) Soweit die in Abschnitt LBFW 2 der Anlage vorgegebene pauschalierte Zuordnung der Summe der Bewertungsrelationen zu den einzelnen Monaten zu einem Ergebnis führt, das von der tatsächlichen Summe der Bewertungsrelationen im jeweiligen Zeitraum wesentlich abweicht, ist bei der nächstmöglichen Budgetvereinbarung ein genauerer Ausgleich zu berechnen und zu berücksichtigen. Können die Anpassungen und Ausgleiche nach Absatz 1 während des Jahres 2005 nicht durchgeführt werden, sind sie bei der nächsten Budgetvereinbarung im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Für die Bestimmung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung der Fallpauschalen auf der Basis des angepassten krankenhausesindividuellen Basisfallwerts und für den Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen infolge der Abweichung des vorläufigen Landes-Basisfallwerts von dem auf Landesebene vereinbarten oder festgesetzten Landes-Basisfallwert ist § 15 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden. § 15 Abs. 2 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für diesen Ausgleich nicht anzuwenden.

§ 3

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft.

**Ermittlung des Ausgleichs nach § 2 in Folge
des vorläufigen Landes-Basisfallwerts (LBFW)**

LBFW 1 Ermittlung des angepassten Erlösbudgets und des angepassten
Basisfallwerts

LBFW 2 Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse und der Zu- oder Abschläge

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

LBFW 1 Ermittlung des angepassten Erlösbudgets und des angepassten Basisfallwerts

lfd. Nr. lt. B2	Berechnungsschritte	Vereinbarung mit vorläufigem Basisfallwert nach § 1 KFPV 2005 *)	Neuberechnung mit Basisfallwert nach § 10 KHEntgG (**)	Differenz aus den Spalten 2 und 3
	1	2	3	4
15	veränderter Ausgangswert nach § 4 Abs. 4 KHEntgG			

16	DRG-Erlösvolumen nach § 4 Abs. 5 Satz 1 KHEntgG (Zielwert)			
16a	auf Landesebene vereinbarter oder festgesetzter Landes-Basisfallwert			
16b	./. Vorläufiger Landes-Basisfallwert nach § 1 KFPV 2005			
16c	= Abweichung zum Basisfallwert auf Landesebene			
16d	x Summe der effektiven Bewertungsrelationen (aus Nr. 32 Spalte 2)			
16e	= Veränderung des DRG-Erlösvolumens			
16f	+ bisher vereinbartes DRG-Erlösvolumen (aus Nr. 16 Spalte 2)			
17	./. Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG			
18	= Zielwert: DRG-Erlösvolumen (§ 4 Abs. 5 KHEntgG)			

Ermittlung des Angleichungsbetrags:				
19	Zielwert aus lfd. Nr. 18			
20	./. veränderter Ausgangswert aus lfd. Nr. 15			
21	= Zwischenergebnis			
22	15 % von lfd. Nr. 21 oder niedrigerer Betrag wg. Obergrenze ***)			
23	= Angleichungsbetrag (§ 4 Abs. 6 Satz 1 KHEntgG)			

Ermittlung des Erlösbudgets:				
24	veränderter Ausgangswert aus lfd. Nr. 15			
25	+/- Angleichungsbetrag aus lfd. Nr. 23			
26	= Erlösbudget (§ 4 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG)			

Ermittlung des Basisfallwerts (§ 4 Abs. 7 KHEntgG):				
27	Erlösbudget aus lfd. Nr. 26			
28	./. Erlöse aus Zusatzentgelten			
29	./. Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn			
30	+/- neue Ausgleiche für Vorjahre			
31	= Verändertes Erlösbudget (§ 4 Abs. 7 Satz 1 KHEntgG)			
32	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen (E1 der Anlage 1 KHEntgG, Jahresfälle)			
33	= krankenhaushausindividueller Basisfallwert			
34	nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen			

*) In Spalte 2 sind die vereinbarten Werte aus B2 Spalte 4 der Anlage 1 des KHEntgG einzutragen.

**) In Spalte 3 sind in die hellgrau unterlegten Felder grundsätzlich die Werte aus Spalte 2 der gleichen Zeile zu übernehmen; in die Nrn. 16d und 16f sind die Werte entsprechend dem Hinweis in der jeweiligen Klammer zu übernehmen. Infolge der Anpassung des vorläufigen Landes-Basisfallwerts an den auf Landesebene vereinbarten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG sind lediglich in die Zeilen 16a, 16b und 22 neue Werte einzugeben. Alle übrigen Felder ergeben sich aus der Rechensystematik, die aus B2 der Anlage 1 des KHEntgG übernommen wurde.

***) Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG: 1 % von Nr. 15 Spalte 2.

Krankenhaus:

Seite:
Datum:

LBFW 2 Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse und der Zu- oder Abschläge

Ifd. Nr.	Berechnungsschritte	Zahlen *)
	1	2
1	Summe der effektiven Bewertungsrelationen lt. bisheriger Budgetvereinbarung (LBFW 1 Nr. 32)	
2	: 12 (= pauschalierte Summe der Bewertungsrelationen je Monat)	
3	x Anzahl der vollen Monate, in denen auf der Grundlage des vorläufigen Landes-Basisfallwerts abgerechnet wurde	
4	= Summe der Bewertungsrelationen mit Mehr- oder Mindererlösen	
5	x Abweichung vom bisherigen krankenhausindividuellen Basisfallwert (LBFW 1 Nr. 33 Spalte 4)	
6	= Summe der auszugleichenden Mehr- oder Mindererlöse	
7	: (Anzahl der restlichen vollen Monate mit Abrechnung des angepassten Basisfallwerts nach Blatt LBFW 1 Nr. 33 Spalte 3 x mtl. Summe der Bewertungsrelationen nach Nr. 2) **)	
8	= Zu- oder Abschlag nach § 2 Abs. 2 KFPV 2005	

*) In Spalte 2 sind in die grau unterlegten Felder die Werte aus LBFW 1 zu übernehmen. Die Werte für alle anderen Felder ergeben sich auf Grund der Rechensystematik.

***) Die Addition der Monate aus den Zeilen 3 und 7 muss die Zahl 12 ergeben.

Begründung

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 bewirken. 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 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 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 oder die Auswirkungen des neuen Fallpauschalen-Katalogs 2005 im Vergleich zum Fallpauschalen-Katalog 2004 (Katalogeffekt). Da der von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbarte oder von der Schiedsstelle festgesetzte Basisfallwert nach § 10 KHEntgG der allein maßgebliche Wert ist, müssen auftretende Abweichungen 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 Ausgleichs, 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 keine zusätzlichen Ausgaben. Entsprechendes gilt für die Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und eine mögliche zusätzliche Belastung für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler.

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 krankenhaushausindividuellen 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 ist.

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) krankenhausesindividuell 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, sollten sie bei ihrer Vereinbarung entsprechende Korrekturrechnungen vornehmen.

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		
Baden-Württemberg	220	95%	5.396.248.838 €	1.879.170	5.246.126.814 €	1.818.447	2.885 €	2.792 €
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 €
Schleswig-Holstein	56	84%	1.358.024.191 €	517.989	1.320.244.366 €	498.976	2.646 €	2.614 €

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 Ausgleichs- 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 KHEntG 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 KHEntG). Für das Ausgabenvolumen des Jahres 2005 sind zusätzlich die Investitionskosten zu berücksichtigen, die nach § 4 Abs. 8 KHEntG für neue Investitionsmaßnahmen im Erlösbudget 2005 eines nicht geförderten Krankenhauses berücksichtigt werden können, soweit der Basisfallwert des Krankenhauses niedriger ist als der Landes-Basisfallwert.

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:

- Verminderung um den Kodiereffekt, der im Vergleich zu den Vereinbarungsdaten 2004 bei der Abrechnung im Jahr 2004 eingetreten ist (§ 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG). Dieser wurde mit bundesweit knapp vier Prozent ermittelt. Die hierdurch eingetretene Erhöhung der 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 ist daher nur die gegenüber der Vereinbarung 2004 erreichte höhere Kodierqualität zu Grunde zu legen.

- Verminderung um den landesbezogenen Bezugsgrößeneffekt für das DRG-Fallpauschalensystem 2005. Dies 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 €. Diese Veränderung 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 Bezugsgrößeneffekt wie folgt ermittelt:

Veränderung des Casemix-Index (in Prozent)			
Baden-Württemberg	- 5,1288	Nordrhein-Westfalen	- 4,9381
Bayern	- 5,8493	Rheinland-Pfalz	- 6,0041
Berlin	- 4,3182	Saarland	- 4,8028
Brandenburg	- 5,0741	Sachsen	- 4,6852
Bremen	- 5,0325	Sachsen-Anhalt	- 4,9867
Hamburg	- 4,7804	Schleswig-Holstein	- 5,5595
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,
11. Verlagerung von Leistungen in andere Versorgungsbereiche, z. B. vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich oder in die integrierte Versorgung,
12. Auswirkungen der Krankenhausplanung, z. B. zusätzliche Kapazitäten,
13. landesspezifische Sondervereinbarungen, z. B. mehrjährige Vereinbarungen,
14. noch durchzuführende BAT-Berichtigungen für Vorjahre,
15. mögliche Auswirkungen der veränderten Abrechnungsregeln für das Jahr 2005,
16. 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 pauschalen Überführung mit Hilfe des landesbezogenen Bezugsgrößeneffekts noch nicht berücksichtigt. Eine alternative krankenhausindividuelle 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 krankenhausindividuellen 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 von dem vereinbarten landesweiten Basisfallwert 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 grundsätzlich noch während des laufenden Kalenderjahres auszugleichen sind, um sowohl die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen gegen zu große Abweichungen abzusichern.

Um flächendeckende Neuverhandlungen der Budgets zu verhindern, wird zur Anpassung der Budgetvereinbarungen mit Satz 2 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 und dem endgültig vereinbarten oder festgesetzten Landes-Basisfallwert neu einzutragen. Ansonsten werden die Daten aus der bereits geschlossenen Budgetvereinbarung übernommen. Auch zum Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen infolge der Abweichung des vorläufigen vom vereinbarten 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 3 hat das Krankenhaus die anderen Vertragsparteien zum Abschluss einer angepassten Vereinbarung aufzufordern.

Zu Absatz 2

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch das pauschalierte Ausgleichsverfahren nach Formblatt LBFW 2 der Anlage der Verordnung im Einzelfall eine wesentliche Abweichung zum tatsächlichen Abrechnungsumfang und damit auch eine entsprechende Abweichung der Ausgleichs durch Zu- oder Abschläge entsteht. Für diesen Fall bestimmt Satz 1 eine entsprechende Korrektur der Ausgleichs nach Absatz 1. Diese wird bei der nächstmöglichen Budgetvereinbarung umgesetzt.

Für den Fall, dass die Anpassungen und Ausgleichs nach Absatz 1 nicht mehr während des laufenden Budgetjahres durchgeführt werden können, gibt Satz 2 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 würde.

Zu Absatz 3

Nach Satz 1 sind die Entgelte 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.

Satz 2 stellt klar, dass für diesen Ausgleich die Regelung nach § 15 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG, nach der eine Erhöhung der für den restlichen Vereinbarungszeitraum vereinbarten neuen Entgelte infolge der Ausgleichs auf 30 Prozent begrenzt wird, keine Anwendung findet. Eine entsprechende Abweichung des vorläufigen vom vereinbarten oder festgesetzten Landes-Basisfallwert 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:

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 vereinbarten

oder festgesetzten 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 KFPV 2005).

Sofern auf der Grundlage des vorläufigen Landes-Basisfallwerts ein Erlösbudget für das Jahr 2005 vereinbart worden ist, wird mit dem Formblatt LBFW 1 die Korrekturrechnung für die Abweichung zum vereinbarten Landes-Basisfallwert durchgeführt. Es wird ein angepasstes Erlösbudget und ein angepasster krankenhausindividueller 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 der auf der Landesebene vereinbarte oder festgesetzte Landes-Basisfallwert (Nr. 16a), der vorläufige Landes-Basisfallwert (Nr. 16b) und der Konvergenzbetrag für das Jahr 2005 oder ein niedrigerer Obergrenzenbetrag (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 vereinbarten oder festgesetzten 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 krankenhausindividuellen 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. Der Berechnung des Ausgleichsbetrags wird die Anzahl der vollen Monate zu Grunde gelegt, in denen der mit Hilfe des vorläufigen Landes-Basisfallwerts vereinbarte krankenhausindividuelle Basisfallwert abgerechnet wurde. 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.