

Inhalt

1	Ausgleich nach § 15 KHEntgG (Preis- oder Liquiditätsausgleich).....	2
1.1	Weitererhebung bisheriger Entgelte	2
1.2	Verrechnung des Ausgleichsbetrags infolge der Weitererhebung der bisherigen Entgelte	3
2	Erlösausgleich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG (Mengen- oder Belegungsausgleich).....	6
2.1	Grundsätzliches.....	6
2.1.1	Vorbemerkungen.....	6
2.1.2	Strittige Forderungen und Anwendung der „Netto-Methode“	7
2.1.3	Ausgleichssätze.....	8
2.1.4	Vereinbarung eines abweichenden Erlösausgleichs.....	8
2.1.5	Bestätigung durch den Jahresabschlussprüfer	9
2.1.6	Verrechnung der Ausgleichsbeträge	9
2.2	Mindererlösausgleich	10
2.3	Mehrerlösausgleich	11
2.4	Beispielrechnung	12
3	Sonstige Ausgleichs.....	15
3.1	Ausgleichsansprüche aus Zu- oder Abschlägen des Vereinbarungszeitraums 2011	15
3.2	Ausgleichs bei retrospektiver Budgetvereinbarung	15

1 Ausgleich nach § 15 KHEntgG (Preis- oder Liquiditätsausgleich)

1.1 Weitererhebung bisheriger Entgelte

Grundsätzlich werden die für das Kalenderjahr vereinbarten Fallpauschalen, Zusatzentgelte und krankenhauses individuell zu vereinbarenden Entgelte vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums erhoben (vgl. § 15 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 KHEntgG). Im Falle eines unterjährigen Abschlusses - in der Praxis der Regelfall - gelten für die einzelnen Entgelte gesonderte Regelungen, auf die nachfolgend eingegangen wird.

1. DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 DRG-EKV 2012 (vgl. § 15 Abs. 1 KHEntgG)

Die für das Jahr 2012 vereinbarten DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 DRG-EKV 2012 werden für alle Patienten abgerechnet, die ab dem 1. Januar 2012 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Maßgeblich für die Abrechnung ist immer der für das jeweilige Kalenderjahr geltende DRG-Katalog (vgl. § 10 Abs. 1 FPV 2012). Die Fallpauschalen werden grundsätzlich mit dem Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr bewertet.

2. Zusatzentgelte nach Anlage 2 bzw. 5 DRG-EKV 2012 (vgl. § 15 Abs. 1 KHEntgG)

Die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte nach Anlage 2 DRG-EKV 2012 können bereits ab dem 1. Januar 2012 mit der im Katalog vorgegebenen Entgelthöhe abgerechnet werden (vgl. § 5 Abs. 1 FPV 2012). Damit entfällt für diese Zusatzentgelte grundsätzlich auch ein Mehr- oder Mindererlösausgleich infolge der Weitererhebung bisheriger Entgelte.

3. Krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte (vgl. § 15 Abs. 2 KHEntgG)

Wird die Budgetvereinbarung für das Jahr 2012 erst im Laufe des Jahres 2012 genehmigt, sind die krankenhauses individuell zu vereinbarenden Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu diesem Zeitpunkt sind grundsätzlich die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben.

Die Ergänzung um den Zusatz „der Höhe nach“ erfolgte mit dem KHRG mit Blick auf die sich herausgebildeten Vorgaben nach den Abrechnungsbestimmungen. Danach werden sowohl die nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergüteten voll- und teilstationären Leistungen nach den Anlagen 3a und 3b DRG-EKV 2012 als auch die krankenhauses individuellen Zusatzentgelte nach den Anlagen 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 für alle ab dem 1. Januar 2012 aufgenommenen Patienten abgerechnet. Es werden also nicht die Entgelte aus den Katalogen 2011 weiter abgerechnet. Vielmehr werden wie bei den bewerteten Fallpauschalen und Zusatzentgelten bereits die neuen Entgelte abgerechnet, jedoch können diese bis zum Wirksamwerden der neuen Budgetvereinbarung noch nicht mit dem dort vereinbarten Preis bewertet werden.

Soweit dies möglich ist, sind daher die bisher vereinbarten Preise des Jahres 2011 maßgeblich für die Entgeltabrechnung. Dazu wurden die Entgelte in den Katalogen mit entsprechenden Fußnoten gekennzeichnet. In den Anlagen 3a und 3b DRG-EKV 2012 erfolgt dies über die Fußnote 1 und in den Anlagen 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 über die Fußnote 4.

Für die in den Anlagen 3a und 3b DRG-EKV 2012 mit der Fußnote 1 versehenen Entgelte sind bis zum Wirksamwerden der neuen Budgetvereinbarung die bisher krankenhauses individuell vereinbarten Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben. Hierzu gehören alle aufgeführten Entgelte mit Ausnahme der DRG L90B in Anlage 3b, die im Vorjahr noch bewertet werden konnte und sich daher in Teil 1c der FPV 2011 wiederfand. Dementsprechend ist hier gemäß Fußnote 2 das bisher geltende Entgelt zunächst weiter zu erheben.

Nur wenn im Jahr 2011 kein krankenhauses individuelles Entgelt für die entsprechende Leistung vereinbart wurde und deshalb keine Weitererhebung erfolgen kann, sind gemäß § 7 Abs. 4 FPV

2012 für jeden Belegungstag 600 Euro (vollstationäre Behandlung) bzw. 300 Euro (teilstationäre Behandlung) abzurechnen.

In der Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 sind nahezu alle Zusatzentgelte mit der Fußnote 4 gekennzeichnet. Für diese Entgelte sind bis zur Neuvereinbarung zunächst die bisher geltenden Beträge weiter zu erheben. Können für diese Leistungen noch keine Entgelte abgerechnet werden, weil diese bisher nicht vereinbart waren, sind für jedes Zusatzentgelt 600 € abzurechnen (§ 5 Abs. 2 FPV 2012).

Besonderheiten ergeben sich bei den Zusatzentgelten ZE2012-89 *Gabe von Paclitaxel, parenteral* und ZE2012-90 *Gabe von Dasatinib, oral*. Da diese Zusatzentgelte im Vorjahr noch bewertet waren (ZE63 bzw. ZE80), ist für diese das bisherige bewertete Zusatzentgelt aus dem Jahr 2011 der Höhe nach weiter zu erheben.

Im Jahr 2011 vereinbarte Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) können grundsätzlich auch im Jahr 2012 zunächst weiter abgerechnet werden, solange keine neue Entgeltvereinbarung getroffen worden ist. Allerdings setzt die Weitergeltung der Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG nach Auffassung des BMG voraus, dass für das Jahr 2012 ein entsprechendes Entgelt vereinbart werden darf. Ausgeschlossen ist danach eine Weitergeltung der bisherigen NUB-Entgelte des Jahres 2011, sofern die Leistung im Jahr 2012 in das DRG-System integriert und über Fallpauschalen oder Zusatzentgelte abgerechnet wird oder die Leistung nach Entscheidung der Selbstverwaltungspartner bzw. des INEK für das Jahr 2012 nicht mehr als NUB-Leistung zugelassen ist (Status 2).

Von den im Jahr 2011 mit Status 1 versehenen neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind im Jahr 2012 einige im Bereich der bundeseinheitlich bewerteten und krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgebildet. Für die bundeseinheitlich bewerteten Zusatzentgelte sind ab dem 1. Januar 2012 die im Katalog ausgewiesenen Entgelte abzurechnen. Für die krankenhausindividuellen Zusatzentgelte ist hinsichtlich der Abrechnung die Fußnote 4 zu Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 zu beachten.

Zu den weiter zu erhebenden Entgelten im Sinne des § 15 Abs. 2 KHEntgG gehören alle krankenhausindividuell zu verhandelnden Entgelte. Das Gesetz nimmt keine Einschränkung auf die krankenhausindividuellen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vor.

Für die Mehr- und Mindererlöse in Folge der Weitererhebung der bisherigen Entgelte erfolgt auch bei den krankenhausindividuellen Entgelten grundsätzlich ein Ausgleich im restlichen Vereinbarungszeitraum über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG. Darauf wird nachfolgend näher eingegangen.

1.2 Verrechnung des Ausgleichsbetrags infolge der Weitererhebung der bisherigen Entgelte

Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung des Landesbasisfallwerts und bisheriger Entgelte werden gemäß § 15 Abs. 3 KHEntgG grundsätzlich im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen. Im Unterschied zu der bis zum Jahr 2008 geltenden Systematik hat dieser Ausgleich keinen Einfluss mehr auf die Höhe der einzelnen Entgelte im DRG-Vergütungssystem, die fortan grundsätzlich in der vereinbarten Höhe in Rechnung gestellt werden. Die Ausgleichsbeträge schlagen sich nicht mehr in Form eines veränderten Basisfallwertes („Zahlbasisfallwert“) oder veränderten Zahlbeträgen für die krankenhausindividuellen Entgelte nieder. Stattdessen wird der Ausgleichsbetrag über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG verrechnet (vgl. § 15 Abs. 3 KHEntgG). Aufgrund eines ab dem 01. Januar 2012 für Niedersachsen genehmigten Landesbasisfallwerts (2.931,07 Euro) reduziert sich die Relevanz dieser Regelung in diesem Jahr wiederum auf die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte. Zur Berechnung des Ausgleichsbetrags für die krankenhausindividuellen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und 2 KHEntgG hat die NKG entsprechende Schemata im AEB-Programm 2012 eingestellt.

Problematik bei erstmalig vereinbarten NUB-Entgelten

Zum Zahlbetragsausgleich für erstmalig vereinbarte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG gibt es bundesweit zwei gegenteilige Schiedsstellenentscheidungen. Während die Schiedsstelle Sachsen einen Zahlbetragsausgleich bestreitet, wird dieser durch die Schiedsstelle Hamburg ausdrücklich bestätigt. Problematisch am Wortlaut des § 15 Abs. 3 KHEntgG ist insbesondere, dass auf Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger Entgelte abgestellt wird. Bei erstmaliger Vereinbarung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden konnten diese zuvor noch nicht abgerechnet werden.

Im Einklang mit der Auffassung der NKG führt die Schiedsstelle Hamburg hierzu aus:

„Ob die Ausgleichsfähigkeit auch auf NUB-Entgelte zu erstrecken ist, die im Vereinbarungszeitraum erstmals vereinbart werden, lässt sich aus § 15 Abs. 3 KHEntgG nicht ersehen; allerdings steht die Vorschrift dem auch nicht entgegen. Diese Regelungslücke hatte die Schiedsstelle zu schließen, damit die Vertragsparteien ihre Verhandlungen daran ausrichten. Sie hat sich entschieden, auch für die erstmals in dem Vereinbarungszeitraum beantragten Entgelte eine Ausgleichsmöglichkeit vorzusehen.“

Die maßgeblichen Gründe dafür sind:

„Durch die Ausgleichsregelung soll die Klinik so gestellt werden, als hätte es eine prospektive und frühzeitige Vereinbarung oder Festsetzung gegeben (Dietz-Bofinger, § 15 KHEntgG, Anm. II.1.). Die Klinik soll keinen Nachteil aus einer verspäteten Vereinbarung oder Festsetzung erfahren, wenn die Abrechnungen der vereinbarten oder festgesetzten Entgelte gerechtfertigt sind, weil sie mit entsprechenden Leistungen des Krankenhauses begründet werden können. Quantitativ geht es um die nachträgliche Vergütung bei wenigen neuen Methoden in einem eng begrenzten Zeitraum bis zur Vereinbarung oder Festsetzung. Dieser Zeitraum soll nach dem Willen des Gesetzgebers durch frühzeitige Vereinbarungen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG möglichst kurz gehalten werden. Soweit dies nicht gelingt, soll die Klinik die Möglichkeit erhalten, auf neuen Methoden basierende Leistungen jedenfalls soweit in den Erlösausgleich einzubeziehen, wie die Vertragsparteien dazu später Vereinbarungen treffen oder die Schiedsstelle entsprechende Entgelte festsetzt. Hier gilt für die Weitergeltung bisher vereinbarter NUB-Entgelte nichts anderes als für im Vereinbarungszeitraum neu vereinbarte Entgelte. Insofern rechtfertigt sich die Erstreckung der Regelung des § 15 Abs. 3 S. 1 auch auf diese neu vereinbarten Entgelte.“

Hinzu kommen folgende Erwägungen:

„Zum einen besteht die Gefahr einer möglichen Finanzierungslücke in besonders schwierigen Behandlungsfällen. Die Beteiligten berichten, dass die nötigen Informationen des InEK nach § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG trotz der Anmeldefrist zum 31. Oktober des Vorjahres nicht rechtzeitig zum 1. Januar vorliegen. Wenn aber vor einer Veröffentlichung der InEK-Statuseinteilung (siehe NUB-Vereinbarung) von den Vertragsparteien die Voraussetzungen nach § 6 Abs. 2 Satz 1 („mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 noch nicht sachgerecht vergütet werden können...“) gar nicht flächendeckend geklärt werden kann, besteht die Gefahr, dass Kliniken wegen der Unsicherheiten bei der Vergütung die Anwendung neuer vereinbarungsfähiger Methoden aus finanziellen Erwägungen zurückhalten oder aufschieben. Dies wäre mit § 2 SGB V, wonach die Sozialleistungsträger den Versicherten auch den medizinischen Fortschritt zugänglich zu machen haben, nicht vereinbar.

Sodann besteht nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts („Nikolausbeschluss“ vom 06.12.05, 1 BvR 347/98) eine Verpflichtung der Sozialleistungsträger, den Versicherten in außergewöhnlichen Fällen und lebensbedrohlichen Situationen auch außergewöhnliche Therapien bereitzustellen. Die Erörterung in der mündlichen Verhandlung der Schiedsstelle zeigte allerdings, dass es offenbar zwischen den Kassen erhebliche Unterschiede gibt, wie mit entsprechenden Einzelanfragen von Kliniken leistungsrechtlich umgegangen wird. Ein koordiniertes Verfahren mit kurzen Reaktionszeiten gibt es offenbar noch nicht. Umso mehr liegt es nahe, die Kliniken durch Finanzierungsregeln darin zu stützen, in Grenzfällen dem Auftrag des Bundesverfassungsgerichts zu entsprechen.

Schließlich könnten fehlende Ausgleichsregeln auch negative Auswirkungen auf das Vereinbarungsgeschehen entfalten, weil eine Seite möglicherweise ökonomische Anreize entdeckt, die Verhandlungen hinauszuzögern, um die Vereinbarung möglichst spät im Jahr abzuschließen. Eine fehlende Ausgleichsmöglichkeit könnte somit dem Ziel des Gesetzgebers im KHRG zuwiderlaufen, bei den NUB-Entgelten nunmehr Vorkehrungen gerade für eine frühzeitige Vereinbarung zu schaffen. Danach erscheint die Anwendung des § 15 Abs. 3 KHEntgG auf alle NUB-Vereinbarungen am ehesten geeignet, dem Ziel des Gesetzgebers im KHRG zu entsprechen, eine separate und frühzeitige Vereinbarung über NUB-Entgelte zu befördern.¹

Eine gesetzliche Klarstellung hierzu ist nicht in Sicht, da nach Auffassung des BMG keine Notwendigkeit dafür gesehen wird. Nach Ansicht des BMG können die Vertragsparteien vor Ort gemäß § 6 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG eine NUB-Vereinbarung bereits ab dem 1. Januar eines Jahres auch ohne Bewertung des InEK schließen, sofern die NUB-Anfrage fristgerecht gestellt worden ist. Allerdings gilt dies nicht, wenn die Budgetvereinbarung vor dem 1. Januar - also prospektiv - geschlossen wird. Im Ergebnis kann für alle fristgerecht beantragten NUB-Leistungen eine Vereinbarung mit Wirkung zum 1. Januar 2012 abgeschlossen werden, soweit weder die Budgetvereinbarung 2012 noch das Prüfergebnis durch das InEK vorliegen. Im Konfliktfall kann die Schiedsstelle angerufen werden.

Da zum Zeitpunkt der Vereinbarung das Prüfergebnis durch das InEK noch nicht bekannt ist, können auch Entgelte für Leistungen vereinbart werden, die sich später beispielsweise mit dem Status 2 (angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung nicht erfüllen) in der Statusliste wiederfinden. Es ist damit zu rechnen, dass die Kostenträger diese Leistungen nach Bekanntgabe der Statusliste nicht vergüten werden.

Ermittlung der zu verrechnenden Mehr- oder Mindererlöse

Zum Zeitpunkt der Vereinbarung kann der zu verrechnende Betrag aufgrund der Weitererhebung bisheriger Entgelte oftmals nur geschätzt werden, da bis zur Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde und anschließendem Wirksamwerden der neuen Budgetvereinbarung immer eine bestimmte Zeitspanne liegt, in der noch die Entgelte der letzten Vereinbarung abgerechnet werden müssen. Dies gilt zumindest immer dann, wenn sich die Höhe der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte mit der Neuvereinbarung ändert. Im Bereich der DRG-Fallpauschalen kann der ggf. zu verrechnende Betrag endgültig bestimmt werden, wenn zum Zeitpunkt der Budgetvereinbarung die Differenz bereits ermittelbar ist. Ansonsten kann eine endgültige Bestimmung des maßgeblichen Verrechnungsbetrags erst rückwirkend erfolgen.

In diesen Fällen kann die Differenz zwischen dem bereits verrechneten Betrag und dem sich endgültig ergebenden Verrechnungsbetrag nicht mehr im restlichen Vereinbarungszeitraum, sondern erst im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen werden (für 2012 folglich im Vereinbarungszeitraum 2013). Auch dieser Ausgleich erfolgt über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG.

Im Rahmen des Erlösausgleichs nach § 4 Abs. 3 KHEntgG sind dann bei nicht prospektiver Verhandlung den vereinbarten Erlösen die sogenannten fiktiven Ist-Erlöse (Soll-Erlöse) gegenüberzustellen. Die fiktiven Ist-Erlöse werden auf Basis der Prämisse, dass die Entgelte ganzjährig erhoben worden wären, ermittelt. Für die Ermittlung der fiktiven Ist-Erlöse sind somit die bei der Vereinbarung zu Grunde gelegten Entgelte maßgeblich. Dies gilt sowohl für den Bereich der bewerteten DRG-Fallpauschalen (hier ist der für den Vereinbarungszeitraum ganzjährig geltende Landesbasisfallwert gemäß Abschnitt B2, lfd. Nr. 2 maßgeblich) als auch für die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG. Der Begriff der fiktiven Ist-Erlöse ist im Gesetz selbst nicht zu finden. Daher haben sich in den Ländern unterschiedliche Bezeichnungen, wie z. B. auch „Soll-Erlöse“ hierfür herausgebildet.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wurden orthographische Fehler in der Schiedsstellenentscheidung innerhalb des Zitats direkt korrigiert.

2 Erlösausgleich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG (Mengen- oder Belegungsausgleich)

2.1 Grundsätzliches

2.1.1 Vorbemerkungen

Seit dem Jahr 2009 sind die Vorgaben zum Mehr- und Mindererlösausgleich infolge von Belegungsabweichungen in § 4 Abs. 3 KHEntgG zu finden.

Nach der Vorschrift findet ein sogenannter Gesamtsummenvergleich² über Erlösbudget und Erlössumme für krankenhausindividuelle Entgelte statt. Im Rahmen des Gesamtsummenvergleichs erfolgt keine gesonderte Ermittlung der Erlösausgleiche für einzelne Entgeltarten, sondern positive und negative Abweichungen werden saldiert. Hierzu wird nach § 4 Abs. 3 S. 1 KHEntgG ein Gesamtbetrag bestehend aus dem vereinbarten Erlösbudget nach § 4 Abs. 1 KHEntgG und der nach § 6 Abs. 3 KHEntgG vereinbarten Erlössumme ermittelt. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG (bewertete DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte) und nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG (krankenhausindividuelle Entgelte und Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen) von diesem Gesamtbetrag ab, so werden die entsprechenden Mehr- oder Mindererlöse ausgeglichen. Sind insgesamt Mindererlöse entstanden, gilt allein der Mindererlösausgleich nach Satz 3. Liegen Mehrerlöse vor, sind die Vorgaben der Sätze 4 bis 5 zu beachten. Eine Mischung von Mehr- und Mindererlösausgleichen für einzelne Erlöse findet danach nicht statt.

Infolge der differenzierten Ausgleichsregelungen stellt sich die Frage, wie vorzugehen ist, wenn die Summe der in einzelnen Bereichen erzielten Mehrerlöse größer ist als der nach dem Gesamtsummenvergleich entstandene saldierte Gesamt-Mehrerlös, der anteilig auszugleichen ist. Diese Situation tritt dann ein, wenn in mindestens einem Bereich Mindererlöse entstanden sind, denen insgesamt höhere Mehrerlöse gegenüberstehen. Aus dem Gesetz ergibt sich keine eindeutige Antwort. Daher ist es denkbar, dass abhängig von der jeweiligen Interessenlage unterschiedliche Auffassungen vertreten werden. Das BMG hat sich diesbezüglich eindeutig positioniert, worauf im Rahmen der folgenden Beispielrechnungen (siehe diesen Anhang Kapitel 2.4) noch eingegangen wird.

Mit Inkrafttreten des GKV-FinG wurde die Berücksichtigung des Abschlags wegen nicht Teilnahme an der Notfallversorgung im Erlösbudget nach § 4 Abs. 1 KHEntgG (B2, lfd. Nr. 5) gestrichen. Mit dieser Streichung ist klargestellt, dass dieser ab 2011 nicht in den Erlösausgleich einzubeziehen ist.

Krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, für welche bis 2008 die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach § 12 Abs. 2 bzw. § 11 Abs. 8 a. F. BPfIV galten, werden seit dem Jahr 2009 in den Erlösausgleich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG mit einbezogen. Von den Mehr- oder Mindererlösausgleichen sind die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden weiterhin nicht betroffen, da diese weder Bestandteil des Erlösbudgets noch der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG sind. Nicht ausgeglichen werden wie bisher die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern, für die auch im Jahr 2011 krankenhausindividuelle Zusatzentgelte (ZE2011-27) vereinbart werden konnten (vgl. § 4 Abs. 3 S. 6 KHEntgG).

Die Vorgaben des § 4 Abs. 3 KHEntgG gehen von einer prospektiven Budgetvereinbarung aus. In diesem Fall stimmen die vereinbarten und die abgerechneten Entgelte der Höhe nach überein. Eine nicht prospektive Verhandlung ist inzwischen jedoch zum Regelfall geworden. In diesen Fällen ist bei der Ermittlung des Erlösausgleichs auf die sogenannten fiktiven Ist-Erlöse abzustellen (siehe diesen Anhang, Kapitel 1.2), damit die vereinbarten und abgerechneten Entgelte der Höhe nach übereinstimmen. Würden die tatsächlich erzielten Ist-Erlöse zu Grunde gelegt, käme es in Verbindung mit dem nach § 15 Abs. 3 KHEntgG durchzuführenden Liquiditätsausgleich zu nicht sachgerechten Berechnungsergebnissen.

² Der Begriff „Gesamtsummenvergleich“ ist eine Wortschöpfung aus dem BMG, siehe dazu auch Tuschen/Braun: Erlösausgleiche nach dem KHEntgG – aus der Sicht des Gesetzgebers, in: das Krankenhaus 10/2003, S. 774ff. sowie Tuschen/Trefz: Kommentar zum Krankenhausentgeltgesetz, 2. Auflage 2010, S. 237ff.

2.1.2 Strittige Forderungen und Anwendung der „Netto-Methode“

Vor dem Hintergrund der Zunahme von Abrechnungsstreitigkeiten ist zu beachten, dass die Ausgleichsberechnung nur vorläufig sein kann, soweit nicht eine vollständige Klärung der strittigen Forderungen mit den Kostenträgern erfolgt beziehungsweise die Verjährung eingetreten ist. Erst dann kann ein endgültiger Erlösausgleich in der Vereinbarung berücksichtigt werden. Es empfiehlt sich grundsätzlich, die Erlösausgleiche solange als vorläufig zu vereinbaren, bis die Verjährungsfrist der Einzelforderungen (4 Jahre bei GKV-Patienten; 3 Jahre bei sogenannten Selbstzahlern) abgelaufen ist beziehungsweise solange noch keine Klarheit über eventuell bei Sozialgerichten anhängige Abrechnungsstreitigkeiten besteht.

Für den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung hat das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 18. März 2009³ entschieden, dass Rechnungsbeträge, die das Krankenhaus (noch) nicht vereinnahmt hat, weil die jeweilige Krankenkasse ihre Zahlungspflicht bestreitet, keine ausgleichspflichtigen Erlöse im Sinne des § 12 Abs. 2 S. 1 BPfIV sind. Sie erhöhen weder den Mehrererlösausgleich, den das Krankenhaus schuldet, noch vermindern sie einen Minderererlösausgleich, den das Krankenhaus beanspruchen kann (vgl. Rz. 16). Nach Auffassung des Gerichts würde der Zweck des Mehrererlösausgleichs verfehlt, wenn dem Krankenhaus die Abführung von Einnahmen auferlegt würde, die es gar nicht erzielt hat (vgl. Rz. 19). Auch beim Minderererlösausgleich widerspräche es dem Zweck der Vorschrift, wenn offene Rechnungen bereits als tatsächlich erzielte Erlöse anzusehen seien. Wenn auch hier unterstellt werde, dass das Krankenhaus den Rechnungsbetrag auch später nicht realisieren kann, weil die jeweilige Krankenkasse ihre Zahlungspflicht mit Erfolg bestreitet, so bekäme es im Umfang der berechneten Leistung keinerlei Vergütung, also auch keine Teilvergütung im Wege des Ausgleichs. Das Krankenhaus würde dadurch schlechter gestellt, als wenn es seine Leistung überhaupt nicht erbracht hätte; denn dann behielte es den Anspruch auf den Ausgleich (vgl. Rz. 20). Das Bundesverwaltungsgericht hat somit die Anwendung der sog. „Nettomethode“ für rechtens erklärt. Es ist daher im Rahmen der Ausgleichsberechnungen ein Vergleich des vereinbarten Budgets mit den bezahlten Forderungen vorzunehmen.

Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb diese Entscheidung nicht auf den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes übertragbar wäre. Wenn das Bundesverwaltungsgericht im Anwendungsbereich der BPfIV vom Krankenhaus nicht vereinnahmte Forderungen, die nicht auf einer abweichenden Belegung beruhen, dennoch dem Minderererlösausgleich zuführt, dann muss diese Verfahrensweise erst recht im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes gelten. Immerhin enthält § 4 Abs. 3 S. 2 KHEntgG gerade keine Beschränkung auf Minderererlöse, die auf einer abweichenden Belegung beruhen.

³Az.: 3 C 14.08

2.1.3 Ausgleichssätze

Die nachfolgende Tabelle stellt die geltenden Ausgleichssätze über die verschiedenen Entgeltarten dar.

	Entgeltart ¹	Gesetzliche Grundlage	Ausgleichssätze ab 2009	
			Mindererlöse	Mehrerlöse
Grundsatz	Fallpauschalen, bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelte und krankenhausindividuelle Entgelte	§ 4 Abs. 3 S. 1 bis 4 KHEntgG	20%	65%
Besondere Regelungen	Fallpauschalen (bewertet oder kh.-individuell) für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten	§ 4 Abs. 3 S. 4 KHEntgG	20%	25%
	Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte (bewertet oder kh.-individuell)	§ 4 Abs. 3 S. 3 und 4 KHEntgG	kein Ausgleich	25%
	Fallpauschalen (bewertet oder kh.-individuell) mit hohem Sachkostenanteil oder mit einer schwer planbaren Leistungsmenge	§ 4 Abs. 3 S. 5 KHEntgG	individuell ²	individuell ²

¹ Aufgeführt sind nur Entgeltarten, die Bestandteil des Erlösbudgets oder der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG sind.

² Es soll im Voraus ein abweichender Ausgleich vereinbart werden. Die Vorgabe „sollen“ ist eine grundsätzlich verbindliche Vorgabe, von der nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden kann.“

Die Zu- und Abschläge außerhalb der Fallpauschalen (Zuschlag für das Pflegeförderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG, Sicherstellungszuschlag, QS-Zuschlag, DRG-Systemzuschlag, Zuschlag für Begleitpersonen, ...), die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nach § 6 Abs. 2 KHEntgG sowie die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern sind weiterhin von den Mehr- oder Mindererlösausgleichen ausgenommen.

2.1.4 Vereinbarung eines abweichenden Erlösausgleichs

Die Regelungen zur Vereinbarung eines abweichenden Erlösausgleichs wurden mit dem KHRG nicht geändert. Bei Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge soll weiterhin im Voraus ein abweichender Ausgleich gemäß § 4 Abs. 3 S. 5 KHEntgG vereinbart werden. Transplantationen und Langzeitbeatmungen sind nur beispielhaft vom Gesetzgeber erwähnt. Dies gilt gleichermaßen für den Mehr- wie für den Mindererlösausgleich. Es handelt sich hierbei ausdrücklich um eine „Soll-Regelung“ und nicht um eine „Kann-Regelung“. Hinsichtlich der Verbindlichkeit von „Soll-Regelungen“ hatte der Gesetzgeber in Verbindung mit dem im Jahr 2009 geltenden Abschlag für Mehrleistungen klargestellt:

„Die Vorgabe „sollen“ ist eine grundsätzlich verbindliche Vorgabe, von der nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden kann.“

Die Vereinbarung abweichender Ausgleichssätze kann derzeit nur krankenhausindividuell im Rahmen der Vereinbarung nach § 11 KHEntgG erfolgen. Hilfreich bei der Vereinbarung abweichender Ausgleichssätze könnte es sein, nicht nur auf eigene Kalkulationsdaten, sondern zusätzlich auf Daten aus der Kalkulation für den Fallpauschalenkatalog zurückzugreifen, um die Forderung des Krankenhauses zu untermauern. Unterstützung bietet dabei der jährlich erscheinende Report-Browser des InEK. Die NKG hat daher auf dieser Basis - wie in den vergangenen Jahren - eine Liste aller DRG-Fallpauschalen erstellt, aus welcher der jeweilige relative Sachkostenanteil abgelesen werden kann. Die Liste kann zusammen mit dem Erlösausgleichsprogramm 2011 von der Internetseite der NKG⁴ heruntergeladen werden.

⁴ www.nkgev.de

2.1.5 Bestätigung durch den Jahresabschlussprüfer

Gemäß § 4 Abs. 3 S. 7 KHEntgG hat der Krankenhausträger zur Ermittlung der Mehr- und Mindererlöse eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG (gemeint ist nach der Neufassung durch das KHRG § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG) vorzulegen. Damit sind in der Aufstellung für den Erlösausgleich lediglich die Erlöse aus Fallpauschalen und aus den bundeseinheitlich bewerteten Zusatzentgelten auszuweisen. Die Einbeziehung der Erlöse aus krankenhausesindividuellen Entgelten nach § 6 Abs. 1 und 2a KHEntgG ist nach wie vor nicht vorgesehen. Da die Erlöse aus diesen Entgelten nicht berücksichtigt werden, kann das eigentliche Ziel der Vorschrift, die Ermittlung der Mehr- und Mindererlöse, weiterhin nicht erreicht werden. Eine Anpassung an die seit dem Jahr 2009 geltenden Erlösausgleichsregelungen hat der Gesetzgeber an dieser Stelle versäumt.

Vom Jahresabschlussprüfer ist in jedem Fall nur die Aufstellung über die Erlöse zu bestätigen, keinesfalls jedoch die vom Krankenhaus durchgeführte Erlösausgleichsermittlung. Auch ist es sinnvoll, die Bestätigung erst vorzulegen, wenn die realisierten Erlöse endgültig feststehen, also frühestens nach Ablauf der Verjährungsfrist beziehungsweise wenn die Erlösausgleiche endgültig gestellt wurden.

2.1.6 Verrechnung der Ausgleichsbeträge

Ausgleichsbeträge aufgrund von Mehr- oder Mindererlösen werden seit dem Vereinbarungszeitraum 2009 über den mit dem KHRG neu eingeführten Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG ausgeglichen.

Mit dem KHRG erfolgte darüber hinaus eine Ergänzung, wonach Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen sind, wenn bei der Budgetverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht feststeht (§ 4 Abs. 3 S. 9 KHEntgG).

2.2 Mindererlösausgleich

Der Mindererlösausgleich gemäß § 4 Abs. 3 S. 3 KHEntgG kommt dann zur Anwendung, wenn die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden fiktiven Ist-Erlöse des Krankenhauses aus dem Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG insgesamt unterhalb der vereinbarten Erlöse des Krankenhauses aus den darin enthaltenen Entgelten (DRG-Fallpauschalen, bewertete Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHEntgG) liegt (Gesamtsummenvergleich). Entstehen in der Gesamtbetrachtung aller enthaltenen Erlöse dagegen Mehrerlöse, sind allein die Vorgaben zu den Mehrerlösausgleichen zu beachten.

Mindererlöse im Anwendungsbereich des KHEntgG werden seit dem Jahr 2007 grundsätzlich lediglich zu 20 % ausgeglichen. Abweichend davon werden Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte nicht ausgeglichen.

Interpretationsspielräume bei der Ermittlung des Mindererlösausgleichs ergeben sich aufgrund der differenzierten Ausgleichssätze immer dann, wenn bezogen auf den Gesamtbetrag aus Erlösbudget und Erlössumme Gesamt-Mindererlöse entstanden sind, bei einzelnen Entgeltbereichen jedoch Mehrerlöse erzielt wurden. In diesen Fällen ist der Gesamt-Mindererlös infolge der darin verrechneten Mehrerlöse immer niedriger als die insgesamt aufgetretenen Mindererlöse bei den einzelnen Entgeltbereichen. Der Ausgleich ist dann nach einer bestimmten Reihenfolge durchzuführen. Ausgehend von der Annahme, dass sich die Reihenfolge der Ausgleichssätze aus der Satzstellung des § 4 Abs. 3 KHEntgG entnehmen lässt⁵, ist der Mindererlösausgleich beginnend mit dem höchsten Prozentsatz durchzuführen. Eine Mischung von Mehr- und Mindererlösausgleichen für einzelne Entgeltarten kommt nach dem Gesamtsummenvergleich nicht in Betracht (siehe dazu Beispielrechnungen unter 2.4 in diesem Anhang).

⁵ Vgl. Tuschen/Braun/Rau: Erlösausgleiche im Krankenhausbereich, a. a. O.

2.3 Mehrerlösausgleich

Der Gesamtsummenvergleich wird auch beim Mehrerlösausgleich unter Einbeziehung der krankenhausesindividuellen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vorgenommen. Der Mehrerlösausgleich ist vom Krankenhaus somit grundsätzlich dann durchzuführen, wenn die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden fiktiven Ist-Erlöse (Soll-Erlöse) des Krankenhauses aus dem Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG insgesamt oberhalb der vereinbarten Erlöse des Krankenhauses aus den darin enthaltenen Entgelten (DRG-Fallpauschalen, bewertete Zusatzentgelte, krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHEntgG) liegt. Die Ermittlung des Mehrerlösausgleichs wird durch die Vorgaben des § 4 Abs. 3 Sätze 4 bis 6 KHEntgG näher bestimmt.

Eine Differenzierung der Mehrerlöse nach Mehrerlösen infolge veränderter Kodierung von Diagnosen und Prozeduren und sonstigen Mehrerlösen wird seit dem Jahr 2009 nicht mehr vorgenommen. Mit dem KHRG wurde diese äußerst konfliktbeladene Regelung aufgehoben, da keine nennenswerten Kodiereffekte mehr zu erwarten sind.

Mehrerlöse sind somit nach § 4 Abs. 3 S. 4 KHEntgG unabhängig von der Entgeltform grundsätzlich zu 65 % auszugleichen. Allerdings gelten die bereits seit dem Jahr 2005 bestehenden besonderen Ausgleichsregelungen unverändert fort. Danach werden Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte (vor allem DRGs aus der MDC 21A) oder schwer brandverletzte Patienten (vor allem DRGs aus der MDC 22) nur zu 25 % ausgeglichen. Mit dem Wort „insbesondere“ wird deutlich, dass die im Gesetz genannten Leistungsbereiche nur beispielhaft zu verstehen sind. Ausgleichsregelungen für Fallpauschalen mit sehr hohem Sachkostenanteil oder schwer planbarer Leistungsmenge sind nach § 4 Abs. 3 S. 5 KHEntgG (siehe 2.1.4) weiterhin individuell zu vereinbaren.

Nach dem Wortlaut des Gesetzes gelten die besonderen Ausgleichsregelungen nur für Fallpauschalen. Krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG können jedoch sowohl fall- als auch tagesbezogen vereinbart werden. Um sicher gehen zu können, dass Mehrerlöse bei DRGs, für die die abweichenden Ausgleichsregelungen in Frage kommen, auch danach ausgeglichen werden, sollten diese Leistungen als Fallpauschalen vereinbart werden. Dies gilt beispielsweise für die DRGs Y01Z *Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen* und Y61Z *Schwere Verbrennungen* aus Anlage 3a DRG-EKV 2012.

2.4 Beispielrechnung

Mit dem 2. FPÄndG wurden differenzierte Ausgleichsregelungen ab dem Jahr 2005 eingeführt, die bis heute weiter Bestand haben. Mit der Neufassung der Erlösausgleichsregelungen im Zuge des KHRG ist lediglich der bisherige Ausgleich für Mehrerlöse infolge veränderter Kodierung auf Krankenhausenebene komplett entfallen. Daher stellt sich im Falle eines Gesamt-Mehrerlöses weiterhin die Frage, in welcher Reihenfolge die diversen Prozentsätze für die verschiedenen Ausgleichstatbestände anzuwenden sind, wenn die Summe der vorhandenen Mehrerlöse einen höheren Wert aufweist, als der über den Gesamtsummenvergleich ermittelte saldierte Gesamt-Mehrerlös. Dies ist immer dann der Fall, wenn in mindestens einem Bereich Mindererlöse entstanden sind.

Vertreter des BMG hatten zu dieser Fragestellung bereits eine Orientierungshilfe mit Hinweisen zu den ab dem Jahr 2005 geltenden Erlösausgleichen veröffentlicht⁶. An der damals vertretenen Rechtsauffassung zur Reihenfolge der Ausgleichssätze hält das BMG auch nach Ablauf der Konvergenzphase weiterhin fest. Dabei ist allerdings zu erwähnen, dass in den Betrachtungen bis zum Jahr 2008 noch der Mehrerlösausgleich infolge veränderter Kodierung eine Rolle spielte, der mit dem KHRG entfallen ist. Tuschen/Trefz äußern sich dazu in ihrem Kommentar zum Krankenhausentgeltgesetz wie folgt:

„Im Rahmen des vorgeschriebenen Gesamtsummenvergleichs werden Mehr- und Mindererlöse saldiert und damit die Summe, auf die sich die Ausgleichssätze beziehen, vermindert. Eine Anwendung der in den Sätzen 3 bis 6 vorgegebenen differenzierten Ausgleichssätze auf diese verminderte Summe (Saldo) ist gesetzeskonform nur durchführbar, wenn die Ausgleichsätze in einer bestimmten Reihenfolge abgearbeitet werden. Bei Mehrerlösen wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass bei Entgelten mit hohen Sachkosten und/oder Vorhaltekosten diese zusätzlichen Kosten auch finanziert werden; deshalb wurden für diese Entgelte niedrigere Ausgleichssätze vorgegeben (Sätze 4 und 5), bei Mehrerlösen somit niedrigere Rückzahlungen des Krankenhauses. Im Rahmen der Ausgleichsberechnungen kann dieses Finanzierungsziel nur sichergestellt werden, wenn diese für das Krankenhaus günstigeren Ausgleichsätze vor den mit 65% auszugleichenden „sonstigen Mehrerlösen“ durchgeführt werden⁷.“

Nach Wegfall des Mehrerlösausgleichs infolge veränderter Kodierung ist folglich unmittelbar mit den niedrigsten Ausgleichssätzen zu beginnen.

Dies soll anhand des nachfolgenden Beispiels, in dem von einem Gesamt-Mehrerlös ausgegangen wird, verdeutlicht werden. Gegeben sei folgende Ausgangssituation:

Bestandteile des Erlösbudgets und der Erlössumme	Vereinbarung 2011	Fiktiv Ist (Soll) 2011	Differenz
FP für schwerverletzte Patienten	500.000 €	620.000 €	120.000 €
ZE für Arzneimittel und Medikalprodukte	500.000 €	410.000 €	-90.000 €
FP für schwer planbare Leistungen oder Leistungen mit einem hohen SK-Anteil	100.000 €	110.000 €	10.000 €
FP, ZE und tagesbezogene Entgelte ohne besonderen Ausgleich	48.000.000 €	48.100.000 €	100.000 €
Erlösbudget und Erlössumme gesamt (Gesamtbetrag)	49.100.000 €	49.240.000 €	140.000 €

Bezogen auf den Gesamtbetrag aus Erlösbudget und Erlössumme erzielt das Krankenhaus Mehrerlöse in Höhe von 140.000 €. Nach den Vorgaben des BMG zum Gesamtsummenvergleich sind damit allein die Vorgaben zu den Mehrerlösausgleichen nach den Sätzen 4 bis 5 KHEntgG maßgeblich. Ein separater Mindererlösausgleich für die Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte findet nicht statt.

⁶ vgl. Tuschen/Braun/Rau: Erlösausgleiche im Krankenhausbereich: Eine Orientierungshilfe, a. a. O.

⁷ s. Tuschen/Trefz, Kommentar zum Krankenhausentgeltgesetz, 2. Auflage 2010, S. 238

Folgt man nun den Intentionen des Gesetzgebers, ist - wie oben ausgeführt - mit dem niedrigsten Ausgleichssatz zu beginnen. In dem hier gewählten Beispiel wäre mit dem Mehrerlösausgleich für Fallpauschalen schwerverletzter Patienten und den Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte zu beginnen, für welche nach § 4 Abs. 3 S. 4 KHEntg ein Ausgleichssatz von 25% gesetzlich vorgegeben ist. Von dem Mehrerlös in Höhe von 120.000 € sind somit -30.000 € auszugleichen. Da es bei den Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte zu einem Mindererlös (-90.000 €) kam, findet hier keine Berücksichtigung bei der Berechnung des Gesamtmehrerlösausgleichs statt. Anschließend würde in dem dargestellten Beispiel der krankenhausesindividuell verhandelte Ausgleichssatz von 35% für Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil oder schwer planbare Leistungen zum Tragen kommen, wo ein Mehrerlös in Höhe von 10.000 € gegeben ist. Ein Ausgleich der sonstigen Mehrerlöse in Höhe von 65% findet nur noch für einen Betrag von 10.000 € statt, da der saldierte Gesamt-Mehrerlös damit bereits erreicht wird. Die Ausgleichsberechnung wird an folgender Darstellung noch einmal verdeutlicht:

Tatbestand	Mehrerlös	Mehrerlösausgleich
Mehrerlös (FP für schwerverletzte Patienten) (25%)	120.000 €	-30.000 €
Mehrerlös (ZE für Arzneimittel und Medikalprodukte) (25%)	0 €	0 €
Mehrerlös (FP bei schwer planbaren Leistungen oder mit hohem SK-Anteil (individueller Ausgleichssatz von 35%))	10.000 €	-3.500 €
Sonstige Mehrerlöse FP, ZE und tagesbezogene Entgelte (65%)	10.000 €	-6.500 €
Gesamt	140.000 €	-40.000 €

Insgesamt ergibt sich im dargestellten Beispiel somit ein Ausgleichsbetrag in Höhe von -40.000 €.

Ähnlich ist im Falle eines Gesamt-Mindererlöses vorzugehen, was mit dem nachfolgenden Beispiel veranschaulicht werden soll. Gegeben sei folgende Ausgangssituation:

Bestandteile des Erlösbudgets und der Erlössumme	Vereinbarung 2011	Fiktiv Ist (Soll) 2011	Differenz
FP für schwer planbare Leistungen oder Leistungen mit einem hohen SK-Anteil	100.000 €	120.000 €	20.000 €
FP, ZE und tagesbezogene Entgelte ohne besonderen Ausgleich	48.000.000 €	47.910.000 €	-90.000 €
ZE für Arzneimittel und Medikalprodukte	500.000 €	490.000 €	-10.000 €
Erlösbudget und Erlössumme gesamt	48.600.000 €	48.520.000 €	-80.000 €

Im Falle eines Gesamt-Mindererlöses werden die hier im Beispiel entstandenen Mehrerlöse bei Fallpauschalen für schwer planbare Leistungen oder Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil bei der Ausgleichsberechnung nicht berücksichtigt. Die Berechnung ist allein auf Grundlage der entstandenen Mindererlöse durchzuführen. Insgesamt sind im vorliegenden Beispiel Mindererlöse bei den Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogenen Entgelten ohne besonderen Ausgleich (-90.000 €) und bei den Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte (-10.000 €) entstanden. Der mit den Mehrerlösausgleichsbeträgen in anderen Bereichen verrechnete saldierte Gesamt-Mindererlös beträgt -80.000 €.

Der Mindererlösausgleich ist beginnend mit dem höchsten Prozentsatz durchzuführen. Diese Vorgehensweise wurde durch Tuschen/Trefz bestätigt. Dort heißt es:

„Bei einem Gesamt-Mindererlös ist immer mit dem höchsten Ausgleichssatz zu beginnen und mit dem niedrigsten Ausgleichssatz zu enden⁸.“

⁸ s. Tuschen/Trefz, Kommentar zum Krankenhausentgeltgesetz, 2. Auflage 2010, S. 241

Da die Summe der Mindererlöse für Entgelte ohne besondere Ausgleiche den Gesamtmindererlös von -80.000 € bereits übersteigt, werden lediglich diese -80.000 € für den Erlösausgleich herangezogen. Die Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte finden somit in diesem Beispiel keine Berücksichtigung.

Tatbestand	Ausgleichssatz	Mindererlös	Mindererlösausgleich
Mindererlös (FP für schwer planbare Leistungen oder Leistungen mit einem hohen SK-Anteil)	65% (individuell)	0 €	0 €
Mindererlös (FP, ZE und tagesbezogene Entgelte ohne besonderen Ausgleich)	20% (gesetzlich)	-80.000 €	16.000 €
Mindererlös (ZE für Arzneimittel und Medikalprodukte)	0% (gesetzlich)	0 €	0 €
Gesamt		-80.000 €	16.000 €

Es ergibt sich bei einem Ausgleichssatz von 20% somit ein Ausgleichsbetrag in Höhe von 16.000 € zu Gunsten des Krankenhauses.

3 Sonstige Ausgleiche

3.1 Ausgleichsansprüche aus Zu- oder Abschlägen des Vereinbarungszeitraums 2011

In diesen Hinweisen wurden verschiedene verhandlungsrelevante Zu- und Abschläge dargestellt. Abgesehen von dem Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG ist ein sogenannter Spitzausgleich, mit dem die Abweichungen zwischen der Summe der für das Kalenderjahr tatsächlich abgerechneten Zu- oder Abschlagsbeträge und dem vereinbarten zu verrechnenden Betrag ausgeglichen werden, gesetzlich nicht explizit vorgegeben.

Trotz einer fehlenden gesetzlichen Vorgabe kann ein solcher Spitzausgleich (100%-Ausgleich) jedoch sinnvoll sein, um die Planungssicherheit zu erhöhen. Letztlich soll eine Ausgleichsvereinbarung dazu beitragen, dass der für einen bestimmten Tatbestand vereinbarte Betrag (z. B. im Rahmen des Pflegepersonalstellenförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG) in der vereinbarten Höhe dem Krankenhaus tatsächlich zufließt. Gleichwohl kann ein solcher Ausgleich aus finanzieller Sicht sowohl zum Vorteil als auch zum Nachteil für das Krankenhaus sein, je nachdem ob die vereinbarte Leistungsmenge über- oder unterschritten wird.

Für den Fall, dass ein solcher Spitzausgleich vereinbart wurde, bietet es sich an, die Ausgleichsbeträge über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum zu verrechnen.

Unabhängig davon ist es jedoch möglich und grundsätzlich sinnvoll einen Liquiditätsausgleich unter Anwendung des § 15 Abs. 3 KHEntgG durchzuführen. In diesem Fall werden die fiktiven Zuschlagsbeträge auf Basis der fiktiven Ist-Erlöse (Soll-Erlöse) ermittelt und den tatsächlichen Ist-Erlösen gegenübergestellt. Die daraus resultierenden Mehr- bzw. Mindererlöse sind ebenfalls über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum zu verrechnen und damit vollständig auszugleichen.

3.2 Ausgleiche bei retrospektiver Budgetvereinbarung

Der Gesetzgeber gibt sowohl mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 17 Abs. 1 S. 2 KHG) als auch mit dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 11 Abs. 1 S. 2 KHEntgG) eine prospektive Verhandlungsführung vor. Die Realität in der Praxis ist bekanntermaßen eine andere. Angesichts der abweichenden Verhandlungspraxis hat der Gesetzgeber bereits Regelungen für den Fall einer nicht prospektiven Vereinbarung in § 15 KHEntgG vorgegeben. Hier wird jedoch davon ausgegangen, dass die Verhandlung für den Vereinbarungszeitraum noch im laufenden Jahr abgeschlossen wird, also die Vereinbarung für das Jahr 2012 noch im Jahr 2012 wirksam wird. Es kann jedoch vereinzelt vorkommen, dass Vereinbarungen für den Vereinbarungszeitraum 2012 erst mit Wirkung zum 1. Januar 2013 oder später genehmigt werden. Für diese retrospektiven Budgetvereinbarungen gibt der Gesetzgeber keine Regelungen mehr vor.

Dennoch müssen vor Ort Lösungen gefunden werden, um die für das Jahr 2012 verhandelten Tatbestände auch abrechnungstechnisch im Folgejahr umsetzen zu können. Hier ist in erster Linie an die einzelnen Zu- und Abschlagstatbestände zu denken, die bei einer retrospektiven Budgetvereinbarung nicht mehr im Jahr 2012 berücksichtigt werden können. Eine Erhebung kann daher erst im Laufe des Jahres 2013 abhängig vom Abschluss der Budgetvereinbarung erfolgen.

Im Rahmen dieser Hinweise kann nicht auf jede denkbare Konstellation auf Ortsebene eingegangen werden. Grundsätzlich sollte für jeden Einzelfall eine sachgerechte Lösung der Verrechnungsproblematik angestrebt werden, ggf. auch durch Einbeziehung der NKG.