

Ferdinand Rau

# Einstieg in die Konvergenz mit vorläufigen Landes-Basisfallwerten

**Nach mehr als 3 Monaten „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ hat das BMGS am 31. März 2005 den Referentenentwurf einer Fallpauschalenverordnung 2005 (KFPV 2005) zur Bestimmung vorläufiger landesweiter Basisfallwerte für das Jahr 2005 vorgelegt. Die vorläufigen Landes-Basisfallwerte sind erforderlich, um den Einstieg in die Konvergenzphase vornehmen zu können, soweit auf der Landesebene noch kein Basisfallwert vereinbart oder von der Schiedsstelle festgesetzt wurde. Ohne Landes-Basisfallwerte kann der Zielwert nicht bestimmt, können keine positiven oder negativen Budgetanpassungsbeträge ermittelt und somit auch die krankenhausesindividuellen Budgetverhandlungen nicht abgeschlossen werden. Bis zum Zeitpunkt der Vorlage des Referentenentwurfs gab es nur für Niedersachsen einen von beiden Vertragspartnern akzeptierten Landes-Basisfallwert, der durch eine Schiedsstellenentscheidung festgelegt wurde.**

Das BMGS wurde durch § 10 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) ermächtigt, vorläufige Landes-Basisfallwerte durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats für das Jahr 2005 vorzugeben. Dies soll jedoch nur für Länder gelten, für die Landes-Basisfallwerte noch nicht vereinbart wurden. Die Ermächtigung erfolgte im Zusammenhang mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG). Die Länder haben im Vermittlungsverfahren grundsätzlichen Bedarf für eine entsprechende Verordnung gesehen. Dabei ist zu betonen, dass es sich hierbei nicht um eine Ersatzvornahme handelt.

Ziel ist es, nachhaltige Verzögerungen oder gar ein Stocken der weiteren DRG-Einführung zu verhindern. Zugleich können damit auch Blockaden der krankenhausesindividuellen Verhandlungen infolge fehlender Landes-Basisfallwerte vermieden werden. Letzteres ist insbesondere für Krankenhäuser relevant, die mit Liquiditätseingängen aufgrund des DRG-Katalogwechsels von 2004 auf 2005 konfrontiert sind. Ursächlich hierfür ist die fortgesetzte Abrechnung der bisherigen krankenhausesindividuellen Basisfallwerte des Jahres 2004 in Verbindung mit den Veränderungen, die sich in der Summe der Bewertungsrelationen (Casemix) durch die Umstellung der DRG-Version 2004 auf den DRG-Katalog 2005 (Katalogeffekt) ergeben haben. Die fortgesetzte Abrechnung der bisherigen krankenhausesindividuellen Basisfallwerte bis zum Abschluss einer Budgetvereinbarung oder einer Schiedsstellenentscheidung ergibt sich aus § 10 Absatz 1 Satz 2 der von den Selbstverwaltungspartnern getroffenen Fallpauschalenvereinbarung 2005.

## Positionen der Verbände

Die DKG hatte das BMGS im Januar 2005 aufgefordert, den Vertragsparteien auf der Landesebene einen ausreichenden Zeitrahmen für die Vereinbarung der landesweiten Basisfallwerte zu überlassen. Eine Rechtsverordnung für vorläufige landesweite Basisfallwerte sollte danach „nicht vor Ende März ganz oder teilweise gestartet werden [...]“. Wo bis dahin auf Landesebene keine entscheidenden Schritte eingeleitet sind, wird dann zwangsläufig eine „Berliner Lösung“ greifen, und in dem betreffenden Land müssen zu einem späteren Zeitpunkt abweichende Vereinbarungen getroffen werden“.<sup>1)</sup>

Im März 2005 hat sich auch die Mehrzahl der Landeskrankenhausgesellschaften gegen eine Vorgabe von Landes-Basisfallwerten durch das BMGS ausgesprochen. Als Gründe werden genannt, dass diese wegen einer befürchteten präjudizierenden Wirkung für eine Einigung im Bundesland nicht hilfreich seien. Zudem habe der vorläufige Basisfallwert im Hinblick auf bestehende katalogbedingte Liquiditätsprobleme keine Vorteile. Vielmehr hätte er nur bürokratische Ausgleiche zur Folge.

Demgegenüber erwartet der VKD nach einer Pressemitteilung vom 8. März 2005 in Sorge um die Liquidität der Krankenhäuser die Festlegung vorläufiger Landes-Basisfallwerte durch das BMGS. Dies sei erforderlich, damit ab Mai 2005 Budgetverhandlungen aufgenommen werden könnten. Für den VKD ist dabei ebenso wie für die Landeskrankenhausgesellschaften wichtig, dass durch die vorläufigen Landes-Basisfallwerte keine Präjudizierung der auf der Landesebene vorzunehmenden Vereinbarung oder Festlegung durch die Schiedsstelle erfolgt. Inhalt und Begründung des Referentenentwurfs werden vom VKD begrüßt. Positiv bewertet wird insbesondere auch, dass in § 1 explizit deutlich gemacht werde, mit den vorläufigen Landes-Basisfallwerten erfolge keine Festlegung für die Höhe der auf der Landesebene zu vereinbarenden oder festzusetzenden Werte.

Die Krankenkassen haben sich zur Bestimmung vorläufiger Landes-Basisfallwerte demgegenüber weder so eindeutig noch so leidenschaftlich wie die Krankenhausseite positioniert. Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen den Referentenentwurf zwar grundsätzlich, kritisieren aber das Niveau der vorläufigen Landes-Basisfallwerte als zu hoch.

## Vorläufige Landes-Basisfallwerte

In § 1 des Referentenentwurfs der KFPV 2005 sind für alle Länder, für die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung weder eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf der Landesebene noch eine beidseitig akzeptierte Festlegung durch die Schiedsstelle vorlag, vorläufige Landes-Basisfallwerte (inklusive Kappung) vorgesehen (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Vorläufige Landes-Basisfallwerte (inklusive Kappung) für das Jahr 2005**

Land	Vorläufiger Landes-Basisfallwert (inkl. Kappung)
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 €

Verfahren zur Anpassung der Budgetvereinbarungen vorgegeben (Abbildung 1). Es lässt grundsätzlich keinen Raum für Streitigkeiten zwischen den Vertragsparteien. Neue Verhandlungstermine sind nicht erforderlich. Sowohl den Krankenkassen als auch der Genehmigungsbehörde wird damit ohne erneute grundsätzliche Prüfung ermöglicht, den Veränderungen im Schriftwege zuzustimmen. Neu einzutragen sind lediglich der auf der Landesebene vereinbarte oder festgesetzte Landes-Basisfallwert (LBFW 1, Spalte 3 Nr. 16 a), der vorläufige Landes-Basisfallwert (LBFW 1, Spalte 3 Nr. 16 b) und der Konvergenzbetrag für das Jahr 2005 oder ein niedriger Obergrenzenbetrag (LBFW 1, Spalte 3 Nr. 22). Alle übrigen Werte ergeben sich aus der Rechensystematik, die aus Formblatt B2 der Anlage 1 des KHEntgG übernommen wurde.

Für die Ermittlung der Zu- oder Abschläge auf den krankenhausesindividuellen Basisfallwert wird in Formblatt LBFW 2 die Summe der effektiven Bewertungsrelationen aus LBFW 1

**Abbildung 1: Formblatt LBFW 1 zur Ermittlung des angepassten Erlösbudgets und des angepassten Basisfallwerts 2005**

Die vorgegebenen Werte ändern nichts an der Verpflichtung der Landesebene, durch Vereinbarung oder Festsetzung der Schiedsstelle Landes-Basisfallwerte zu ermitteln. Vor diesem Hintergrund ist zum Beispiel die Anfang April in Schleswig-Holstein erfolgte Einigung auf einen Landes-Basisfallwert in Höhe von 2 619,63 € zu begrüßen. Entsprechende auf der Landesebene gefundenen Werte ersetzen den vorläufigen Landes-Basisfallwert als Basis für die Abrechnung des einzelnen Krankenhauses, das unter Verwendung des vorläufigen Basisfallwerts eine Budgetvereinbarung abgeschlossen hat, regelmäßig ab dem Monatsersten nach erfolgter Genehmigung durch das Land (§ 2 Absatz 3 Satz 1 KFPV 2005). Ob und inwieweit Krankenhäuser von den vorläufigen Landes-Basisfallwerten Gebrauch machen wollen, ist bei realistischer Betrachtungsweise sicherlich auch von deren individueller Liquiditätssituation abhängig.

### Unterjährige Ausgleichs

Die Krankenhäuser können auf ein einfaches und formalisiertes Ausgleichsverfahren zur Abwicklung zahlungsbedingter Mehr- oder Mindererlöse zurückgreifen. Mehr- oder Mindererlöse, die ausgeglichen werden müssen (§ 2 Absatz 1 KFPV 2005), entstehen beim einzelnen Krankenhaus in Folge von Abweichungen des vorläufigen Landes-Basisfallwerts von dem vereinbarten Landes-Basisfallwert. Dies soll noch während des laufenden Jahres geschehen, um sowohl die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen gegen zu große Abweichungen abzusichern.

Um flächendeckende Neuverhandlungen der Budgets zu verhindern, wird ein vereinfachtes

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	<b>veränderter Ausgangswert nach § 4 Abs. 4 KHEntgG</b>			
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	= <b>Zielwert: DRG-Erlösvolumen (§ 4 Abs. 5 KHEntgG)</b>			
<b>Ermittlung des Angleichungsbetrags:</b>				
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	= <b>Angleichungsbetrag (§ 4 Abs. 6 Satz 1 KHEntgG)</b>			
<b>Ermittlung des Erlösbudgets:</b>				
24	veränderter Ausgangswert aus lfd. Nr. 15			
25	+/- Angleichungsbetrag aus lfd. Nr. 23			
26	= <b>Erlösbudget (§ 4 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG)</b>			
<b>Ermittlung des Basisfallwerts (§ 4 Abs. 7 KHEntgG):</b>				
27	Erlösbudget aus lfd. Nr. 26			
28	/ . Erlöse aus Zusatzentgelten			
29	/ . Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn			
30	+/- neue Ausgleichs für Vorjahre			
31	= <b>Verändertes Erlösbudget (§ 4 Abs. 7 Satz 1 KHEntgG)</b>			
32	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen (E1 der Anlage 1 KHEntgG, Jahresfälle)			
33	= <b>krankenhausesindividueller Basisfallwert</b>			
34	nachrichtlich: Basisfallwert ohne Ausgleichs 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 Nm. 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.				

übernommen. Diese Bewertungsrelationen werden den einzelnen Monaten des Jahres pauschaliert zugeordnet. Der Berechnung des Ausgleichsbetrags wird die Anzahl der vollen Monate zugrunde gelegt, in denen der mit Hilfe des vorläufigen Landes-Basisfallwerts vereinbarte krankenhausspezifische Basisfallwert abgerechnet wurde. Entsprechend wird der Berechnung des Zu- oder Abschlags die Anzahl der vollen Monate zugrunde gelegt, in denen der Zu- oder Abschlag im Restjahr 2005 noch abgerechnet werden kann.

Zur Anpassung einer auf der Grundlage des vorläufigen Landes-Basisfallwerts getroffenen Budgetvereinbarung hat das Krankenhaus unter Vorlage der ausgefüllten Formblätter LBFW 1 und 2 die Kostenträger vor Ort aufzufordern (§ 2 Absatz 1 Satz 3 KFPV 2005). Es hat auch die Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde zu beantragen, die erneut notwendig ist.

Soweit die in LBFW 2 vorgegebene pauschalierte Zuordnung der Summe der Bewertungsrelationen zu einem Ergebnis führt, das von der tatsächlichen Summe der Bewertungsrelationen im jeweiligen Zeitraum wesentlich abweicht, ist nach § 2 Absatz 2 Satz 1 KFPV 2005 bei der nächstmöglichen Budgetvereinbarung ein genauere Ausgleich vorzunehmen. Sofern die unterjährig durchzuführenden Ausgleichsleistungen während des Jahres 2005 erfolgen können, weil zum Beispiel ein Landes-Basisfallwert im Jahr 2005 weder vereinbart noch durch die Schiedsstelle festgesetzt wird, sind die Ausgleichsleistungen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 KFPV 2005 im Folgejahr bei der nächsten Budgetvereinbarung zu berücksichtigen.

Für die infolge des Ausgleichs entstehende Erhöhung der Entgelte wird mit § 2 Absatz 3 Satz 2 KFPV 2005 die 30-Prozent-Grenze nach § 15 Absatz 2 Satz 2 KHEntgG ausgesetzt. Zum einen ist zu bedenken, dass sich eine ent-

sprechende Abweichung des vorläufigen vom vereinbarten oder festgesetzten Landes-Basisfallwert im Jahr 2005 beim einzelnen Krankenhaus nur in Höhe der Konvergenzquote von 15 Prozent auswirkt. Zum anderen würde durch die andernfalls mögliche Verschiebung von Ausgleichsbeträgen auf Folgejahre die Abwicklung des Ausgleichsverfahrens erschwert.

### Keine Präjudizierung

Mit § 1 Satz 1 KFPV 2005 wird explizit zum Ausdruck gebracht, dass mit den vorläufigen Landes-Basisfallwerten keine Festlegungen für die Höhe des auf der Landesebene zu vereinbarenden oder festzusetzenden Landes-Basisfallwerts getroffen werden. Entsprechendes gilt auch für das Berechnungsverfahren. Den Vertragsparteien auf der Landesebene steht es frei, ein alternatives Verfahren zur Berechnung der Landes-Basisfallwerte zu vereinbaren. Um eine Präjudizierung zu vermeiden, werden ferner

- der Hilfsgrößencharakter der vorläufigen Landes-Basisfallwerte auch in der Begründung zur KFPV 2005 hervorgehoben;
- die einzelnen Berechnungsschritte und Datengrundlagen offen gelegt (Tabelle 2);
- wesentliche Tatbestände nicht länderspezifisch, sondern mit einem bundeseinheitlichen Schätzwert (Prozentsatz) in die Berechnungen einbezogen;
- die Tatbestände angegeben, welche durch das BMGS insbesondere nicht berücksichtigt werden konnten und für die daher zu prüfen ist, ob sie bei der Vereinbarung auf der Landesebene zu berücksichtigen sind.

Auf die einzelnen Sachverhalte wird im Folgenden eingegangen.

**Tabelle 2: Wichtige Eckdaten der KFPV 2005 zur Bestimmung vorläufiger Landes-Basisfallwerte für das Jahr 2005**

Bundesland	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						
<b>Bund</b>	<b>1 661</b>	<b>92%</b>	<b>45 261 969 974 €</b>	<b>16 389 148</b>	<b>44 042 435 193 €</b>	<b>15 844 273</b>		
<b>Neue Bundesländer</b>	<b>245</b>	<b>92%</b>	<b>7 550 734 141 €</b>	<b>2 825 484</b>	<b>7 380 314 628 €</b>	<b>2 739 897</b>		
Brandenburg	46	90%	1 299 347 820 €	494 971	1 270 021 635 €	479 252	2 650 €	<b>2 628 €</b>
Mecklenburg-Vorpommern	28	88%	859 564 079 €	331 236	840 163 781 €	320 112	2 625 €	<b>2 564 €</b>
Sachsen	80	93%	2 455 670 523 €	917 943	2 400 246 220 €	892 434	2 690 €	<b>2 633 €</b>
Sachsen-Anhalt	46	94%	1 497 708 427 €	545 597	1 463 905 258 €	528 758	2 769 €	<b>2 673 €</b>
Thüringen	45	94%	1 438 443 292 €	535.738	1 405 977 733 €	519 341	2 707 €	<b>2 621 €</b>
<b>Alte Bundesländer</b>	<b>1 416</b>	<b>92%</b>	<b>37 711 235 832 €</b>	<b>13 563 664</b>	<b>36 662 120 565 €</b>	<b>13 104 377</b>		
Baden-Württemberg	220	95%	5 396 248 838 €	1 879 170	5 246 126 814 €	1 818 447	2 885 €	<b>2 792 €</b>
Bayern	289	90%	6 603 325 381 €	2 437 435	6 419 622 850 €	2 340 760	2 743 €	<b>2 656 €</b>
Berlin	44	96%	2 333 437 484 €	733 459	2 268 521 953 €	715 822	3 169 €	<b>3 122 €</b>
Bremen	12	100%	547 427 770 €	187 980	532 198 494 €	182 090	2 923 €	<b>2 893 €</b>
Hamburg	32	86%	1 228 245 850 €	425 356	1 194 076 419 €	413 122	2 890 €	<b>2 843 €</b>
Hessen	123	92%	3 206 628 032 €	1 145 612	3 117 420 602 €	1 103 683	2 825 €	<b>2 786 €</b>
Nordrhein-Westfalen	372	96%	10 147 323 415 €	3 763 534	9 865 027 922 €	3 649 240	2 703 €	<b>2 646 €</b>
Rheinland-Pfalz	70	81%	2 072 239 248 €	728 127	2 014 590 173 €	698 098	2 886 €	<b>2 848 €</b>
Saarland	24	92%	717 556 207 €	243 100	697 594 009 €	236 053	2 955 €	<b>2 952 €</b>
Schleswig-Holstein	56	84%	1 358 024 191 €	517 989	1 320 244 366 €	498 976	2 646 €	<b>2 614 €</b>

## Methodische Vorgehensweise

Die vorläufigen Landes-Basisfallwerte nach § 1 KFPV 2005 wurden weitgehend auf der Grundlage von Vereinbarungsdaten aus dem Jahr 2004 ermittelt. Insgesamt gingen in die Ermittlung der vorläufigen Landes-Basisfallwerte die Budget- und Leistungsdaten von 1 661 Krankenhäusern ein. Dies sind 92 Prozent der DRG-Krankenhäuser, deren Gesamtzahl sich derzeit auf rund 1 800 Krankenhäuser beläuft. Soweit bis Mitte März 2005 für Krankenhäuser mit relevanten Budget- und Leistungsvolumina Daten aus dem Jahr 2004 noch nicht vorlagen, wurden bei 24 Krankenhäusern Vereinbarungsdaten des Jahres 2003 auf das Jahr 2004 übergeleitet. Bei 6 großen Krankenhäusern wurden die für das Jahr 2004 vorliegenden Forderungsbudgets berücksichtigt. Nicht einbezogen sind die Leistungen und Budgetvolumina von rund 140 eher kleinen Krankenhäusern.

Die den Berechnungen zu Grunde liegenden Budgetdaten umfassen für die Vergütung von DRG-Leistungen eine vereinbarte Erlössumme von rund 45 Mrd. € (ohne im Jahr 2004 enthaltene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre). Nicht enthalten sind hierin zum Beispiel die Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn, für die nicht mit Fallpauschalen vergüteten Bereiche wie die Psychiatrie, die Erlöse aus teilstationären Fällen und aus Zusatzentgelten.

## Überleitung des Erlösvolumens 2004 nach 2005

Für die Ermittlung der vorläufigen Landes-Basisfallwerte musste länderbezogen sowohl das für das Jahr 2004 vereinbarte Erlös- als auch das DRG-Leistungsvolumen auf das Jahr 2005 übergeleitet werden. Für die Erlösseite erfolgte dies, indem die für das Jahr 2004 vereinbarten Budgets, die um enthaltene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre bereinigt wurden, um folgende Tatbestände vermindert wurden:

- Zu erwartende zusätzliche Erlöse aus bundesweit kalkulierten Zusatzentgelten nach Anlage 2 der KFPV 2005. Mangels vorliegender krankenhausespezifischer Informationen für die einzelnen Bundesländer wurde dieser Tatbestand bundeseinheitlich mit 0,5 Prozent angesetzt.
- Ausgliederung der Ausbildungsfinanzierung, für die ab dem Jahr 2005 ein eigenes Ausbildungsbudget zu vereinbaren ist. Da auch hier nicht für alle Länder krankenhausespezifische Werte vorlagen, wurde anhand verfügbarer Daten ein Durchschnittswert in Höhe von 2,3 Prozent ermittelt, der ebenfalls für alle Länder herangezogen wurde.
- Den außerhalb des Erlösbudgets zu finanzierenden Betrag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den Jahren 2003 und 2004. Dieser wurde kumuliert mit bundeseinheitlich 0,35 Prozent angesetzt.

Die verwendeten Durchschnittswerte für die einzelnen Abzugstatbestände unterstreichen noch einmal den Hilfscharakter der vorläufigen Landes-Basisfallwerte.

Erhöhend wurden bei der Überleitung des Erlösvolumens 2004 auf 2005 berücksichtigt:

- Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, die für das Jahr 2005 bundeseinheitlich bei 0,38 Prozent liegt.
- In den neuen Bundesländern wurde zusätzlich die Angleichung des BAT-Vergütungsniveaus an das Niveau in den alten Bundesländern mit 0,54 Prozent berücksichtigt.

Keine Minderung des Erlösvolumens fand für die pflegesatzfähigen Investitionskosten von nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern statt (§ 17 Absatz 5 KHG), da diese Bestandteil des Erlösbudgets dieser Krankenhäuser sind. Sie gehören zu dem Erlösvolumen für die DRG-Leistungen im Lande und damit auch zu dem „voraussichtlichen Ausgabenvolumen“ 2005 oder den „für das Jahr 2004 vereinbarten, gewichteten Basisfallwerten der Krankenhäuser im Lande“, an denen sich die Vertragsparteien auf der Landesebene nach § 10 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG zu orientieren haben. Eine in manchen Ländern diskutierte Verminderung des Erlösvolumens um die pflegesatzfähigen Investitionskosten ist vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht.

## Überleitung des Leistungsvolumens 2004 nach 2005

Die Leistungsseite wurde ermittelt, indem die für das Jahr 2004 je Krankenhaus vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen (effektives Casemixvolumen) auf das Jahr 2005 übergeleitet wurde. Die Überleitung erfolgte unter Berücksichtigung des im Jahr 2004 effektiv eingetretenen Kodiereffekts und durch Korrektur um den landesbezogenen Katalogeffekt für den DRG-Katalog 2005. Der Kodiereffekt erhöht das Casemixvolumen, der Katalogeffekt vermindert es. Die Effekte wirken sich damit auch gegenläufig auf den Landes-Basisfallwert aus.

Der Kodiereffekt wurde anhand von Abrechnungsdaten des Jahres 2004 im Vergleich zu den für das Jahr 2004 getroffenen Vereinbarungen auf bundesweit knapp 4 Prozent quantifiziert. Da sich andererseits im Jahr 2004 eine Vielzahl von Krankenhäusern mit Mindererlösen konfrontiert sah, weil die vereinbarten Fallzahlen bzw. der Casemix in der Abrechnung nicht erreicht werden konnte, wurde der Kodiereffekt nur mit pauschal 2 Prozent für das Jahr 2004 angesetzt. Ein darüber hinausgehender voraussichtlicher Kodiereffekt für das Jahr 2005 wurde nicht berücksichtigt, da § 10 Absatz 3 Satz 3 KHEntgG mit seinen Vorgaben zur Berücksichtigung von Veränderungen der Kodierung nur auf bereits entstandene Ausgabenerhöhungen abstellt. Diese gesetzliche Vorgabe wird von Veränderungen der Kodierung, die voraussichtlich in Zukunft eintreten werden, nicht erfüllt.

Der Katalogeffekt beinhaltet die Veränderung der Bezugsgröße der Kalkulation. Die Bezugsgröße lag für den DRG-Katalog 2004 bei 2 830,92 € und liegt für den DRG-Katalog 2005 bei 2 974,89 €. Der Bezugsgrößeneffekt führt dazu, dass das durchschnittliche Fallgewicht (Casemixindex) für den DRG-Katalog 2005 bundeseinheitlich um etwa 5 Prozent gegenüber dem Vorjahreswert sinkt. Als Katalogeffekte wurden für die einzelnen Länder vom DRG-Institut die in Tabelle 3 ausgewiesenen Werte ermittelt. ▶

**Tabelle 3: Katalogeffekt für den DRG-Katalog 2005 nach Ländern**

Land	Veränderung des Casemixindex (in Prozent)
Baden-Württemberg	- 5,1288
Bayern	- 5,8493
Berlin	- 4,3182
Brandenburg	- 5,0741
Bremen	- 5,0325
Hamburg	- 4,7804
Hessen	- 5,5490
Mecklenburg-Vorpommern	- 5,2533
Nordrhein-Westfalen	- 4,9381
Rheinland-Pfalz	- 6,0041
Saarland	- 4,8028
Sachsen	- 4,6852
Sachsen-Anhalt	- 4,9867
Schleswig-Holstein	- 5,5595
Thüringen	- 4,9614

## Nicht berücksichtigte Tatbestände

Bei der Überleitung der Erlös- und Leistungsseite vom Jahr 2004 auf das Jahr 2005 wurden insbesondere die folgenden Tatbestände nicht berücksichtigt:

1. Veränderungen der Erlöse für Leistungen, für die im Jahr 2005 krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG zu vereinbaren sind, weil keine bundesweiten Fallpauschalen und Zusatzentgelte kalkuliert werden konnten,
2. Veränderungen der Erlöse von Einrichtungen, die im Jahr 2005 als besondere Einrichtungen auf der Grundlage der Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005<sup>3)</sup> anerkannt wurden,
3. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG,
4. Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG,
5. allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen (unter anderem durch die demographische Entwicklung) nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG,
6. Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate überschreiten (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG),
7. Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG),
8. Summe der Zuschläge für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung (§ 5 Absatz 2 KHEntgG) und der Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Absatz 3 KHEntgG),
9. Summe der Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen (§ 17 b Absatz 1 Satz 4 KHG),
10. Veränderungen in der stationären Leistungsstruktur, zum Beispiel eine Zunahme schwerer Fälle durch die Ab-

wanderung leichter Fälle in den Bereich der ambulanten Versorgung,

11. Verlagerung von Leistungen in andere Versorgungsbereiche, zum Beispiel vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich oder in den Bereich der Integrierten Versorgung,
12. Auswirkungen der Krankenhausplanung, zum Beispiel zusätzliche Kapazitäten,
13. landesspezifische Sondervereinbarungen, zum Beispiel mehrjährige Vereinbarungen wie sie aus Berlin oder Schleswig-Holstein bekannt sind,
14. noch durchzuführende BAT-Berichtigungen für Vorjahre, insbesondere das Jahr 2004,
15. mögliche Auswirkungen der veränderten Abrechnungsregeln für das Jahr 2005,
16. neue Investitionsmaßnahmen nach § 4 Absatz 8 KHEntgG.

Bei den 16 aufgelisteten Tatbeständen handelt es sich nicht um eine abschließende Liste der von der Landesebene bei der Vereinbarung oder Festsetzung der Landes-Basisfallwerte ggf. als berücksichtigungsbedürftig erachtete Werte. Auch durch die ausdrückliche Offenheit der Liste soll eine Präjudizierung der Landesebene vermieden werden. Niemand soll sich darauf berufen können, dass ein Wert, der von der gegnerischen Vertragsseite als berücksichtigungsbedürftig erachtet wird, in der Auflistung nicht enthalten ist und deshalb bei den Berechnungen auf der Landesebene grundsätzlich keine Rolle spielen darf.

## Ermittlung der Obergrenze

Durch Division der auf das Jahr 2005 übergeleiteten landesbezogenen DRG-Erlösvolumina (Tabelle 2, Spalte 5) durch das übergeleitete Casemixvolumen (Tabelle 2, Spalte 6) wurde der vorläufige Landes-Basisfallwert vor Berücksichtigung der Ein-Prozent-Budgetobergrenze nach § 4 Absatz 6 Satz 4 KHEntgG ermittelt (Tabelle 2, Spalte 7).

Mit dem 2. FPÄndG wurde vorgegeben, dass die Erlössumme, die aufgrund der Obergrenze voraussichtlich nicht budgetmindernd bei den Krankenhäusern im Land wirksam wird, bei der Ermittlung des Landes-Basisfallwerts abzuziehen ist (§ 10 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG). Dieser Betrag wird auch als Kappungsbetrag bezeichnet. Die Berechnung des Kappungsbetrags erfolgte in einem iterativen Verfahren. Dadurch kann der nach § 10 Absatz 2 KHEntgG strikt einzuhaltende Grundsatz der Beitragssatzstabilität sachgerecht umgesetzt werden. Da bei der Ermittlung des Kappungsbetrags neben der Ein-Prozent-Budgetobergrenze und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität zusätzlich die Auswirkungen der Konvergenzquote für das Jahr 2005 zu berücksichtigen sind, fällt die Summe der Schonbeträge, die als Ergebnis des iterativen Verfahrens entsteht, höher aus als das einfache Additionsergebnis der Schonbeträge.

Die durch das iterative Verfahren ermittelten Kappungsbeträge wurden zusätzlich pauschal um 20 Prozent vermindert. Der durchschnittliche Kappungsbetrag wurde da-

durch von 65 € auf 52 € vermindert. Hintergrund hierfür war, dass mit dem landesbezogenen Katalogeffekt die Auswirkungen der Umstellung des DRG-Katalogs 2004 auf 2005 nur pauschal berücksichtigt wurden. Die Katalogumstellung führt durch eine Veränderung des Casemixvolumens zu einer geringeren Spreizung der Basisfallwerte zwischen einzelnen Krankenhäusern. Eine Überführung der Leistungsseite unter Berücksichtigung der krankenhausesindividuellen Auswirkungen der Katalogumstellung hätte die Spreizung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte dementsprechend verringert und damit auch den Kapungsbetrag reduziert. Der Korrekturwert von 20 Prozent wurde auf der Grundlage einer Stichprobe von ca. 5 Mio. Abrechnungsdaten des Jahres 2004 ermittelt, indem hierfür die Ergebnisse der Umstellung des DRG-Katalogs 2004 auf 2005 analysiert wurden.

Ergebnis der dargestellten einzelnen Berechnungsschritte sind die in § 1 KFPV 2005 ausgewiesenen vorläufigen Landes-Basisfallwerte (vergleiche auch Tabelle 2, Spalte 8). Im Ergebnis kam die Obergrenze bei rund 250 Krankenhäusern zum Tragen. Das geschonte Geldvolumen beläuft sich für das Jahr 2005 auf rund 130 Mio. € bzw. 0,3 Prozent des bundesweiten Erlösvolumens für DRG-Leistungen.

## Ausblick

Je nach der letztlich auf der Landesebene gewählten Berechnungsmethodik, den einzelnen berücksichtigten Tatbeständen und deren Quantifizierung, werden die vorläufigen Landes-Basisfallwerte ggf. um einige Euro über oder unter den auf der Landesebene vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwerten liegen. Landesspezifisch bestehendem Anpassungsbedarf kann und muss unter Hinweis auf den Hilfsgrößencharakter der vorläufigen Landes-Basisfallwerte Rechnung getragen werden. Erfreulicherweise bestätigen dies auch nach der Vorlage des Referentenentwurfs getroffene Vereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen.

Wesentlich ist jedoch, dass durch die vorläufigen Landes-Basisfallwerte nun auch bei ausstehenden Vereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen die Vertragsparteien vor Ort in die Lage versetzt werden, die Budgetverhandlungen abzuschließen. Von dieser Möglichkeit sollte auch Gebrauch gemacht werden. Das wenig verwaltungsaufwändige Ausgleichsverfahren sollte kein Krankenhaus von einem solchen Schritt abhalten. Hinzuweisen ist vielmehr, dass eine zu späte Vereinbarung auch das Problem birgt, konvergenzbedingte Budgetvermindierungen über nur wenige Abrechnungsmonate abzuwickeln, sodass die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte starken Verzerrungen unterliegen. Auch besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser aufgrund des Katalogeffekts Liquiditätsengpässen ausgesetzt sind, die im Einzelfall nicht unbeachtliche Ausmaße annehmen können.

Nach Anhörungen von Verbänden, Ländern und Ressorts am 20. und 21. April 2005 wird die Verordnung voraussichtlich im Mai 2005 im Bundesgesetzblatt bekannt gemacht und danach in Kraft treten.

## Literatur / Anmerkungen

- 1) Vergleiche Editorial. das Krankenhaus 97 (2): 83
- 2) Vergleiche das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung 2005, [http://www.g-drg.de/service/download/veroeff\\_2005/budget2005\\_050131.pdf](http://www.g-drg.de/service/download/veroeff_2005/budget2005_050131.pdf).
- 3) Vergleiche Rau, F. (2005): Besondere Einrichtungen im ersten Konvergenzjahr. Referentenentwurf für eine „Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005“. das Krankenhaus 97 (4): 262-264
- 4) Der Referentenentwurf einer KFPV 2005 ist verfügbar über: <http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/entwuerfe/Referentenentwurf%20KFPV%202005.pdf>.

Anschrift des Verfassers:  
Ferdinand Rau,  
c/o Bundesministerium für Gesundheit  
und Soziale Sicherung, 53108 Bonn ■

WAGNER



Revolutionär bewährte Sterilcontainer:  
Deckel ohne Löcher – wirklich versiegelt!  
[www.wagner-steriset.de](http://www.wagner-steriset.de)

**steriset**  
Konsequent sicher.