

1. Krankenhausleistungen, Krankenhausfinanzierung und -vergütung

Herr Dr. Martin Zipse ist leitender Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie eines Krankenhauses der Maximalversorgung in einer größeren Stadt. Er fühlt sich in erster Linie seinem medizinischen Versorgungsauftrag verpflichtet. Er hat sich bereits widerwillig daran gewöhnt, dass die Abrechnungen über Fallpauschalen eine sehr bürokratische Dokumentation der Krankenhausbehandlung erfordern und die Medizincontroller sowie der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ab und an auch lästig sein können. Doch in letzter Zeit wird er zunehmend mit wirtschaftlichen Anforderungen aus dem Rechnungswesen und Controlling des Krankenhauses konfrontiert, die er terminologisch und inhaltlich nur unzureichend versteht. Einerseits will er den manchmal unverständlichen Anforderungen des Rechnungswesens nicht blind Folge leisten, andererseits ist es ihm peinlich, seine Gesprächspartner aus diesem Bereich dauernd um Erklärung anscheinend grundlegender kaufmännischer Zusammenhänge zu bitten. Er hat sich deshalb vorgenommen, sich mit dem Rechnungswesen vertrauter zu machen. Aus einem Gespräch mit seinem Geschäftsführer hat er noch im Kopf, dass das Rechnungswesen ein Modell der ökonomischen Realität ist. Aus diesem Grund befasst Herr Dr. Zipse sich zunächst mit einigen grundlegenden betriebswirtschaftlichen Fragen eines Krankenhauses:

- Wie lässt sich das Geschehen im Krankenhaus aus betriebswirtschaftlicher Sicht abbilden?
- Wie werden Krankenhäuser finanziert?
- Welche verschiedenen Leistungen erbringt ein Krankenhaus und wie werden die verschiedenen Leistungen vergütet?

1.1. Leistungserstellung und -verwertung im Krankenhaus

Nach § 2 Nr. 1 KHG sind Krankenhäuser „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden kön-

nen“. Krankenhäuser werden in Deutschland von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern betrieben, die als Betreiber Eigenkapital zur Verfügung stellen. Zum 31.12.2013 gab es in Deutschland insgesamt 1.996 Krankenhäuser, davon 596 öffentliche Krankenhäuser (30%), 706 freigemeinnützige Krankenhäuser (35%) und 694 private Krankenhäuser (35%). Im Zeitablauf sank seit 1991 die Gesamtzahl der Krankenhäuser kontinuierlich. Ebenso sank die Anzahl der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser, während die Zahl der privaten Krankenhäuser anstieg (Statistisches Bundesamt 2014, S. 13).

Auch wenn ein Krankenhaus gegenüber anderen Industrie- oder Dienstleistungsunternehmen etliche Besonderheiten aufweist, ist das Krankenhaus aus ökonomischer Sicht ein Betrieb. Die Betriebswirtschaftslehre definiert den Betrieb als „eine planvoll organisierte Wirtschaftseinheit, in der Produktionsfaktoren kombiniert werden, um Güter und Dienstleistungen herzustellen und abzusetzen“ (Wöhe u. Döring 2013, S. 27). Auch im Krankenhaus erfolgt die Leistungserstellung durch eine Kombination der betriebswirtschaftlichen Produktionsfaktoren von Arbeit, Betriebsmitteln und Werkstoffen. So wird die Krankenhausleistung dadurch erbracht, dass z.B. Ärzte mit Hilfe medizinischer Einrichtungen Diagnosen stellen und therapieren. Am Beschaffungsmarkt treten Krankenhäuser als Nachfrager nach medizinischen Einrichtungen, nach Personal und Medikamenten auf. Der behandelte Patient ist gleichzeitig Kunde und Objekt des Leistungserstellungsprozesses. Im Hinblick auf die Finanzierung ist als Besonderheit zu berücksichtigen, dass die Finanzierung der Investitionen von Krankenhäusern grundsätzlich durch die Bundesländer erfolgt und im Hinblick auf die Vergütung der Leistungen ist zu berücksichtigen, dass die Abrechnung zum großen Teil mit Krankenkassen auf der Basis regulierter Preise erfolgt. Abbildung 1 soll den Leistungserstellungs- und -verwertungsprozess im Krankenhaus schematisch veranschaulichen:

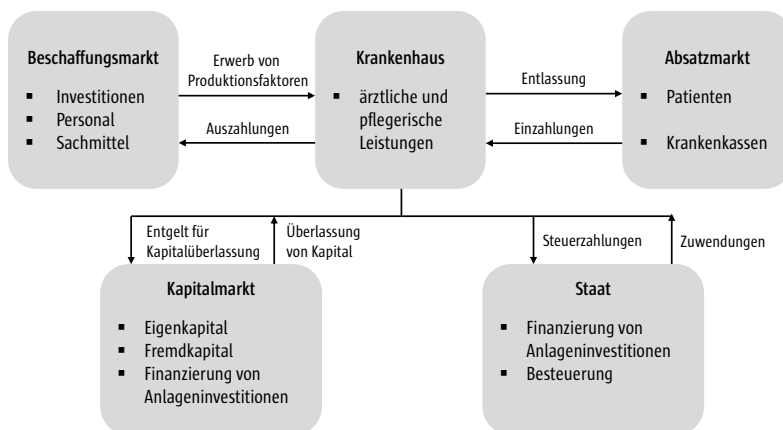


Abb. 1 Leistungserstellungs- und -verwertungsprozess im Krankenhaus

1.2. Krankenhausfinanzierung

Während Betriebe in nicht regulierten Märkten dem allgemeinen unternehmerischen Risiko unterliegen, hat der Gesetzgeber die Existenzsicherung von Krankenhäusern als öffentliche Aufgabe anerkannt. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser soll grundsätzlich durch die sog. **duale Krankenhausfinanzierung** erreicht werden. Dieser in § 4 KHG kodifizierte Grundsatz sieht vor, dass

- Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung übernommen werden und
- leistungsgerechte Erlöse aus Pflegesätzen sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhoben werden.

Grundlage der Investitionsförderung durch die Bundesländer ist die **länderspezifische Krankenhausplanung**. Im Rahmen der Krankenhausplanung wird entschieden, welches Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird (sog. „Plankrankenhäuser“). Die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes (§ 8 Abs. 1 KHG) ist Voraussetzung für die Investitionsförderung. Ferner ist Voraussetzung einer öffentlichen Förderung, dass die betreffende Investition des Krankenhauses in den Investitionsplan aufgenommen wird (Graumann u. Schmidt-Graumann 2011, S. 52ff.).

Das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung wird in der Praxis dadurch „aufgeweicht“, dass die Bundesländer aufgrund begrenzter Ressourcen und insgesamt bestehender Überkapazitäten die öffentliche Förderung der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in Deutschland deutlich reduziert haben. Während die KHG-Fördermittel 1991 noch rd. 3,6 Mrd. € betragen, wurden sie bis 2005 kontinuierlich zurückgefahren. Sie wurden seitdem auf einem Niveau von rd. 2,7–2,8 Mrd. € gehalten (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2014, S. 98). Krankenhäuser sind daher gezwungen, Investitionen zumindest teilweise auch aus anderen Quellen, insbesondere aus einbehaltenen Gewinnen zu finanzieren (Thomas et al. 2013, S. 245).

Die im KHG beschriebenen Grundsätze der Krankenhausfinanzierung gelten grundsätzlich für alle Krankenhäuser, unabhängig davon ob sie von einem öffentlichen, einem frei-gemeinnützigen oder von einem privaten Träger betrieben werden. Ausgenommen von den grundsätzlichen Regeln der Krankenhausfinanzierung sind nach § 3 KHG:

- Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug,
- Krankenhäuser der Träger der allgemeinen Rentenversicherung und Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt (außer Fachkliniken zur Behandlung von Atmungsorganen, die der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen).

Darüber hinaus werden in § 5 KHG weitere Einrichtungen genannt, die von der öffentlichen Förderung nach dem KHG ausgenommen sind. Dies sind insbesondere:

- Hochschul- und Universitätskliniken, die nach landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden,

- Krankenhäuser, die nicht die Voraussetzungen für Zweckbetriebe nach § 67 AO erfüllen,
- Einrichtungen in Krankenhäusern für Personen, die als Pflegefälle gelten,
- Tuberkulosekrankenhäuser und
- Krankenhäuser von Sozialleistungsträgern.

Die öffentliche Investitionsförderung kommt nach § 2 Nr. 2 KHG für Kosten der Errichtung von Krankenhäusern sowie für Kosten der Erstanschaffung und der Ersatzbeschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter in Betracht. Nicht zu den förderfähigen Investitionskosten zählen Verbrauchsgüter, die durch ihre bestimmungsgemäße Verwendung aufgezehrt oder unverwendbar werden oder die ausschließlich von einem Patienten genutzt werden und üblicherweise bei ihm verbleiben (§ 2 AbgrV). Auch die Kosten eines Grundstückserwerbs und die damit zusammenhängenden Kosten werden nicht gefördert, sie sind vom jeweiligen Krankenhausträger zu übernehmen. Abbildung 2 stellt die nach dem KHG geförderten Investitionskosten zusammenfassend dar.

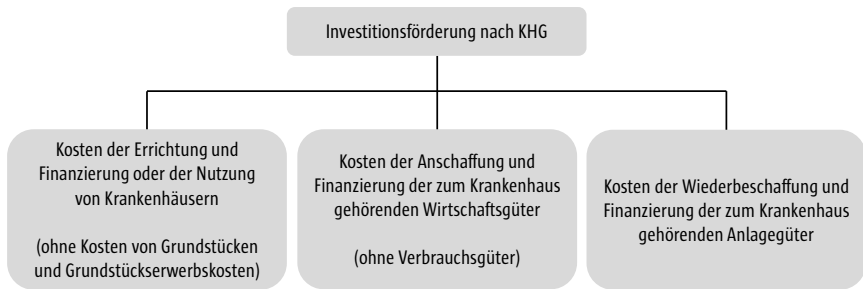


Abb. 2 Investitionskosten nach § 2 Nr. 2 KHG (in Anlehnung an Graumann u. Schmidt-Graumann 2011, S. 39)

Nach § 2 Abs. 3 KHG werden für Zwecke der öffentlichen Förderung folgende Kosten den Investitionskosten gleichgesetzt:

- Kosten für die Miete oder für Leasing entsprechender Anlagegüter,
- Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten für Darlehen, soweit sie zur Finanzierung der Anschaffung oder Herstellung von Anlagegütern aufgewandt worden sind,
- Abschreibungen und Zinsen auf angeschaffte oder hergestellte Anlagegüter und
- Investitionskosten für Ausbildungsstätten.

Das KHG unterscheidet zwischen Einzelförderung und Pauschalförderung von Investitionen. Die **Einzelförderung** (§ 9 Abs. 1 KHG) wird auf Antrag gewährt für

- die Errichtung von Krankenhäusern,
- die Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern und
- die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

Demgegenüber erfolgt die Finanzierung folgender Maßnahmen durch Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3 KHG):

- Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und
- kleine bauliche Maßnahmen.

Die Pauschalförderung orientiert sich primär – aber nicht ausschließlich – an der Anzahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten und wird ohne Antrag gewährt. Die Krankenhäuser können über die Verwendung der Pauschalförderung im Rahmen der Zweckbindung frei entscheiden.

Als Alternative zur Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen besteht nach § 10 Abs. 1 KHG für die Bundesländer die Möglichkeit, leistungsorientierte Investitionspauschalen zu gewähren. Die Bundesländer können danach entscheiden, ob sie beim bisherigen System der Einzel- und Pauschalförderung bleiben oder ob sie eine leistungsorientierte Investitionspauschale anbieten. Die Pauschalförderung wurde zunächst 2008 in Nordrhein-Westfalen mit der sog. „Baupauschale“ eingeführt. Mit leistungsorientierten Investitionspauschalen können seit 2012 generell in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser im DRG-Vergütungssystem gefördert werden und seit 2014 auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

1.3. Krankenhausleistungen und ihre Vergütung

1.3.1. Überblick

Nach § 27 SGB V haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst auch die Krankenhausbehandlung. Dabei werden nach § 39 SGB V voll- und teilstationäre Leistungen, vor- und nachstationäre Leistungen sowie das ambulante Operieren unterschieden (s. Abb. 3).

Durch § 115b SGB V sind Krankenhäuser zur **Durchführung von ambulanten Operationen** grundsätzlich zugelassen; dabei versteht man unter ambulanten Operationen alle operativen Behandlungen, bei denen der Patient die Nacht vor und nach dem Eingriff zu Hause verbringt. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vereinbarten einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Der Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) regelt die Grundsätze der Abrechnung. Zusätzlich müssen die Krankenhäuser ihre Teilnahme am ambulanten Operieren gegenüber der Krankenkasse anzeigen. Die Vergütung erfolgt auf der Grundlage des vereinbarten Katalogs und der geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätze mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Für GKV-Patienten stellt dies der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) dar, für PKV-Patienten bzw. Selbstzahler die Gebührenordnung

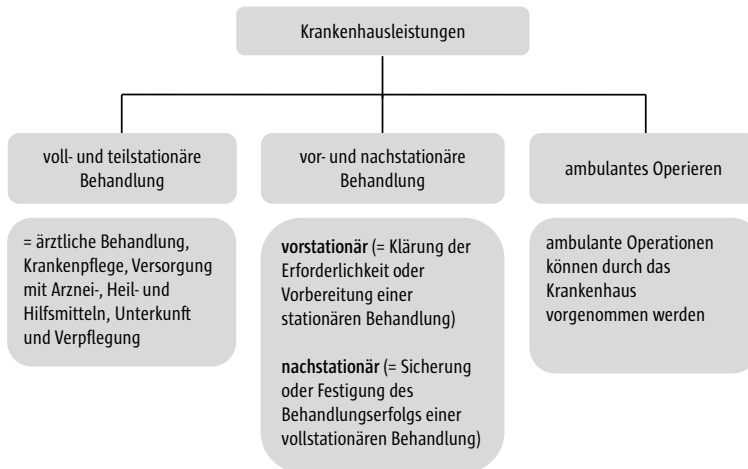


Abb. 3 Formen der Krankenhausleistungen (in Anlehnung an Graumann u. Schmidt-Graumann 2011, S. 27)

für Ärzte (GOÄ). Sowohl EBM als auch GOÄ basieren auf einer Einzelleistungsvergütung. Häufig rechnet sich das ambulante Operieren für Krankenhäuser mit der vorhandenen Infrastruktur nicht, sodass oft ein eigener ambulanter OP-Bereich angegliedert oder in vielen Fällen auf ein benachbartes und von niedergelassenen Ärzten betriebenes ambulantes OP-Zentrum ausgelagert wird. Krankenhäuser wurden durch das Gesundheitsstrukturgesetz in 1993 auch berechtigt, **vor- und nachstationäre Behandlungen** nach § 115b SGB V durchzuführen und abzurechnen. Hierunter versteht man nach § 115a Abs. 1 SGB V eine medizinische Behandlung ohne Unterkunft und Verpflegung, welche die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorbereiten (vorstationäre Behandlung) bzw. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg sichern oder festigen soll (nachstationäre Behandlung). Dabei umfasst eine vorstationäre Behandlung längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor der stationären Behandlung und eine nachstationäre Behandlung sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach der stationären Behandlung.

Vergütet werden diese vor- und nachstationären Behandlungen aufgrund einer Gemeinsamen Empfehlung der DKG und der GKV-Spitzenverbände im Benehmen mit der KBV, welche eine leistungsorientierte, fachabteilungsbezogene Vergütung in pauschalierter Form auf Bundesebene vorsieht. Dabei werden die vorstationären Behandlungen pro Fall und die nachstationären Behandlungen pro Behandlungstag jeweils mit einem abteilungsbezogen Pauschalbetrag abgerechnet.

Zu beachten ist, dass Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlungen nur dann abrechenbar sind, wenn die Leistungen nicht über andere Vergütungsformen wie z.B. Fallpauschalen oder ambulante Operationen abgegolten werden. Für den DRG-Bereich bestimmt § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG, dass eine nach-

stationäre Behandlung, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt, zusätzlich zur Fallpauschale abgerechnet werden darf. Eine vorstationäre Behandlung ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar.

Die **Vergütung der stationären Leistungen**, die i.d.R. das Kerngeschäft der Krankenhäuser darstellen, ist im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) geregelt. Dort wird zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen unterschieden (s. Abb. 4).

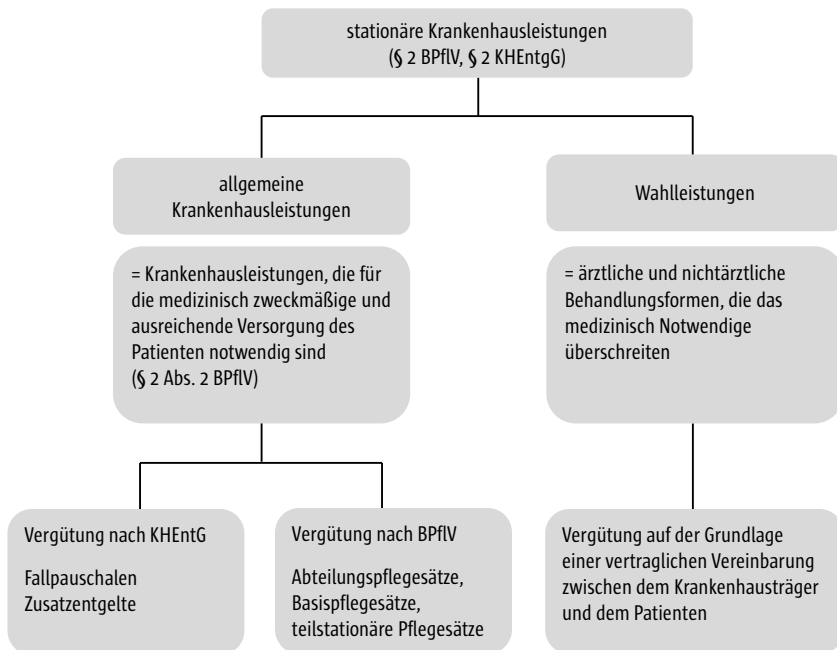


Abb. 4 Vergütung von voll- und teilstationären Leistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen stellen die Leistungen eines Krankenhauses dar, die für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Patientenversorgung notwendig sind (§ 2 Abs. 1 KHEntG). Ein Großteil der allgemeinen Krankenhausleistungen wird seit 2003 durch Fallpauschalen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) vergütet, die in Kapitel I.1.3.2 ausführlich erörtert werden. Hiervon ausgenommen waren zunächst psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, bei denen aufgrund der hohen Variabilität der Behandlungen der Einsatz von Fallpauschalen besonders schwierig erschien. In Zukunft wird jedoch auch die Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen auf der Grundlage leistungsbezogener Fallpauschalen erfolgen (s.u. Pauschalisierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP).

Wahlleistungen sind über das notwendige Maß hinausgehende, gesondert abrechenbare ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungen. Hierzu gehört z.B. die Chefarztbehandlung oder die Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern (Penter u. Siefert 2010, S. 64). Die Vergütung der Wahlleistungen erfolgt auf der Grundlage einer gesonderten schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Patienten und dem Krankenhaus. Da Wahlleistungen über das medizinisch Notwendige hinausgehen, werden sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Sie sind entweder vom Patienten selbst oder von einer privaten Krankenversicherung zu bezahlen. Der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung über den Inhalt der Wahlleistung und das dafür zu entrichtende Entgelt vor Abschluss der Vereinbarung zu unterrichten (§ 17 Abs. 2 KHEntG).

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP

Die Vergütung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erfolgt bis heute grundsätzlich auf der Grundlage von Tagessätzen. Allerdings wurde mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz in 2009 beschlossen, auch für die stationäre Psychiatrie und Psychosomatik ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem (**Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP**) einzuführen. Der Gesetzgeber hat den Rahmen hierfür in § 17d KHG vorgegeben. Mit der Umsetzung des neuen Vergütungssystems wurden der Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt. Zwischenzeitlich hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein Patientenklassifikationssystem entwickelt, „das auf der Grundlage einer tagesbezogenen Kostenkalkulation in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise, Art und Anzahl der behandelten Krankenhäufälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch setzt.“ (InEK 2014b, S. 7). Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen können das neue System auf freiwilliger Basis ab 2013 einführen. Ursprünglich sollte es ab 2015 verpflichtend anzuwenden sein, jedoch wurde die Frist zur Einführung auf 2017 verlängert. Ab 2017 bis 2019 ist die Umstellung budgetneutral. 2019 beginnt die Konvergenzphase zur Anpassung des bis dahin krankenhausesindividuellen Werts an den Landesbasisentgeltwert bis 2022 (Behrends 2013, S. 247ff.).

1.3.2. Vergütung im Rahmen des DRG-Systems

Die Vergütung von vollstationären und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen soll auf der Grundlage eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach dem KHEntgG erfolgen. Seine Grundzüge sind in § 17b KHG beschrieben. Der Vergütung liegen jährlich zu treffende Vereinbarungen zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern zugrunde (§ 11 KHEntgG). Danach setzt sich die Vergütung für die allgemeinen Krankenhausleistungen aus folgenden Positionen zusammen:

- Erlösbudget nach § 4 KHEntgG (Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2),
- Zu- und Abschläge nach § 5 KHEntgG,
- Krankenhausindividuelle sonstige Entgelte für Leistungen, die nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten vergütet werden (§ 6 KHEntgG) und
- Zu- oder Abschläge für Mehr- oder Mindererlösausgleich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG.

Die Fallpauschalenvergütung basiert auf sog. **Diagnosis Related Groups (DRG)** und wurde in Deutschland im Jahr 2003 eingeführt. Sie beruht auf einem **Fallpauschalenkatalog**, der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf Bundesebene vereinbart wird (InEK, 2014a). In dem Katalog werden z.B. in 2014 rd. 1.200 verschiedenen **DRGs** unter Berücksichtigung des patientenbezogenen Schweregrads Bewertungsrelationen (Relativgewichte) zugeordnet. Die Bewertungsrelation gibt das Verhältnis des Erlöses einer Leistung zum Durchschnittserlös aller Leistungen wieder.

Grundlage der Vergütung von Krankenhäusern ist der **Landesbasisfallwert**, der jährlich auf Bundesländerebene zwischen den Vertragsparteien für das folgende Kalenderjahr neu vereinbart wird (§ 10 Abs. 1 KHEntgG). Da die Basisfallwerte in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sind und es dafür keine plausible Erklärung gibt, wurde in den letzten Jahren eine Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte vorgenommen. Hierfür ist in § 10 Abs. 8 KHEntgG ein Basisfallwertkorridor vorgesehen. Ab 2014 werden Landesbasisfallwerte nur noch innerhalb des Basisfallwertkorridors vergütet. Übersteigen Landesbasisfallwerte den oberen Grenzwert des Korridors, so wird der übersteigende Betrag seit 2014 in voller Höhe abgezogen (Graumann u. Schmidt-Graumann 2011, S. 178; Penter u. Siefert 2010, S. 66). Mittelfristiges Ziel dieser Vorgehensweise ist die Vergütung der Krankenhäuser über einen einheitlichen Bundesbasisfallwert.

Der Erlös für die Fallpauschalenleistung wird dann durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert ermittelt. Dadurch erhalten Krankenhäuser unabhängig von den krankenhausesindividuellen Kosten landesweit die gleiche Vergütung für die jeweiligen Fallgruppen.

$$\text{Erlös für eine Fallpauschalenleistung} = \text{Bewertungsrelation} \times \text{Landesbasisfallwert}$$

Die Zuordnung von Patienten zu den Fallpauschalen erfolgt durch zertifizierte „Grouper“. Die Einstufung basiert auf der Hauptdiagnose, den zu kodierenden Behandlungsmaßnahmen, sowie ggf. Nebendiagnosen, erschwerenden Faktoren und ggf. weiteren Behandlungsmaßnahmen, die nicht durch die Hauptprozedur beschrieben sind. Die Fallpauschale bezieht sich auf eine innerhalb einer Regelverweildauer erbrachte Behandlung, die nach unten durch die untere Grenzverweildauer und nach oben durch die obere Grenzverweildauer begrenzt wird. Je nach tatsächlicher Verweildauer des Patienten werden Zu- oder Abschläge berücksichtigt, die die Höhe der Bewertungsrelation beeinflussen.

Die Summe der Vergütung eines Krankenhauses für die allgemeinen Krankenhausleistungen beruht auf der Anzahl der Fälle und der Relativgewichte. Die Summe der Relativgewichte aller erbrachten DRGs wird als **Case Mix** bezeichnet. Die vorläufigen Erlöse eines Krankenhauses ergeben sich aus dem Case Mix multipliziert mit dem Landesbasisfallwert.

$$\text{vorläufiger Erlös} = \text{Case Mix} \times \text{Landesbasisfallwert}$$

Durch Division des Case Mix durch die Fallzahl lässt sich der Case Mix Index ermitteln. Er gibt den durchschnittlichen Fallschweregrad eines Krankenhauses wieder (Thomas et al. 2013, S. 239).

Die Vergütung des Krankenhauses erfolgt nach der Leistungserbringung zunächst mit den tatsächlich erbrachten Fallzahlen. Zusätzlich zum Case Mix ist bei der Ermittlung des endgültigen Erlöses eines Krankenhauses das für den Abrechnungszeitraum vereinbarte **Erlösbudget** zu berücksichtigen. Krankenhäuser sind nach § 11 KHEntgG verpflichtet mit den Sozialleistungsträgern das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, die sonstigen Entgelte nach § 6, die Erlössumme für krankenhausesindividuelle Entgelte sowie Mehr- und Mindererlösausgleiche zu vereinbaren. Das Erlösbudget umfasst die Fallpauschalen und Zusatzentgelte. Für seine Ermittlung werden die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen (Bewertungsrelationen) mit dem entsprechenden Landesbasisfallwert nach § 10 KHEntgG multipliziert. Erforderlich ist eine Vorkalkulation, bei der die voraussichtlich anfallenden Leistungen und die voraussichtlich entstehenden Kosten zu ermitteln sind. Basis hierfür sind die Ergebnisse des laufenden und des abgelaufenen Vereinbarungszeitraums (Graumann u. Schmidt-Graumann 2011, S. 164).

Weicht der vorläufige Erlös vom Erlösbudget ab, so ist ein **Erlösausgleich** durchzuführen (§ 4 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG). Sind die vorläufigen Erlöse niedriger als das vereinbarte Budget, so werden zusätzlich zum vorläufigen Budget 20% des Differenzbetrages ausgeglichen (Gesamt-mindererlösausgleich). Ist der Gesamtbetrag der vorläufigen Erlöse höher als vereinbart, ist ein Gesamtmehrerlösausgleich durchzuführen (§ 4 Abs. 3 KHEntgG). Der vom Krankenhaus auszugleichende Mehrerlös beträgt für sehr kostenintensive Behandlungen 25% und für sonstige Mehrerlöse 65% des Differenzbetrags. Der Mehr oder Mindererlösausgleich wird nicht in einem Einmalbetrag gezahlt, sondern über Zuschläge (Mindererlösausgleich) oder Abschläge (Mehrerlösausgleich) mit den künftig zu erhebenden Entgelten verrechnet (§ 5 Abs. 4 KHEntgG).