

Health Care- und Krankenhaus-Management

Zapp, Dues, Kempenich, Oswald

Rechnungswesen und Finanzierung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Kohlhammer

Kohlhammer

Health Care- und Krankenhaus-Management

Begründet von Udo Janßen, Axel Olaf Kern, Clarissa Kurscheid, Thomas Schlegel, Birgit Vosseler und Winfried Zapp

Herausgegeben von Clarissa Kurscheid, Julia Oswald und Winfried Zapp

Die geplanten und bereits erschienenen Bände in der Übersicht:

Modul I: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

- Markus Längen/Guido Büscher:
»Gesundheitsökonomie«
- Clarissa Kurscheid/Andreas Beivers:
»Gesundheits- und Sozialpolitik«

Modul II: Betriebswirtschaftslehre und Management in stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen

- Winfried Zapp/Julia Oswald/Uwe Bettig/Christine Fuchs:
»Betriebswirtschaftliche Grundlagen im Krankenhaus«
- Wolfgang H. Schulz/Nicole Joisten
»Logistik, IT, Facility Management und Services«
- Winfried Zapp/Claudia Dues/Edgar Kempenich/Julia Oswald
»Rechnungswesen und Finanzierung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen«
- Winfried Zapp/Julia Oswald/Sabine Neumann/Frank Wacker
»Controlling und Reporting im Krankenhaus«
- Personalwirtschaft
- Sascha Saßen/Christoph Winkler
»Klinisches Risikomanagement und Qualitätsmanagement«
- Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

Modul III: Gestaltung von Managementsystemen in Gesundheitseinrichtungen

- Normatives Management und Strategie
- Achim Schütz
»Leadership und Führung. Systemisch-Lösungsorientierte Handlungsoptionen für das Krankenhaus«
- Netzwerke und Strukturen
- Sylvia Schnödewind (Hrsg.)
»Projekt- und Potenzialentwicklung in Krankenhaus und Gesundheitswesen«

Modul IV: Recht in der Gesundheitswirtschaft

- Unternehmensrecht im Krankenhaus

Winfried Zapp/Claudia Dues/
Edgar Kempenich/Julia Oswald

Rechnungswesen und Finanzierung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2017

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-022613-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-030726-1

epub: ISBN 978-3-17-030727-8

mobi: ISBN 978-3-17-030728-5

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

Geleitwort zur Reihe	10
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	11
Vorwort	13
1 Rechnungswesen	15
1.1 Begriffsbestimmung	15
1.2 Bestandteile des Betrieblichen Rechnungswesens	15
1.2.1 Externe Rechnungslegung	15
1.2.2 Interne Rechnungslegung	17
1.2.3 Statistik und Planungsrechnung	17
2 Finanzierung von Krankenhäusern	19
2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen	19
2.2 Betriebskostenfinanzierung im Krankenhaus	21
2.2.1 Umstieg von einem tagesbezogenen auf ein leistungsbezogenes Abrechnungssystem	21
2.2.2 Vergütung der Krankenhausleistungen nach dem KHEntgG/Entgeltvereinbarung	23
2.2.3 Vergütung der Krankenhausleistungen nach der BPfIV – Pflegesatzvereinbarung	28
2.2.4 Vergütung der Ausbildung – Ausbildungsbudget nach § 17a KHG	33
2.3 Investitionskostenfinanzierung im Krankenhaus	35
2.3.1 Grundsätze zur Einzel- und Pauschalförderung	35
2.3.2 Ausblick	37
2.4 Abgrenzungsverordnung	38
3 Finanzierung von stationären Pflegeeinrichtung	40
3.1 Die soziale Pflegeversicherung	40
3.2 Die Finanzierung der stationären Pflegeeinrichtung	43
3.2.1 Ausgangssituation	43
3.2.2 Betriebskostenfinanzierung	45
3.2.3 Investitionskostenfinanzierung	47
3.2.4 Ausbildungsfinanzierung	50

4	Rechtliche Grundlagen für die (Externe) Rechnungslegung von Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen	51
4.1	Vorbemerkung	51
4.2	Rechnungslegungsvorschriften für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen	51
4.2.1	Krankenhaus-Buchführungsverordnung als Rechnungslegungsvorschrift für Krankenhäuser	51
4.2.2	Pflege-Buchführungsverordnung als Rechnungslegungsvorschrift für stationäre Pflegeeinrichtungen	54
4.2.3	Weitere Rechtsvorschriften mit möglichem Einfluss auf die Rechnungslegung von Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen	56
5	Der handelsrechtliche Jahresabschluss	60
5.1	Grundlagen	60
5.1.1	Buchführungspflicht	60
5.1.2	Inventur und Inventar	61
5.1.3	Befreiungsvorschriften	62
5.1.4	Herleitung von Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung	62
5.2	Grundsätze für die Aufstellung	64
5.2.1	Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung	64
5.2.2	Ansatz-, Gliederungs- und Bewertungsvorschriften für die Aufstellung des Jahresabschlusses	71
6	Einzelheiten zum Jahresabschluss	81
6.1	Die einzelnen Posten der Bilanz	81
6.1.1	Aktivseite	83
6.1.2	Passivseite	94
6.2	Bilanzvermerke	103
6.3	Die einzelnen Posten der Gewinn- und Verlustrechnung	104
6.4	Anhang	115
6.5	Lagebericht	117
7	Prüfung des Jahresabschlusses	120
7.1	Rechtsgrundlagen für Jahresabschlussprüfungen	120
7.2	Prüfungspflicht	120
7.3	Freiwillige Jahresabschlussprüfung	121
7.4	Auswahl des Abschlussprüfers	121
7.5	Gegenstand, Art und Umfang der Jahresabschlussprüfung	122
7.6	Ziel der Jahresabschlussprüfung	123
7.7	Durchführung der Jahresabschlussprüfung	123
7.8	Ergebnis der Jahresabschlussprüfung	125
7.8.1	Berichterstattung	125
7.8.2	Prüfungsurteil	125

	7.8.3 Mündliche Berichterstattung	127
8	Grundlagen der Kosten-, Leistungs-, Erlös und Ergebnisrechnung (KLEE-Rechnung)	128
	8.1 Begriffsbestimmung	130
	8.1.1 Kosten	130
	8.1.2 Leistungen	131
	8.1.3 Erlöse	131
	8.1.4 Ergebnis	133
	8.2 Begriffsmerkmale	133
	8.2.1 Zwingende Merkmale	134
	8.2.2 Fakultative Merkmale	136
	8.3 Anforderungen	137
	8.4 Funktionen	138
	8.4.1 Darstellung des Unternehmungsprozesses	138
	8.4.2 Lenkung des Unternehmungsprozesses	138
	8.5 Ausgewählte Gesundheitsbereiche	141
	8.5.1 Ambulanzen	141
	8.5.2 Fach- und Rehakliniken	146
9	Vorgehensweise der KLEE-Rechnung	150
	9.1 Kostenrechnung	151
	9.1.1 Kostenarten	151
	9.1.2 Kostenstellenrechnung	155
	9.1.3 Kostenträgerrechnung	158
	9.1.4 Kostenlenkung	167
	9.2 Leistungsrechnung	169
	9.3 Erlösrechnung	170
	9.4 Ergebnisrechnung	172
10	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung	173
	10.1 Begriffliche Bestimmung: Leistung versus Erlös	173
	10.2 Regeln der Innerbetrieblichen Leistungsverrechnung	173
	10.2.1 Kosten- und Leistungszurechnung	174
	10.2.2 Kosten- und Leistungsanlastung	175
	10.3 Typen der Leistungsverrechnung	175
	10.4 Verfahren der Innerbetrieblichen Leistungsverrechnung	176
	10.4.1 Einseitige Leistungsverrechnung	176
	10.4.2 Gegenseitige Leistungsverrechnung	177
11	Systeme der KLEE-Rechnung	178
	11.1 Zeitbezogene Systeme	179
	11.1.1 Istkosten	179
	11.1.2 Normalkosten	179
	11.1.3 Plankosten	181
	11.2 Umfangbezogene Systeme	185

11.2.1	Voll-Kosten	185
11.2.2	Teil-Kosten	187
11.3	Prozess-Kosten	194
11.3.1	Prozesskosten als Verrechnungsgrößen	194
11.3.2	Kalkulation eines Behandlungsprozesses	197
12	Kostenmanagement	199
12.1	Beeinflussung der Kostenstruktur	200
12.2	Beeinflussung des Kostenverhaltens	201
12.3	Senkung des Kostenniveaus	201
12.4	Kostenverursachungsmanagement	202
12.5	Fokussierung auf wesentliche Bestandteile	203
12.6	Ausblick	205
13	Fallbeispiele und Aufgaben	206
13.1	Fallbeispiele zur Abgrenzungsverordnung	206
13.2	Aufgaben zur Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnis- Rechnung	210
13.2.1	Äquivalenzziffernrechnung	210
13.2.2	Bezugsgrößenkalkulation	211
13.2.3	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung	213
13.2.4	Abweichungsanalyse von Kosten der Intensivstation	213
13.2.5	Abweichungsanalyse in der Geburtsklinik	214
13.2.6	Fixkostendeckungsrechnung in der Fachklinik	214
13.2.7	Prozesskosten der Patientenaufnahme	215
13.2.8	Behandlungskosten	216
14	Lösungen zu Fallbeispielen und Aufgaben	218
14.1	Lösung zu Fallbeispielen zur Abgrenzungsverordnung	218
14.2	Lösungen zu Aufgaben zur Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnis-Rechnung	230
14.2.1	Lösung zur Äquivalenzziffernrechnung	230
14.2.2	Lösung zur Bezugsgrößenkalkulation	231
14.2.3	Lösung der Innerbetrieblichen Leistungsverrechnung	233
14.2.4	Lösung zur Abweichungsanalyse von Kosten der Intensivstation	235
14.2.5	Lösung zur Abweichungsanalyse in der Geburtsklinik	236
14.2.6	Lösung zur Fixkostendeckungsrechnung in der Fachklinik	238
14.2.7	Lösung zu Prozesskosten der Patientenaufnahme	240
14.2.8	Lösung von Behandlungskosten	241

Anhang	243
Anhang 1: Budgetausgleiche	243
Anhang 1.1. Beispiel: Ausgleich nach § 15 Abs. 3 KHEntgG	243
Anhang 1.2. Beispiel: Ausgleich nach § 15 Abs. 3 KHEntgG	244
Anhang 1.3. Beispiel: Ausgleich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG	244
Anhang 1.4. Ausgleich nach § 21 Abs. 2 BPflV a.F.....	245
Anhang 1.5. Ausgleich nach § 12 Abs. 2 BPflV a.F.....	246
Anhang 2: Checkliste Anhang	247
Anhang 3: Checkliste Lagebericht	249
Literatur	254
Stichwortverzeichnis	261

Geleitwort zur Reihe

In der dynamisch wachsenden und zunehmend komplexer werdenden Gesundheitswirtschaft ist in den letzten Jahren der Bedarf stark gestiegen, Management bezogenes theoretisches Wissen und praxisrelevantes Know-how zu beherrschen und zu vermitteln. Dieser Bedarf spiegelt sich u. a. in zahlreichen neuen Hochschulstudiengängen und vielfältigen Angeboten der beruflichen Fort- und Weiterbildung wider.

Die Reihe »Health Care- und Krankenhaus-Management«, die auf den Curricula einschlägiger Hochschulen und wichtiger Fortbildungseinrichtungen aufbaut, setzt hier an. Inhaltlich und didaktisch systematisch angelegt, erhebt sie den Anspruch, das breite Themenfeld weitgehend vollständig abzudecken.

Die in 14 Bänden modular aufgebaute Reihe möchte allen Studierenden und Dozenten der auf das Management in der Gesundheitswirtschaft bezogenen Studiengänge, Berufstätigen in Fort- und Weiterbildung aus Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens und insbesondere (zukünftigen) Führungskräften und leitenden Mitarbeitern aus Ärztlichem Dienst, Medizin-Controlling, Pflegedienst, Marketing und Verwaltung ein hilfreiches Werkzeug für Studium und professionelle Praxis sein.

Die Herausgeberinnen und Herausgeber:
Clarissa Kurscheid, Julia Oswald und Winfried Zapp

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren



Winfried Zapp, Prof. Dr. rer. pol., Dipl.-Ökonom Studium der Wirtschaftswissenschaften, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Promotion zum Dr. rer. pol.; Assistent des Verwaltungsleiters in einem Evangelischen Krankenhaus, gleichzeitig Traineeprogramm für Führungsnachwuchskräfte des Berufsbildungswerks Deutscher Krankenhäuser (BBDK); Krankenhausbetriebsleiter und in Personalunion Finanzleiter in einer Komplexeinrichtung; Ernennung zum Professor an der Hochschule Osnabrück mit dem Lehrgebiet Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Rechnungswesen, insbesondere Controlling im Gesundheitswesen; Forschungsschwerpunkte: Kostenmanagement, Controlling, Prozessmanagement.



Claudia Dues, WPin StBin Dipl.-Kffr. Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Westfälischen Wilhelms Universität Münster. Prokuristin in der Solidaris Revisions-GmbH – Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Steuerberatungsgesellschaft, Verantwortliche Wirtschaftsprüferin für Jahres- und Konzernabschlussprüfungen bei Krankenhausverbänden und Komplexeinrichtung im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen. Seit 2011 Leiterin des Kompetenzbereichs Prüfungsnahe Beratung mit dem Schwerpunkt Transaktions- und Sanierungsberatung sowie Berichtswesen.



Edgar Kempenich, WP StB Dipl.-Volksw.
Studium der Volkswirtschaftslehre an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Teamleiter, Prokurist in der Solidaris Revisions-GmbH - Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Steuerberatungsgesellschaft. Registrierter Prüfer für Qualitätskontrolle (§ 57a Abs. 3 WPO) seit 2009. Schwerpunkt der Tätigkeit ist die Rechnungslegung und Jahresabschlussprüfung von Einrichtungen des Non-Profit-Bereichs, insbesondere von Krankenhäusern, Krankenhausträgergesellschaften sowie Krankenhauskonzernen.



Julia Oswald, Prof. Dr. rer. medic., Dipl. Kffr. (FH)
Professorin für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Krankenhausmanagement und -finanzierung an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück, zuvor Leitung Konzerncontrolling der Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Osnabrück; Promotion zur Doktorin der medizinischen Wissenschaften (Dr. rer. medic.), Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, Studium der Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens – Krankenhausmanagement (Dipl.-Kffr. (FH)), Hochschule Osnabrück.

Vorwort

Dieser fünfte Band in der Reihe »Health Care- und Krankenhaus-Management« des Kohlhammer Verlages umfasst das Rechnungswesen und die Finanzierung. Anders als in der traditionellen Betriebswirtschaftslehre korrespondieren Rechnungswesen und Finanzierung in den Gesundheitsunternehmungen Krankenhaus, Altenheim, Ambulante Dienste etc. miteinander: Die Finanzierung fußt nicht auf einem marktwirtschaftlichen Modell, sondern ist sehr stark politisch und gesetzlich-rechtlich beeinflusst und vor allem bestimmt. Das Rechnungswesen hat sich an diese Besonderheiten anzupassen, diese zu berücksichtigen und im Rahmen der Freiheitsgrade zu gestalten.

Diese Fachkenntnisse sind zu erwerben, um darauf aufbauend gestalterisch tätig zu werden.

Nur mit diesen Fachkenntnissen können qualifizierte Managemententscheidungen getroffen werden. Die spezifischen Besonderheiten einer dualen Finanzierung, die Abgrenzungsprobleme von Anlage-, Verbrauchs- und Gebrauchsgütern, die in der Abgrenzungsverordnung formuliert werden, die Wirkungsweisen von Kosten, Leistungen und Erlösen, um nur einige herausragende Spezialkenntnisse hervorzuheben, beeinflussen das Management in Gesundheitsunternehmungen in besonderer Weise. Diese Kenntnisse, Anforderungen, Wirkungsweisen und Mechanismen muss man kennen, um sich ökonomisch verhalten zu können. Nur wer über diese Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, kann auf unterschiedliche Ausgangssituationen differenziert (re-)agieren.

Mit Jean-Jacques Rousseau (1712–1778) kann man formulieren:

»Man muss viel gelernt haben, um über das, was man nicht weiß, fragen zu können« (<http://zitate.net/lernen-zitate>; Zugriff am 12.5.2016).

Nur mit den spezifischen Grundkenntnissen können andere Sachverhalte erschlossen werden. Dabei ist die Frageformulierung eine wesentliche Hilfe, um Problembereiche anzugehen. Aber was folgt nun aus dieser Grundüberlegung, welche Vorgehensweise ist zu wählen?

Mit Wilhelm Busch (1832–1908) kann folgender Grundsatz humorvoll angegangen werden:

Also lautet der Beschluß:
daß der Mensch was lernen muß.
– Nicht allein das A-B-C
bringt den Menschen in die Höh'.

(Quelle: Busch, Bildergeschichten. Max und Moritz, 1886; https://www.aphorismen.de/suche?autor_quelle=wilhelm+busch; Zugriff am 12.5.2016)

Dieses Buch möchte helfen, sich in die spezifischen Wirkungsweisen von Finanzierung und Rechnungswesen in Gesundheitsunternehmungen hineinzudenken, Kenntnisse zu vermitteln und Zusammenhänge zu verdeutlichen.

Die AutorInnen danken Herrn Dr. Ruprecht Poensgen vom Kohlhammer-Verlag, der die Initiative zu dieser Buchreihe gegeben hat und uns mit zahlreichen Hinweisen immer wieder auf unser gemeinsames Ziel motiviert hat. Ganz herzlichen Dank für seine »Schubkraft«! Herrn Dominik Rose und Frau Ulrike Döring danken wir für ihre begleitende hilfreiche Unterstützung und Geduld. Immer wieder haben sie uns auf die richtige Denkebene gehoben. Wir danken beiden für die sehr angenehme Zusammenarbeit.

Wir wünschen uns hohe Verkaufszahlen, als Zeichen und Grundlage, dass in Gesundheitseinrichtungen die Manager mehr können wollen als das A-B-C von dem Wilhelm Busch gesprochen hat.

Winfried Zapp, Claudia Dues, Edgar Kempenich, Julia Oswald
Osnabrück und Köln im September 2017

1 Rechnungswesen

1.1 Begriffsbestimmung

Das Betriebliche Rechnungswesen unterteilt sich grundsätzlich in vier Teilbereiche:

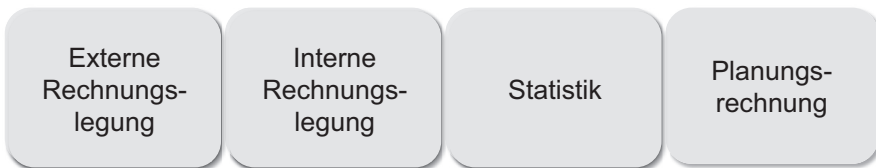


Abb. 1.1: Bestandteile des Betrieblichen Rechnungswesens

1.2 Bestandteile des Betrieblichen Rechnungswesens

1.2.1 Externe Rechnungslegung

Innerhalb des Betrieblichen Rechnungswesens eines Unternehmens dient die Externe Rechnungslegung dazu, Rechenschaft über das Unternehmen in der Form abzulegen, dass die wirtschaftliche Situation des Unternehmens nach außen hin abgebildet wird.

Abgebildet werden die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Unternehmens in Form des Jahresabschlusses. Der Jahresabschluss besteht grundsätzlich aus Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung. Je nach Art und Rechtsform des Unternehmens zählen als weitere Bestandteile dazu ein Anhang und/oder ein Lagebericht. Zum Jahresabschluss von Unternehmensverbänden (Konzernen) zählen zusätzlich noch eine Kapitalflussrechnung und ein Eigenkapitalspiegel; ggfs. auch noch eine Segmentberichterstattung. Als Grundlage zur Erstellung des Jahresabschlusses dienen die Buchführung des Unternehmens und eine Zusammenstellung der Vermögens- und Schuldposten (Inventar). Zu den Inhalten der einzelnen Bestandteile verweisen wir insbesondere auf Kapitel 3 (► Kap. 3).

Die Aufstellung des Jahresabschlusses, als zentrales Element Externer Rechnungslegung, gehört zu den Aufgaben der Finanzbuchhaltung. Dort werden systematisch und fortlaufend die einzelnen Geschäftsvorfälle des Unternehmens aufgezeichnet. Die Finanzbuchhaltung wird als Zeitabschnittsrechnung bezogen auf die Geschäftsjahre geführt.

Ausgangsbasis für die Externe Rechnungslegung sind die gesetzlichen Vorschriften. Für die Rechnungslegung eines Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung gibt es grundsätzlich keine einheitliche gesetzliche Grundlage. Vielmehr ist ihre Rechtsform ausschlaggebend dafür, welche rechtlichen Vorschriften jeweils zu beachten sind.

Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen werden meist in den Rechtsformen der Kapitalgesellschaft – i. d. R. Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), der rechtsfähigen Stiftung privaten Rechts oder des rechtsfähigen Vereins (e. V.) – geführt. Sie können aber auch unselbstständiger Teil einer Körperschaft öffentlichen Rechts (KöR) – i. d. R. Universitätskliniken – über den als Sondervermögen Rechnung gelegt wird.

Wenn wir vom Jahresabschluss eines Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung sprechen, ist damit grundsätzlich der Abschluss seines Rechtsträgers gemeint. Daneben werden auf für einzelne Einrichtungen eines Rechtsträgers Teiljahresabschlüsse aufgestellt. Eine Verpflichtung hierzu ergibt sich z. B. bei unselbstständigen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die in einen übergeordneten Rechtsträger eingebunden sind.

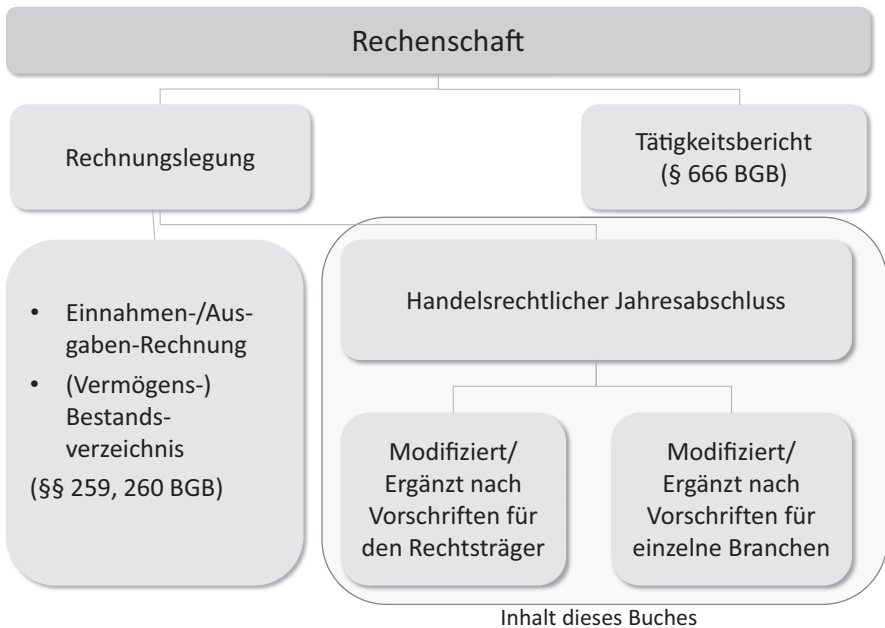


Abb. 1.2: Rechenschaft

Die anderen Bereiche des betrieblichen Rechnungswesens eines Unternehmens dienen primär der internen Steuerung, wenngleich sie zum Teil auch gesetzlich verpflichtend sind; z. B. die Kosten- und Leistungsrechnung als Bestandteil der internen Rechnungslegung nach der KHBV und der PBV.

1.2.2 Interne Rechnungslegung

Die Interne Rechnungslegung dient dazu, das Management eines Unternehmens bei der Unternehmensführung zu unterstützen, indem es finanzielle Daten als Grundlage für Entscheidungen liefert. Zur Internen Rechnungslegung eines Unternehmens werden insbesondere die Kosten- und Leistungsrechnung, die Investitionsrechnung sowie das Controlling hinzugezählt.

Da es i. d. R. keine gesetzliche Grundlage für die Interne Rechnungslegung gibt, bedient sich die Interne Rechnungslegung häufig der Informationen aus der Externen Rechnungslegung und modifiziert oder ergänzt sie um unternehmensspezifische Notwendigkeiten.

Für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen wird in der KHBV (§ 8) und PBV (§7) eine Kosten- und Leistungsrechnung pflichtgemäß vorgeschrieben. Danach müssen diese Einrichtungen eine Kosten- und Leistungsrechnung führen, die eine betriebsinterne Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erlaubt. Beide Verordnungen schreiben daher Mindestbestandteile einer Kosten- und Leistungsrechnung vor. Dazu zählen beispielsweise das Einrichten der erforderlichen Kostenstellen sowie eine verursachungsgerechte Zuordnung der Kosten und Leistungen aus der Buchhaltung zu den eingerichteten Kostenstellen.

1.2.3 Statistik und Planungsrechnung

Die Statistik eines Unternehmens umfasst sowohl finanzielle als auch nicht-finanzielle Daten des Unternehmens. Sie dient insbesondere der vergleichenden Darstellung im Zeitverlauf (innerhalb eines Geschäftsjahres oder im Vergleich mehrerer Geschäftsjahre). Die finanziellen Statistiken betreffen z. B. Entwicklung der liquiden Mittel, des Eigenkapitals oder der Jahresergebnisse. Nicht-finanzielle Daten bilden die Leistungsmengen, z. B. die Entwicklung der Fallzahlen, Case-Mix-Punkte in Krankenhäusern bzw. die Entwicklung von Pflgeetagen in Pflegeeinrichtungen, oder die Personaleinsatzzahlen (Vollkräftestatistik) ab. So ist der statistische Datensatz nach § 21 KHEntgG für Krankenhäuser verpflichtend. Dieser beinhaltet insbesondere Angaben zu den vereinbarten und abgerechneten DRG-Fällen, zu der Summe der vereinbarten und abgerechneten Bewertungsrelationen, Angaben betreffend die Anzahl der Ausbildungsplätze und zu den Kosten der theoretischen und praktischen Ausbildung.

Die Planungsrechnung bildet die zukünftigen Erwartungen für die Entwicklung eines Unternehmens vor dem Hintergrund erwarteter Annahmen ab. Sie betrifft einerseits die Planung der wirtschaftlichen Entwicklung eines Unternehmens über mehrere Perioden, deren Inhalt insbesondere die Aufwands- und Ertragsplanung,

Bilanzplanung, Liquiditätsplanung (integrierte Finanzplanung) als Bestandteile der finanziellen Planungen, aber auch die Leistungs- und Personalplanung als nicht-finanzielle Planungsinhalte sein sollten; andererseits aber auch die Prognose des voraussichtlichen Ergebnisses eines Geschäftsjahres unter Berücksichtigung der im laufenden Geschäftsjahr schon eingetretenen wirtschaftlichen Entwicklung (Ergebnishochrechnung). Neben der Hochrechnung der Gewinn- und Verlustrechnung kann dies auch die Hochrechnung der Bilanzposten und der Liquidität umfassen. Die Notwendigkeit zur Planung ergibt sich letztendlich aus der Pflicht eines ordentlichen Kaufmanns

- die Zukunft zu gestalten, um Veränderungen vorzunehmen,
- auf eine sich stetig veränderte Umwelt zu reagieren,
- ökonomisch effektiv und effizient zu handeln,
- kontrollieren und frühzeitig gegensteuern zu können,
- den »Stakeholdern« Orientierung und Berechenbarkeit zu geben sowie
- Lern- und Entwicklungsprozesse anzustoßen.

2 Finanzierung von Krankenhäusern

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland ruht auf zwei Säulen: Sie ist grundsätzlich aufgeteilt zwischen den Bundesländern und den Krankenkassen (Sozialleistungsträger). Die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser wird im Wege der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen, während die laufenden Betriebskosten durch die Krankenkassen finanziert (Duales Finanzierungssystem) werden.

Tab. 2.1: Dualistische Finanzierung

Investitionskosten	Laufende Betriebskosten
Öffentliche Fördermittel nach Landesrecht (Landes-KHG)	Leistungsgerechte Erlöse aus Pflegesätzen/DRG → diese können nach Maßgabe des KHG auch Investitionskosten enthalten (Gebrauchsgüter)
Antragsfördermittel	Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung
Pauschalfördermittel	Vergütung für ambulantes Operieren

2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgegeben. In § 4 KHG ist die »Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser«¹ gesetzlich fixiert. Daran anknüpfend bestimmt das KHG einerseits die Grundsätze der öffentlichen Investitionsförderung (§ 8 ff. KHG) und regelt andererseits den Rahmen zur Finanzierung laufender Betriebskosten (§ 16 ff. KHG). Über entsprechende Ermächtigungsvorschriften werden Einzelheiten der Finanzierung geregelt. Die Regelungen zur Finanzierung von Investitionen finden

1 § 4 KHG: »Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser«: Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass 1. ihre Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung übernommen werden und sie 2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung für ambulantes Operieren enthalten.«

sich im Wesentlichen in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen und der Abgrenzungsverordnung. Regelungen zur Finanzierung der laufenden Betriebskosten finden sich in erster Linie im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfV). Wesentliches Merkmal bei der Betriebskostenfinanzierung ist die Tatsache, dass der Staat lediglich den rechtlichen Rahmen vorgibt. Die differenzierte Ausgestaltung des Finanzierungssystems ist der gemeinsamen Selbstverwaltung der Spitzenverbände auf Bundesebene² vorbehalten. Diese beschließen Vereinbarungen, die für alle Krankenhäuser und Krankenkassen bundesweit bindend sind.³ Der Gesetzgeber schaltet sich hier nur dann noch ein, wenn eine Einigung zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene nicht zustande kommt.

Die gesetzlich geregelten Finanzierungsmodalitäten haben Einfluss auf die Rechnungslegung von Krankenhäusern. So regelt die Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern unabhängig davon, ob das Krankenhaus Kaufmann im Sinne des Handelsgesetzbuches ist und unabhängig von der Rechtsform des Krankenhauses (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KHBV). Soweit diese Verordnung als Spezialvorschrift nichts anderes vorsieht, bleiben die bestehenden Rechnungs- und Buchführungspflichten insbesondere nach dem Handels- und Steuerrecht jedoch unberührt (§ 1 Abs. 1 Satz 2 KHBV).

Die KHBV als objektbezogene Bilanzierungsvorschrift beinhaltet insbesondere erweiterte Gliederungsvorschriften für die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung und den Anhang in Ergänzung zu den handelsrechtlichen Vorschriften. Dies auch vor dem Hintergrund, dass teilweise die handelsrechtlichen Vorschriften für Krankenhäuser aufgrund ihrer Rechtsform (z. B. Verein, Stiftung, KÖR) nicht gelten und eine einheitliche Rechnungslegung der Krankenhäuser gewährleistet werden soll.

Wesentlicher Kern der KHBV im Unterschied zu den handelsrechtlichen Regelungen stellt die rechnungslegungsbezogene Abbildung der Finanzierungssystematik der Investitionen dar. Dieses wird durch die besonderen Gliederungsvorschriften der KHBV für die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung sowie den Anlagennachweis aber auch in den Ansatzvorschriften deutlich. Während nach handelsrechtlichen Vorschriften grundsätzlich das Anschaffungskostenprinzip vorherrscht, findet in der KHBV eine Durchbrechung dieses Grundsatzes dadurch statt, dass auch das von dritter Seite finanzierte Anlagevermögen vollständig auf der Aktivseite zu erfassen ist. Gleichzeitig wird in Höhe des geförderten Betrags ein Passivposten (Sonderposten aus Fördermitteln) eingestellt. Durch diese Verpflichtung wird dem Grundsatz der vollständigen Er-

2 Die Vertragsparteien auf Bundesebene sind für die Krankenkassen/Kostenträger der Spitzenverband Bund der (gesetzlichen) Krankenkassen gemäß § 217a SGB V (GKV-Spitzenverband) sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV). Für die Krankenhäuser ist dies die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG).

3 Vereinbarungen auf Bundesebene finden zwischen den Spitzenverbänden auf Bundesebene jährlich prospektiv für den kommenden Abrechnungszeitraum mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG statt.

fassung der Vermögenslage Rechnung getragen, da das von Dritten geförderte Anlagevermögen in der Regel im Krankenhaus verbleibt und einen nicht unerheblichen Vermögenswert darstellt.

Die nach der KHBV anzuwendenden Vorschriften lassen sich wie in Tabelle 2.2 gliedern (► Tab. 2.2).

Tab. 2.2: Anzuwendende Vorschriften der KHBV

Spezielle Vorschriften nach § 4 Abs. 1 KHBV einschl. der KHBV-Anlagen, insbesondere	Zusätzlich in § 4 Abs. 3 KHBV aufgeführte HGB-Vorschriften insbesondere zu
Bilanz-Gliederung	Buchführung
GuV-Gliederung	Jahresabschluss
Anlagennachweis	Ansatzvorschriften
	Bewertungsvorschriften
	u. A.

Zur vertiefenden Darstellung der Rechnungslegung von Krankenhäusern sei auf das nachfolgende Kapitel verwiesen (► Kap. 3).

2.2 Betriebskostenfinanzierung im Krankenhaus

2.2.1 Umstieg von einem tagesbezogenen auf ein leistungsbezogenes Abrechnungssystem

Bis zum Jahr 2002 wurden die jährlich anfallenden Betriebskosten eines Krankenhauses über tagesgleiche Pflegesätze mit den Kostenträgern (Krankenkassen) abgerechnet. Die tagesgleichen Pflegesätze setzten sich aus einem Basispflegesatz für die Unterkunft und Verpflegung und einem für jede Abteilung gesondert ermittelten Abteilungspflegesatz zusammen. Für jeden Patienten einer Abteilung wurde ein einheitlicher Pflegesatz pro Tag in Rechnung gestellt. Die dadurch erzielte Gesamtvergütung richtete sich daher vornehmlich nach der Länge des Krankenhausaufenthaltes unabhängig von der Qualität der Behandlung und der Kostenintensität der erbrachten Leistung.

Seit 2004 (in 2003 optional) existiert ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen. Die Vergütung bestimmt sich seitdem an der medizinisch erbrachten Leistung und ist fallorientiert, d. h. es werden die Leistungen vergütet, die laut Diagnose zur Behandlung notwendig sind. Die Umstellung des

Systems der Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen hin zu Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRGs) führt dazu, dass nach Beendigung der Übergangsphase (geplant bis 2015) bundesweit für einen Fall grundsätzlich die gleiche Vergütung gezahlt wird, d. h. es gilt der Grundsatz »gleicher Preis für gleiche Leistung«.

Voraussetzung für die Einführung der DRGs waren bundeseinheitlich Vorgaben der Fallgruppen und der Bewertungsrelationen, wobei die Komplexität der Leistung sich in der Höhe der Bewertungsrelation widerspiegeln sollte. Dabei orientierte man sich an bisher international schon eingesetzten Systemen, indem man die grundsätzliche Systematik aus Australien übernahm. Die ursprüngliche Entwicklung des Systems aber auch die jährliche Anpassung und Weiterentwicklung insbesondere aufgrund der medizinischen Entwicklung, der Kostenentwicklung, der Verweildauerkürzungen und der Leistungsverlagerungen zwischen Leistungsbereichen erfolgt im Rahmen der Selbstverwaltung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).^{4,5} Für die Anpassung und Pflege der Kodierung, die die Grundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Fallkonstellationen darstellen, ist das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zuständig.

Für die Abrechnung wird die für die jeweilige diagnosebezogene Fallkonstellation hinterlegte Bewertungsrelation (Menge) mit dem landeseinheitlichen Basisfallwert (Preis) multipliziert. Diese landeseinheitlichen Basisfallwerte sollen sich nach Beendigung der Übergangsphase innerhalb eines Korridors von +2,5 % bis -1,02 % um den Bundesbasisfallwert bewegen.⁶

Die neue Vergütungsregelung (Fallpauschalen) betraf im ersten Schritt ausschließlich die Leistungen der Akutkrankenhäuser. Ausgenommen waren insbesondere die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV).⁷ In einem zweiten Schritt sollte das System der Finanzierung über Fallpauschalen auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eingeführt werden (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP). Die verpflichtende Einführung war entsprechend dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) ab dem 1. Januar 2017 geplant und wurde zusammen mit Anpassungen durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) zu diesem Zeitpunkt

4 Zur Weiterentwicklung des DRG-Systems wurden in der Datenerhebung des InEK Angaben zu ca. 22,1 Mio. Fällen aus 1517 Krankenhäusern übermittelt (§ 21 KHEntgG-Leistungsdaten). Zur Ermittlung der Kostenstrukturen wurden Daten aus 242 Krankenhäusern mit einer auswertbaren Fallmenge von ca. 3,7 Mio. Fällen ausgewertet.

5 Die Daten betreffen das Erhebungsjahr 2015 (Stand 19. Dezember 2016). Quelle: Abschlussbericht G-DRG-System 2017

6 In 2016 befanden sich die Basisfallwerte von elf Bundesländern auf der unteren Korridorgrenze, die von vier Bundesländern innerhalb des Korridors und der eines Bundeslandes oberhalb der oberen Korridorgrenze. Ziel ist es, die Landesbasisfallwerte bis zum Jahr 2021 an die obere Korridorgrenze anzugleichen.

7 Weiter Ausnahmen regelt § 1 Abs. 2 KHEntgG. Auch besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG sind davon ausgenommen.

auch in Kraft gesetzt⁸. Bis dahin wurden grundsätzlich für diese Einrichtungen, wie auch weiterhin für die »besonderen Einrichtungen«⁹, unverändert tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet.

Im Unterschied zum Akutbereich, in dem pro Fall nur eine Bewertungsrelation zur Abrechnung gelangt, wird bei der zukünftigen Abrechnung im PEPP-System die Vergütung über eine, der diagnosebezogenen Fallkonstellation zugehörige Bewertungsrelation pro Tag (Menge) multipliziert mit der Verweildauer (Menge) und dem Basisentgeltwert (Preis) bestimmt.

Die gesetzlichen Regelungen zu Abrechnung der tagesgleichen Pflegesätze finden sich im Wesentlichen in der Bundespflegsatzverordnung (BPfV), die Regelungen zur fallbezogenen Abrechnung sind insbesondere im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) niedergelegt. Daneben ist wesentliche Abrechnungsgrundlage die zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene abgeschlossene Fallpauschalenvereinbarung.

In der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) werden jährlich im Wesentlichen ein Fallpauschalenkatalog sowie Faktoren wie medizinischer Fortschritt, die Kostenentwicklungen, die Verkürzungen der Verkürzungen der Verweildauer, die Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im KHEntgG vorgegeben sind, verbindlich vereinbart.

2.2.2 Vergütung der Krankenhausleistungen nach dem KHEntgG/Entgeltvereinbarung

Ausgangspunkt der Vergütungsabrechnung ist eine Entgeltvereinbarung (§ 11 KHEntgG) zwischen dem jeweiligen Krankenhaus und den Krankenkassen als Kostenträgern (Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG). In dieser wird die Gesamtvergütung auf Grundlage des vereinbarten Leistungsvolumens für ein Kalenderjahr festgelegt (Abrechnungszeitraum). Nach dem Willen des Gesetzgebers soll die Vereinbarung prospektiv getroffen werden (§ 11 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG), jedoch sind Vereinbarungen für das laufende Kalenderjahr zurzeit noch die Regel. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle (§ 18a Abs. 1 KHG) auf Antrag einer der Vertragsparteien (§ 13 KHEntgG). Die Vereinbarung

8 Die Einführung des neuen Entgeltsystems sollte ursprünglich, analog der Einführung des DRG-Systems, in einem ersten Schritt budgetneutral bis 2019 erfolgen. Daran anschließend sollten dann bis Ende 2022 die krankenhausesindividuellen Entgelte an landeseinheitliche Entgelte angepasst werden. Diese Phase der Anpassung an ein landeseinheitliches Preisniveau im Rahmen einer Konvergenzphase erfolgt jetzt zwar nicht, dennoch soll im Laufe der Jahre ein Vergleichswert geschaffen werden, der letztendlich eine Budgetkonvergenz zur Folge haben wird.

9 Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG sind die Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden. Die Vergütung dieser Leistungen regeln die Vertragsparteien auf Bundesebene in einer »Vereinbarung zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen (VBE).

wird durch Genehmigungsbescheid der zuständigen Aufsichtsbehörde rechtlich wirksam (§ 14 KHEntgG).

Bestandteile der Entgeltvereinbarung nach KHEntgG sind:

1. Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und die zugrundeliegende Summe der Bewertungsrelationen
2. Sonstige Entgelte nach § 6 KHEntgG und deren Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG
3. Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 KHEntgG
4. Mehr- und Mindererlösausgleiche

Die Bestandteile sind der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) nach § 11 Abs. 4 KHEntgG zusammenfassend darzustellen.

Vereinbarung eines Erlösbudgets nach § 4 KHEntgG

Das Erlösbudget setzt sich zusammen aus DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlichen Zusatzentgelten (§ 7 KHEntgG). Die Vergütung für die vereinbarten DRG-Fallpauschalen steht aufgrund der jährlich auf Bundesebene vereinbarten Bewertungsrelationen im Fallpauschalen-Katalog und des jeweils geltenden Landesbasisfallwertes fest. Gleiches gilt für die zusätzlich oder anstatt der DRG-Fallpauschale abrechenbaren bundeseinheitlichen Zusatzentgelte (die Darstellung erfolgt in Abschnitt E 2 der AEB: »Aufstellung der Zusatzentgelte«), deren Preis auf einem auf Bundesebene vereinbarten Zusatzentgelte-Katalog basiert. Für beide Erlösbestandteile ist daher nur die zu erbringende Menge in Form der Summe der Bewertungsrelationen aller Behandlungsfälle (Case-Mix; die Darstellung erfolgt in Abschnitt E1 der AEB: »Aufstellung der Fallpauschalen«) zu verhandeln.¹⁰

Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 KHEntgG

Für Leistungen, die noch nicht mit den auf Bundesebene vereinbarten DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, und für besondere Einrichtungen können die Vertragsparteien fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte vereinbaren.¹¹ Dafür sind

10 Die Fallpauschalen-Katalog 2017 enthält 1255 DRGs, der Zusatzentgelte-Katalog 2017 enthält 95 bewertete Zusatzentgelte. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG liegt bei 96. Quelle: Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2017 des InEK, Stand 19.12.2016.

11 Darstellung erfolgt in Abschnitt E 3 der AEB: »Aufstellung der nach § 6 KHEntgG krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte«, darin Abschnitte E 3.1: »Aufstellung der fallbezogenen Entgelte«; E 3.2: »Aufstellung der Zusatzentgelte«; E 3.3: »Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte«.

krankenhausindividuell neben der Vereinbarung für die zu erbringenden Mengen auch Vereinbarungen über die abzurechnenden Preise zu treffen und eine Erlössumme zu ermitteln. Die Abrechnung erfolgt dann pro Fall (fallbezogene Entgelte) oder pro Tag (tagesbezogene Entgelte). Daneben sind individuell vereinbarte Zusatzentgelte abrechenbar.

Vereinbarung von Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 KHEntgG

Neben dem Erlösbudget und sonstiger Entgelte sieht das Finanzierungssystem auch noch die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen vor. Sie sind teilweise bundeseinheitlich festgelegt, teilweise müssen sie gesondert krankenhausindividuell vereinbart werden. Zuschläge dienen in der Regel dazu eine zusätzliche Finanzierung zu gewähren. Dazu zählen z. B. der Ausbildungszuschlag nach § 17 a KHG, der Versorgungszuschlag, der Zuschlag im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms oder Zuschlag für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten. Abschläge dienen dazu Mittel abzuschöpfen, da das Krankenhaus z. B. nicht an der Notfallversorgung teilnimmt oder weil DRG-Daten nicht rechtzeitig übermittelt werden. Die Abrechnung der Zu- und Abschläge erfolgt entweder fallbezogen, tagesbezogen oder als Prozentsatz auf die abgerechneten Erlöse aus der Behandlungsleistung.

Erlösausgleichsmechanismen (Preis- und Mengenausgleich)

Das Finanzierungssystem sieht einen Ausgleichsmechanismus vor für den Fall, dass die in der Entgeltvereinbarung ursprünglich vereinbarten Erlössummen im betreffenden Abrechnungszeitraum nicht tatsächlich umgesetzt werden, d. h. entweder übertroffen oder unterschritten werden. Der Ausgleichsmechanismus dient der Planungssicherheit für beide Vertragsparteien, da dadurch grundsätzlich ein Rahmen für die zu erwartenden Ausgaben der Kostenträger und die zu erwartenden Erlöse der Krankenhäuser festgelegt ist.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe einer prospektiven Entgeltvereinbarung können Abweichungen zwischen den vereinbarten und den tatsächlich erzielten Erlösen grundsätzlich nur durch ein Abweichen in der Menge verursacht sein, da im Falle einer prospektiven Vereinbarung sämtliche abzurechnenden Preiskomponenten zu Beginn des Abrechnungszeitraums aufgrund der Vereinbarungen auf Bundesebene (Entgeltkataloge) und Landesebene (Basisfallwerte) bereits feststehen. Zusätzlich sind die krankenhausindividuellen Entgelte in der jeweiligen Entgeltvereinbarung für das einzelne Krankenhaus festgelegt. Als Variable bliebe somit nur noch die Menge. Da die Entgeltvereinbarungen jedoch in der Regel erst während des jeweiligen Abrechnungszeitraums geschlossen werden und auch eine unterjährige Änderung des Landesbasisfallwertes (so letztmals 2012) nicht auszuschließen ist, sind Abweichungen zwischen den vereinbarten und den tatsächlich erzielten Erlösen durchaus auch preisbedingt möglich. Auch können z. B. zu spät vereinbarte bundeseinheitliche Entgeltkataloge für Fallpauschalen oder Zusatzentgelte dazu führen, dass ein Preisausgleich notwendig wird.

Tab. 2.3: Budgetausgleiche nach dem KHEntgG

Mehr- oder Mindererlösausgleiche	
Preis- bzw. Zahlbetragsausgleiche	Mengen- bzw. Belegungsausgleiche
§ 15 Abs. 3 KHEntgG	§ 4 Abs. 3 und § 6 Abs. 3 KHEntgG
Der Art nach: zwingend	
Der Höhe nach: abhängig von Vereinbarung/Region	

Gegenstand der Ausgleichsermittlung ist der Gesamtbetrag der Erlöse nach § 4 Abs. 3 KHEntgG. Dieser setzt sich zusammen aus dem Erlösbudget für die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte und der Erlössumme der sonstigen Entgelte.

Tab. 2.4: Gesamtbetrag auf der Grundlage des vereinbarten Leistungsvolumens

E 1	DRG-Fallpauschalen (B2 Nr. 3)
E 2	Bundeseinheitliche Zusatzentgelte
E 3.1	Fallbezogene Entgelte
E 3.2	Zusatzentgelte
E 3.3	Tagesbezogene Entgelte
Summe = Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 KHEntgG	

Da der Gesetzgeber bei der Ermittlung des Mengenausgleichs davon ausgeht, dass die in der Entgeltvereinbarung festgelegten Preise auch abgerechnet worden sind, ist systematisch der Preisausgleich (§ 15 Abs. 3 KHEntgG) vor dem Mengenausgleich (§ 4 Abs. 3 KHEntgG) durchzuführen.

Die ermittelten Preis- und Mengenausgleiche werden in Form eines prozentualen Zu- oder Abschlags auf die abgerechneten Erlöse im Rahmen der nachfolgenden Entgeltvereinbarung berücksichtigt (§ 5 Abs. 4 KHEntgG).¹²

Ermittlung des Preisausgleichs nach § 15 Abs. 3 KHEntgG

Ein Preisausgleich ist grundsätzlich dann durchzuführen, wenn die Entgeltvereinbarung unterjährig geschlossen wird. Ziel ist es, das Krankenhaus so zu stellen, als wäre eine prospektive Entgeltvereinbarung (► Anhang 1.1) getroffen worden. Der Ausgleichssatz beträgt somit 100 %. Die Ausgleichsermittlung erfolgt nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungszeitraums. Bei unterjähriger Entgeltvereinba-

12 Mehr- oder Mindererlöse, die zu einem Preisausgleich führen, sind grundsätzlich schon im laufenden Abrechnungszeitraum auszugleichen und fließen in den Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG der Entgeltvereinbarung ein (§ 15 Abs. 3 KHEntgG).