

1 Rechnungswesen

1.1 Begriffsbestimmung

Das Betriebliche Rechnungswesen unterteilt sich grundsätzlich in vier Teilbereiche:

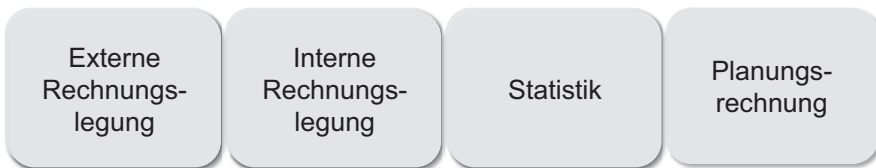


Abb. 1.1: Bestandteile des Betrieblichen Rechnungswesens

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.

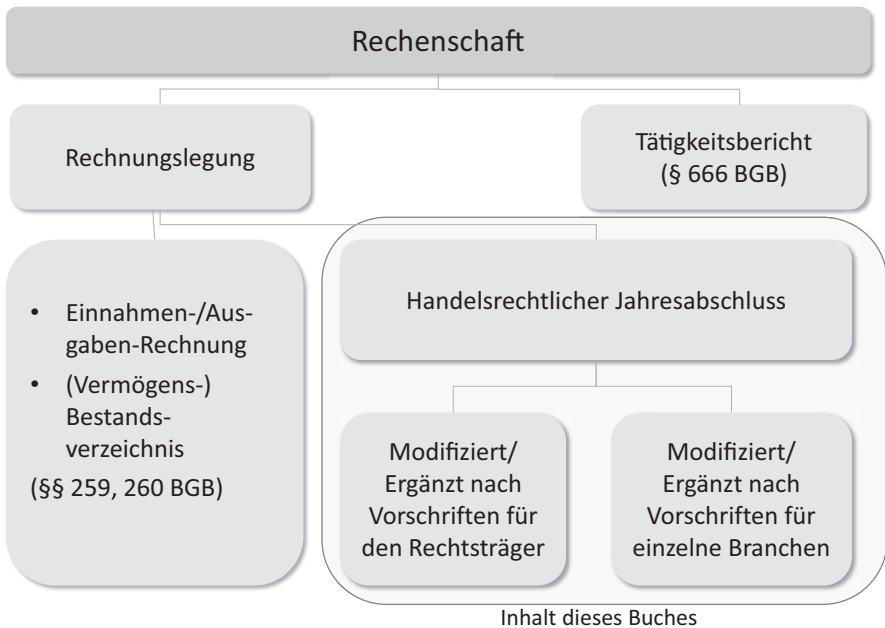


Abb. 1.2: Rechenschaft

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 Landeskrankenhausesetzen 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 Verweildauererkürzungen 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 Bundespflegesatzverordnung (BpflV), 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«.