

# Bilanz ziehen

Detlef Vinke

Krankenhäuser und Krankenkassen sollen jährlich prospektiv ein Erlösbudget für das folgende Kalenderjahr vereinbaren. Tatsächlich erbrachte Behandlungsleistungen und Rechnungskorrekturen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zwingen die Krankenhäuser zu **regelmäßigen Anpassungen der Erlösausgleiche für noch offene Jahre.**

**D**ie tatsächlich in einem Kalenderjahr erbrachten Leistungen weichen in Art und Menge oft von den vereinbarten Daten ab. Dies führt im Vergleich zum vereinbarten Erlösbudget zu Mehr- oder Mindererlösen. Gemäß § 5 Absatz 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

sind diese Abweichungen in Form von Mehr- oder Mindererlösausgleichen über einen gemeinsamen Zu- oder Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelte und sonstige Entgelte zu verrechnen. Dabei sollen Krankenhäuser nur jene Mittel behalten, die

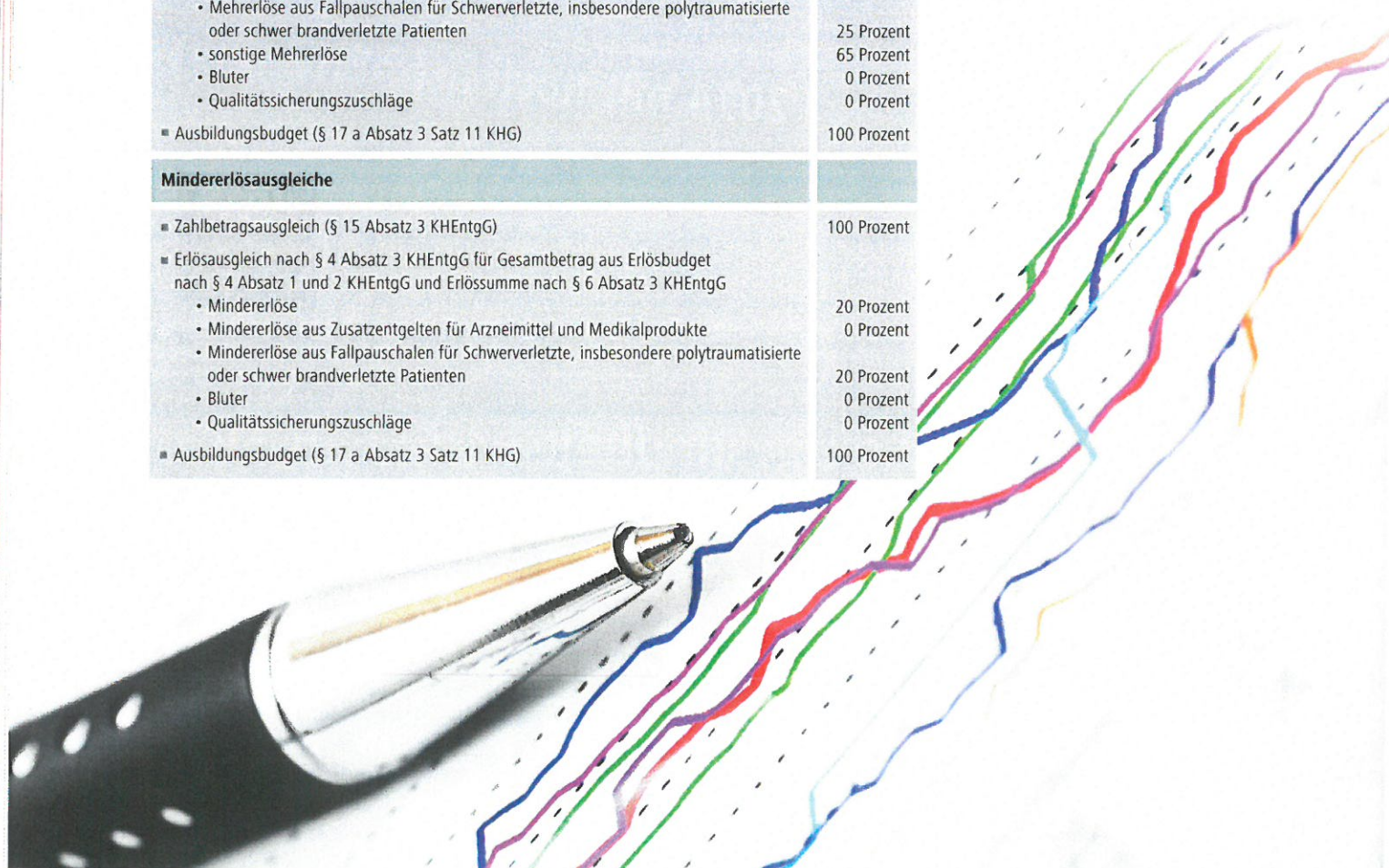
sie benötigen, um zusätzlich entstandene Kosten zu decken (Mehrerlösausgleich). Wird das vereinbarte Erlösbudget nicht erreicht, sollen Ausgleichszahlungen die Fixkosten decken (Mindererlösausgleich).

Die Tabelle stellt dar, welche Erlösausgleiche und Ausgleichssätze im KHEntgG und im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelt sind.

Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer kaum planbaren Leistungsmenge, insbesondere zu Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragspar-

Foto: Fotolia

Mehrerlösausgleiche	
▪ Zahlbetragsausgleich (§ 15 Absatz 3 KHEntgG)	100 Prozent
▪ Erlösausgleich nach § 4 Absatz 3 KHEntgG für Gesamtbetrag aus Erlösbudget nach § 4 Absatz 1 und 2 KHEntgG und Erlössumme nach § 6 Absatz 3 KHEntgG	
• Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte	25 Prozent
• Mehrerlöse aus Fallpauschalen für Schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten	25 Prozent
• sonstige Mehrerlöse	65 Prozent
• Bluter	0 Prozent
• Qualitätssicherungszuschläge	0 Prozent
▪ Ausbildungsbudget (§ 17 a Absatz 3 Satz 11 KHG)	100 Prozent
Mindererlösausgleiche	
▪ Zahlbetragsausgleich (§ 15 Absatz 3 KHEntgG)	100 Prozent
▪ Erlösausgleich nach § 4 Absatz 3 KHEntgG für Gesamtbetrag aus Erlösbudget nach § 4 Absatz 1 und 2 KHEntgG und Erlössumme nach § 6 Absatz 3 KHEntgG	
• Mindererlöse	20 Prozent
• Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte	0 Prozent
• Mindererlöse aus Fallpauschalen für Schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten	20 Prozent
• Bluter	0 Prozent
• Qualitätssicherungszuschläge	0 Prozent
▪ Ausbildungsbudget (§ 17 a Absatz 3 Satz 11 KHG)	100 Prozent





teilen im Voraus einen abweichenden Ausgleich vereinbaren (§ 4 Absatz 3 Satz 5 KHEntG).

Die Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 KHEntG werden in den Krankenhäusern meist frühzeitig berechnet anhand des Datenstands der E1-Daten aus Mitte Januar des auf den Vereinbarungszeitraum folgenden Kalenderjahrs. Die sich aus den Erlösausgleichen ergebenden Forderungen oder Verbindlichkeiten sind in den Jahresabschluss des Kalenderjahrs, das dem Vereinbarungszeitraum entspricht, einzustellen und unter den „Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht“ oder den „Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht“ mit dem Vermerk „davon nach dem KHEntG“ auszuweisen.

In den vergangenen Jahren war es in nicht wenigen Krankenhäusern geübte Praxis, die einmal ermittelten Erlösausgleiche erst in dem Jahr neu zu berechnen, in dem diese im Rahmen der Budgetverhandlungen endgültig gestellt wurden. Das konnte im Einzelfall bis zu fünf Jahre dauern.

## Neuberechnungen sinnvoll und zwingend

Im Wesentlichen sprechen zwei Gründe dafür, diese Erlösausgleiche jährlich neu zu berechnen, um die daraus resultierenden Änderungen ergebniswirksam im jeweils aktuellen Jahresabschluss berücksichtigen zu können:

■ Für Krankenhäuser, die ihren Jahresabschluss sehr früh aufstellen, liegen der Ausgleichsberechnung E1-Daten zugrunde, die vielleicht noch nicht das tatsächliche Leistungsvolumen des entsprechenden Kalenderjahrs abbilden; gegebenenfalls waren zunächst noch nicht sämtliche Fälle kodiert und/oder abgerechnet.

■ In den vergangenen Jahren haben Rechnungskorrekturen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Anzahl und Volumen deutlich zugenommen, sodass die für die Ausgleichsberechnung aus Mitte Januar des Folgejahrs ursprünglich verwendeten E1-Daten in späteren Jahren noch erheblichen Veränderungen unterliegen können.

Beides kann im Einzelfall so erhebliche Auswirkungen auf die Höhe der Ausgleichsforderungen/-verbindlichkeiten haben, dass unter Berücksichtigung der Wesentlichkeitskriterien im handelsrechtlichen Jahresabschluss eine zeitnahe Bilanzierung geboten erscheint.

Erträge beziehungsweise Aufwendungen aus der Anpassung der Ausgleichsrechnungen aus Vorjahren sind unter den „sonstigen betrieblichen Erträgen“ oder „sonstigen betrieblichen Aufwendungen“ mit dem Vermerk „davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre“ auszuweisen.

Die bilanzielle Berücksichtigung der neuen Ergebnisse aus den Ausgleichsberechnungen entspricht sowohl den im Handelsgesetzbuch (HGB) als auch in der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) kodifizierten Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung. Diese sollen der Klarheit, Vollständigkeit und Richtigkeit des Jahresabschlusses dienen.

Gemäß dem Vollständigkeitsgrundsatz (§ 246 HGB) sind sämtliche buchungspflichtigen Geschäftsvorfälle – das heißt alle eingetretenen positiven und negativen Vermögensänderungen sowie Vermögens- und Schuldumschichtungen – im Jahresabschluss zu erfassen. Demnach sollten zum Bilanzstichtag alle Forderungen und Verbindlichkeiten mit aktuellen Kenntnissen bewertet werden.

Eine frühe Aufstellung des Jahresabschlusses und vermehrte Rechnungs-korrekturen seitens des MDK machen Neuberechnungen der zunächst bilanzierten Erlösausgleiche in Folgejahren nötig. Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Rechnungslegungsvorschriften sind sich daraus ergebende wesentliche Auswirkungen auf die Höhe der Ausgleichsforderungen beziehungsweise -verbindlichkeiten dann auch im jeweils aktuellen Jahresabschluss zu berücksichtigen.

### Anschrift des Verfassers:

Detlef Vinke  
Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Nevinghoff 30  
48147 Münster

# Medizin trifft Ökonomie



Information und Anmeldung  
[www.medizin-trifft-ökonomie.de](http://www.medizin-trifft-ökonomie.de)

## Medizinische Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit?

Eine Veranstaltung der BBT-Gruppe

21./22. März 2014

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

### Themen (Auszug)

- Steuern von Krankenhäusern unter den bestehenden Rahmenbedingungen – Sparen bis zum Tod?
- Operative Exzellenz: Mehr Zeit für den Patienten und Rentabilität sind kein Widerspruch
- Helfen unter Druck – Ökonomisierung und die Gefahr der Sinnentleerung der heilenden Berufe
- Krankenhausmanagement im Wandel: Von der funktionalbasierten zur prozessbasierten Organisation
- Erfolgreiches Personalmanagement im Krankenhaus

### Vorträge und Diskussionen u. a. mit:

- Alfred Dänzer, Präsident Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Dr. Josef Düllings, Präsident Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.
- Dr. Wolfgang Fiori, DRG-Research-Group, Medizinisches Management – Medizincontrolling
- Klaus Galler, Malik Management Zentrum, St. Gallen
- Dr. Roman Hipp, Geschäftsbereichsleiter Porsche Consulting GmbH
- Andreas Latz, Geschäftsführer, Zentrale der BBT-Gruppe
- Prof. Dr. Giovanni Maio, Lehrstuhl für Medizinethik, Universität Freiburg
- Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer
- Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident Verband der leitenden Krankenhausärzte

Tagungsleitung: Prof. Dr. Dipl. Phys. Hans-Peter Busch  
Stabsstelle Medizin, Zentrale der BBT-Gruppe



Die BBT-Gruppe ist mit über 30 Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, rund 10.000 Mitarbeitenden und ca. 800 Auszubildenden einer der großen Träger von Krankenhäusern und Sozialeinrichtungen in Deutschland.