

Analyse

Mehrleistungsabschläge nach dem KHSG

- Problemfelder für Verhandlung und Schiedsstelle -

Inhalt

1 Einleitung

2 Verhandlung/Schiedsstelle auf Landesebene

2.1 Verhandlung auf Landesebene

2.1.1 Was sind Fixkosten?

2.1.2 Datenermittlung

2.1.3 Minimum Abschlagsvolumen in 2015

2.2 Schiedsstelle Verhandlung Bundesland

2.2.1 Der Fixkostenbegriff

2.2.2 Beibringungsgrundsatz bei der Abschlagshöhe

3 Verhandlung/Schiedsstelle auf Krankenhausebene

3.1 Verhandlung auf Krankenhausebene

3.1.1 Relevante Mehrleistungen

3.1.2 Höhe des Abschlags und Erhebungsdauer

3.1.2.1 Summenbetrachtung

3.1.2.2 Einzelbetrachtung

3.1.2.3 Vergleichsmaßstab für höhere Fixkostendegression

3.1.2.4 Wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen

3.1.2.4.1 Versorgungsauftrag und Leistungspflicht mit Verlusten

3.1.2.4.2 Berechnung bei wirtschaftlich begründeten Leistungen

3.1.3 Sonderfall der Leistungsverlagerungen im Einzugsgebiet

3.2 Schiedsstelle Verhandlung Krankenhaus

1 Einleitung

Mit dem KHSG wurde die Mehrleistungsvergütung für Akutkrankenhäuser in Deutschland wesentlich verändert. Hinter einigen wenigen Zeilen im Gesetz verbergen sich dabei für die Pflegesatzzeiträume ab 2017 zahlreiche Auslegungsprobleme und Konfliktpotentiale für die Verhandlungen auf Landes- und Krankenhausebene und für die ggf. anschließenden Schiedsstellenverfahren.

Die vorliegende Analyse will wesentliche Problemfelder aufzeigen und so eine optimale Vorbereitung auf die entsprechenden Verhandlungen ermöglichen. Zunächst werden relevante Fragen für die Verhandlungen auf Landesebene geschildert. Anschließend wird auf die Anwendung auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser eingegangen.

Für viele Fragestellungen lässt sich leider heute aufgrund der Interpretationsspielräume im Gesetz keine eindeutige Aussage treffen, wie diese am Ende in der Praxis – Verhandlung, Schiedsstelle, Genehmigungsbehörde, ggf. Gericht – beantwortet werden. Diese Analyse soll jedoch auch die Möglichkeit geben, für die verschiedenen Zweifelsfragen frühzeitig erfolgreiche Argumentationen zu entwickeln.

2 Verhandlung/Schiedsstelle auf Landesebene

2.1 Verhandlung auf Landesebene

In der Verhandlung auf Landesebene erfolgt die Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags „in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen“ (§ 10 Abs. 13 KHEntgG) , verbunden mit einer Mindestregelung auf Basis der im Landesbasisfallwert 2015 berücksichtigten Fixkostendegression.

Damit verbunden sind zwei Grundprobleme:

- Was sind Fixkosten im Krankenhaus?
- Wie sind diese für eine Verhandlung auf Landesebene zu ermitteln?

Außerdem ist die minimale Abschlagshöhe auf Basis der Landesvereinbarung 2015 zu berücksichtigen.

2.1.1 Was sind Fixkosten?

Ein naiver Ansatz zur Beantwortung dieser Frage wäre, die Personalkosten als fix und die Sachkosten als variabel anzusehen. Entsprechend war in den 80er Jahren die flexible Budgetierung im Krankenhausbereich aufgebaut. Allerdings wird dies dem betriebswirtschaftlichen Begriff der Fixkosten in keiner Weise gerecht.

Wenn man mit der Betriebswirtschaftslehre von der Entscheidungsabhängigkeit des Kostenbegriffs ausgeht, ist die Frage hinsichtlich Fixkosten oder variablen Kosten abhängig davon, für welche Entscheidung die Kosten ermittelt werden, und damit auch, für welchen Zeithorizont.

Bei einem Abschlag, der über (mindestens) drei Jahre erhoben wird, ist demnach für diese Frage darauf abzustellen, ob innerhalb dieses Zeitraums entsprechende Kosten fix oder variabel sind. Wenn man jetzt beispielsweise annimmt, dass bei bestimmten Mehrleistungen die zusätzlichen Kosten im ersten Jahr noch fix sind, in den beiden folgenden Jahren dann aber zusätzliche Kosten (sprungfixe Kosten) entstehen, gibt es mehrere denkbare Optionen, wie man dies berücksichtigen kann:

- Die Kosten werden als Fixkosten angesehen, weil sie dies im Vereinbarungsjahr sind.
- Die Kosten werden als variable Kosten angesehen, weil sie nicht wirklich fix sind bzw. weil sie überwiegend im Dreijahreszeitraum variabel sind.
- Die Kosten werden über eine Mischkalkulation anteilig als fix und als variabel angesehen (im Beispiel würden dann 1/3 der Kosten dieser Kostenart als fix angesehen).

Am ehesten dürfte eine Mischkalkulation über den Dreijahreszeitraum der Intention des Gesetzgebers entsprechen, Fixkostendegressionsvorteile zeitweise abzuschöpfen. Die praktische Umsetzung für eine Vereinbarung auf Landesebene ist aber dann mangels Datenbasis sehr schwierig.

2.1.2 Datenermittlung

Wenn man sich grundsätzlich geeinigt hat, was fixe Kosten bzw. Fixkostendegressionsvorteile sind, müssen diese konkret für die im Bundesland zu erwartenden Mehrleistungen ermittelt werden.

Die veröffentlichten Daten der DRG-Kalkulation (nach InEK-Matrix) sind hierfür ungeeignet, da für die Frage fixe Kosten versus variable Kosten daraus keine sinnvolle Aussage möglich ist. Es gibt zwar einige Positionen, die relativ unstrittig variabel sind (Medizinischer Bedarf, insbesondere die Einzelkosten des medizinischen Bedarfs). Bei den Personalkosten

und den Infrastrukturkosten hingegen lässt sich aus der InEK-Kalkulation keine Aussage treffen. Hier wird in aller Regel eine Mischung von variablen und fixen Kostenbestandteilen vorliegen. Die Kostenartengliederung der veröffentlichten InEK-Kalkulationsdaten ist viel zu grob, um damit eine differenzierte Analyse nach Fixkosten und variablen Kosten vorzunehmen.

Den Landeskrankenhausgesellschaften selbst stehen in der Regel keine entsprechend gegliederten Kostendaten zur Verfügung. Auch viele Krankenhäuser haben vermutlich keine kostenarten- und ggf. kostenstellenbezogene Differenzierung nach variablen und fixen Kosten. Und wenn derartige Rechnungen doch vorliegen sollten, dann vermutlich nicht mit einem Kalkulationshorizont von drei Jahren, sondern eher mit einem kürzeren Zeithorizont (z.B. Kalenderjahr) für kurzfristige Entscheidungsrechnungen.

Der Fixkostenanteil für drei Jahre dürfte intuitiv eher überschätzt werden. Dies gilt insbesondere für eine evtl. grundsätzliche Einordnung von Personalkosten als Fixkosten, die jedenfalls nicht sachgerecht ist.

Wenn die Leistung erhöht wird, hat dies hinsichtlich der Arbeitsbelastung eine Auswirkung auf fast alle Bereiche im Krankenhaus. Auch wenn diese erhöhte Leistungsanforderung bei kleineren Leistungssteigerungen nicht sofort die Notwendigkeit der Einrichtung einer zusätzlichen Stelle ergibt, so ist doch mit einem Aufbau von Stundensalden zu rechnen: Mehrarbeitsstunden, nicht genommener Urlaub, etc. Und auch das sind im betriebswirtschaftlichen Sinne Kosten, die zudem über den Aufbau entsprechender Rückstellungen bilanz- und ergebniswirksam sind.

Nachdem teilweise in Landeskrankenhausgesetzen in bestimmten Leistungsbereichen Vorgaben über Personalbesetzungen enthalten sind (siehe z.B. NRW hinsichtlich der Intensivmedizin), dürfte zudem einer vollständi-

ge Einordnung der Personalkosten als Fixkosten jegliche Basis fehlen. Aber auch in vielen nicht direkt mit der Patientenversorgung betreuten Bereichen sind die Personalkosten keine Fixkosten. Beispiel: Mehr Patienten, es werden mehr Speisen gekocht und portioniert, das erfordert eine längere Bandlaufzeit und damit eine ergebniswirksame Erhöhung der Stundensalden.

Auch bei den Sachkosten sind zahlreiche Kostenbestandteile jenseits des med. Bedarfs zumindest teilweise variabel, z.B.:

- Energie für zusätzlich geheizte Zimmer, zusätzliche Laufzeiten von stromintensiven Großgeräten
- Wäschereinigung, bei Abrechnung je Fall/Tag oder auch bei Abrechnung nach Gewicht
- Reparaturaufwendungen, insoweit sie auf Gebrauchverschleiß und nicht auf Zeitverschleiß beruhen
- etc.

Bei echten sprungfixen Kosten, die wirklich erst in einem nächsten Schritt zu zusätzlichen Kosten führen (z.B. Betrieb einer zusätzlichen Station mit sprungfixen Patientengemeinkosten wie: Flurreinigung, Heizung der Flure und Nebenräume, u.s.w.), ergeben sich weitere Fragen:

- In welchem Umfang kommt es bei den prognostizierten Leistungssteigerungen im Land zu derartigen Kostensprüngen, die dann nicht in den Fixkostendegressionsabschlag eingerechnet werden dürfen? So kann es für das gleiche Mehrleistungsvolumen in einem Bundesland hinsichtlich des Fixkostenanteils einen wesentlichen Unterschied ausmachen, ob sich die Mehrleistungen auf eher wenige Krankenhäuser mit größeren Leistungssteigerungen (und dann durch diesen Effekt geringeren Fixkostenanteilen) konzentrieren, oder auf viele Häuser mit geringen Steigerungen.
- Wie wird mit Kumulationseffekten umgegangen? Wenn also über mehrere Jahre Leistungssteigerungen erfolgen, die in keinem Jahr

so groß sind, dass sie für sich zu einem höheren Fixkostenblock führen, die aber kumuliert zu entsprechenden Mehrkosten führen?

Und auch bei Kenntnis aller o.g. Einflussgrößen wäre man noch nicht am Ziel angelangt. Denn damit würde man nur die durchschnittlichen Anteile der Fixkosten an allen Kosten der Krankenhäuser im Bundesland kennen, nicht jedoch die durchschnittlichen Fixkosten der Mehrleistungen im Bundesland, die jedoch die relevanten Kosten sind. Zusätzlich benötigte man also noch:

- Angaben darüber, in welchen Leistungsbereichen in welchem Ausmaß Mehrleistungen zu erwarten sind. Diese Angaben sind nach Trends in der Leistungsentwicklung der Vorjahre zumindest abzuschätzen.
- Berechnungswege, um den oben ermittelten allgemeinen Fixkostenanteil auf die so abgeschätzte Struktur der Mehrleistungen anzupassen.

Wenn beispielsweise in einem Land vor allem sachkostenintensive Leistungen steigen, was gar nicht so selten der Fall sein wird, liegt die Fixkostenquote für diese Mehrleistungen niedriger als die Fixkostenquote gesamt.

Fazit: Aus den o.g. Gründen ist eine dem Auftrag des Gesetzgebers folgende Ermittlung der Fixkosten für die Verhandlung auf Landesebene für die Verhandlungsparteien kaum realistisch möglich.

Damit kommt eine um so größere Bedeutung der gesetzlichen Mindestregelung über die Abschlagshöhe zu. Aber auch diese erfordert Prognoseleistungen, die in der Realität nicht ohne weiteres erbracht werden können.

2.1.3 Minimum Abschlagsvolumen in 2015

Da wie oben ausgeführt eine realistische kostenbasierte Vereinbarung des landesweiten Fixkostendegressionsabschlags sehr schwierig ist, kommt als praktische Alternative die Vereinbarung des Mindestabschlags auf Basis 2015 in Betracht.

Doch auch hier gibt es Prognoseprobleme für die Ermittlung. Es dürfen keine Mehrausgaben im Vergleich zur landesweiten Kostendegression 2015 entsprechend der Vereinbarung zum Basisfallwert entstehen. Das Erlösvolumen, um das es dabei geht, ist bekannt bzw. ermittelbar und bildet den Zähler der Rechnung. Die Schwierigkeit liegt jedoch darin, den Nenner der Rechnung zu bestimmen (Mehrleistungen), gerade bei der erstmaligen Anwendung der Norm.

Dafür sind folgende Informationen nötig:

- Wie hoch ist das Mehrleistungsvolumen, das im Pflegesatzzeitraum voraussichtlich vereinbart werden wird?
- Wie hoch ist der Anteil daran, der nicht von Ausnahmetatbeständen betroffen ist?
- Wie hoch ist der Anteil daran, der nur in halber Höhe dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegt (Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen, Verschiebungen im Einzugsgebiet)?
- In welchem Umfang werden abweichend höhere Fixkostendegressionsabschläge auf Hausebene vereinbart?
- Wie wird mit abweichend für länger als drei Jahre vereinbarten Laufzeiten eines Fixkostendegressionsabschlags auf Hausebene umgegangen? Wie wird das damit zusätzlich für die Kassen erzielte Abschlagsvolumen sachgerecht auf das Vereinbarungsjahr zurückgerechnet?

Dennoch sind diese Problemstellungen eher lösbar als eine tatsächlich kostenorientierte Vereinbarung.

2.2 Schiedsstelle Verhandlung Bundesland

Wenn sich die Vertragsparteien auf Landesebene nicht auf einen Abschlag einigen können, werden die o.g. Probleme auf die Schiedsstelle verlagert. Neben den bereits angesprochenen Fragestellungen kommen die beiden folgenden Unsicherheitsfaktoren hinzu:

2.2.1 Der Fixkostenbegriff

Nachdem der Schiedsstellenvorsitzende in der Regel ein erfahrener Jurist ist, kann man nicht zwingend davon ausgehen, dass er bereits im Voraus über die nötigen betriebswirtschaftlichen Kenntnisse zur sachgerechten Auslegung des Fixkostenbegriffs verfügt. Insofern werden beide Vertragsparteien auch maßgeblich versuchen, ihn von ihrer Begriffsauslegung zu überzeugen.

2.2.2 Beibringungsgrundsatz bei der Abschlagshöhe

Wie oben aufgeführt, verfügen beide Seiten direkt über keine hinreichende Datengrundlage für die Ermittlung der Abschläge. Nachdem die Landeskrankenhausgesellschaften jedoch über ihre Mitglieder zumindest potentiell Zugriff auf Kostendaten haben, besteht ein gewisses Risiko, dass der Schiedsstellenvorsitzende eventuellen Kassenforderungen nach sehr pauschalen überhöhten Abschlagssätzen folgt, wenn die Krankenseite nicht fundiert und differenziert mit entsprechenden Daten darauf antworten kann.

Insofern sollten die Landeskrankenhausgesellschaften prüfen, ob sie eine Abschätzung unter Berücksichtigung oben genannter Punkte nicht zumindest für eine repräsentative Stichprobe von Häusern in ihrem Bundesland durchführen. Dazu wären zwei Schritte erforderlich:

- Die an dieser Stichprobe beteiligten Häuser müssten die Kosten z.B. nach dem Kontenplan der KHBV hinsichtlich ihres fixen und variablen Anteils abschätzen, wobei nur pflegesatzrelevante stationäre Kostenanteile einzubeziehen sind.
- Es müsste eine sachgerechte Umrechnung eines so ermittelten Fixkostenanteils auf einzelne Basis-DRGs erarbeitet werden.

Mit einer derartigen Rechnung läge eine Grundlage für die Schiedsstelle vor, der die Kassenseite wenig entgegen setzen könnte.

Statt einer derartigen Rechnung auf Landesebene wäre zur Reduzierung des Aufwands auch eine Kooperation mehrerer Landeskrankengesellschaften denkbar oder eine bundesweite Lösung über die Deutsche Krankengesellschaft.

3 Verhandlung/Schiedsstelle auf Krankenhausebene

3.1 Verhandlung auf Krankenhausebene

Für die Verhandlung vor Ort stellen sich grundsätzlich zwei Fragen:

- Welche Mehrleistungen sind für den Abschlag relevant?
- Wie hoch ist der Abschlag bzw. wie lange wird er erhoben?

3.1.1 Relevante Mehrleistungen

Einige der Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag sind von der bisherigen Gesetzeslage her bereits bekannt (z.B. Transplantationen, hoher Sachkostenanteil). Systembedingt ist die neue Ausnahme hinzugekommen, dass DRGs mit Absenkung bereits in der Bewertungsrelation von einer (sonst doppelten) Kürzung ausgenommen sind. Strittig könnte die Auslegung der veränderten Ausnahme für die Auswirkungen krankenhauplanerische Maßnahmen werden.

3.1.2 Höhe des Abschlags und Erhebungsdauer

Hier liegt ein möglicherweise folgenschweres Interpretationsproblem im Gesetz hinsichtlich der Frage eines abweichenden höheren oder länger erhobenen Abschlags:

- Ist ein höherer Abschlag dann zu vereinbaren, wenn in Summe die vereinbarten Mehrleistungen eine höhere Fixkostendegression aufweisen als auf Landesebene vereinbart?
- Oder: Ist ein höherer Abschlag für einzelnen Leistungen zu vereinbaren, wenn lediglich diese mit einer höheren Fixkostendegression verbunden sind, auch wenn die gesamten Mehrleistungen eine Fixkostendegression sogar unterhalb des Landesschnitts aufweisen?

Was spricht für die beiden unterschiedlichen Lesarten?

3.1.2.1 Summenbetrachtung

Generell ist bei Casemixvereinbarungen von einer Summenbetrachtung auszugehen, es wird primär eine Gesamtleistung vereinbart und keine Einzelleistungen. Die Gesetzesbegründung spricht von „betriebswirtschaftlichen Kostenvorteilen“ bzw. davon, dass „mengenbezogene[n] Kostenvorteile von Mehrleistungen“ berücksichtigt werden (Begründung zu § 4 Abs. 2b KHEntgG). Dieses Ziel, also die zeitweilige Abschöpfung betriebswirtschaftlicher Kostenvorteile, wird nur mit der Summenbetrachtung umgesetzt. Bei der Einzelbetrachtung würden auch gar nicht vorhandene Kostenvorteile abgeschöpft, das heißt das Krankenhaus zur Leistungserbringung sogar unterhalb der variablen Kosten verpflichtet, da Leistungen mit hohen Fixkostenanteilen mit höheren Abschlägen belegt würden, Leistungen mit geringeren Fixkostenanteilen aber mit dem Durchschnittssatz. Das steht in offensichtlichem Widerspruch zur ausdrücklichen Intention des Gesetzgebers.

3.1.2.2 Einzelbetrachtung

Der reine Wortlaut hingegen lässt auch die zweite Auslegung zu, da in der Begründung gleichzeitig die Rede von „bestimmten zusätzlich vereinbarten Leistungen“ ist. Wenn man diese wörtlicher Auslegung konsequent anwendete, würde fast jedes Krankenhaus mit Mehrleistungen insgesamt einen höheren Abschlag bezahlen als den festgelegten Abschlag auf Landesebene, da zumindest bei komplexeren Leistungsveränderungen jenseits von ein oder zwei Basis-DRGs in der Regel in den Mehrleistungen auch Basis-DRGs mit höheren Fixkostenanteilen enthalten sein werden.

Das hätte weiterhin die Folge, dass das damit deutlich höhere Abschlagsvolumen u.U. auch zu Konsequenzen für die Vereinbarung des Abschlags-

satzes auf Landesebene führen müsste. Wenn davon auszugehen ist, dass auf Landesebene in der Regel ein Abschlagssatz auf Basis der Mindestregelung des Gesetzes (Absenkung 2015) vereinbart oder von der Schiedsstelle festgesetzt wird, dann müsste bei einer wörtlichen Auslegung der hier betrachteten Norm dieser landesweite Abschlagssatz deutlich niedriger ausfallen als bei einer Summenbetrachtung, um das Gesamtvolumen von 2015 zu erreichen. Insoweit schlägt diese Auslegungsfrage bereits auf die Verhandlungen auf Landesebene durch und sollte im Idealfall dort über eine entsprechende Vereinbarung generell geklärt werden.

Falls sich Schiedsstellen und Genehmigungsbehörden dieser, inhaltlich widersinnigen, wörtlichen Auslegung anschließen sollten, bleibt nur die Hoffnung auf eine zeitnahe Korrektur durch den Gesetzgeber.

3.1.2.3 Vergleichsmaßstab für höhere Fixkostendegression

Im Gesetz wird lediglich auf eine höhere Fixkostendegression abgestellt. Daraus ergibt sich die Anwendungsfrage: Höher als was? Hier sind vom reinen Gesetzestext her zwei Auslegungen denkbar

- Höher als die Mehrleistungen durchschnittlicher Häuser
- Höher als der landesweit vereinbarte Abschlagssatz für Mehrleistungen

Diese Unterscheidung wird relevant, wenn auf Landesebene wegen der vorgegebenen Mindestabschlagsregelung auf Basis der Landesvereinbarung 2015 ein höherer Satz vereinbart werden musste, als er von der Kostenstruktur her eigentlich gerechtfertigt wäre.

Die Gesetzesbegründung ist hierzu jedoch relativ eindeutig, sie spricht von „einer höheren Fixkostendegression als den auf Landesebene vereinbarten Abschlagssätzen“.

3.1.2.4 Wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen

Neben einer höheren Fixkostendegression gibt es noch einen zweiten Tatbestand für einen höheren Abschlag bzw. eine längere Abschlagsdauer: Steigerungen von Leistungen „bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind“.

Der Zweck dieser Vorschrift ist zwar klar, die praktische Umsetzung hingegen ist völlig offen. Der Fixkostendegressionsabschlag führt, wenn er korrekt ermittelt ist, dazu, dass nur die variablen Kosten gedeckt werden können. Damit bedeutet diese Norm u.U., dass für derartige Leistungen auch Teile der variablen Kosten nicht gedeckt werden. Daraus ergeben sich zwei Probleme:

3.1.2.4.1 Versorgungsauftrag und Leistungspflicht mit Verlusten

Der Versorgungsauftrag bedeutet für das Krankenhaus nicht nur ein Recht zur Abrechnung entsprechender Leistungen sondern in gewissem Rahmen auch eine Leistungspflicht. Gegen eine Verpflichtung zu einer nicht kostendeckenden Leistungserbringung gibt es jedoch auch grundlegende Einwände.

Insofern wird man diese Norm verfassungskonform so deuten müssen, dass ein höherer Abschlag nur für den Fall einschlägig ist, in dem zwar keine höhere Fixkostendegression vorliegt (weil sonst schon die vorgenannte Vorschrift greift), gleichwohl eine Erhöhung des Mehrleistungsabschlags nicht zur verpflichtenden Erbringung von Leistungen zu einem Entgelt unterhalb der variablen Kosten führt.

Dies ist dann möglich, wenn die Kostenstrukturen des leistungserbringenden Hauses so günstig sind, dass es mit im Vergleich zu anderen Häusern unterdurchschnittlichen variablen Kosten arbeitet. Nur dieser Fall würde

das Ziel der Norm, nämlich wirtschaftlich motivierte Fallzahlsteigerungen zu vermeiden, betreffen. Der Nachweis dieser Tatsache durch die Krankenkassen ist im bestehenden System aber kaum möglich.

3.1.2.4.2 Berechnung bei wirtschaftlich begründeten Leistungen

Auch wenn grundsätzlich ein konkreter Fall für einen höheren Abschlag bei wirtschaftlich begründeten Leistungssteigerungen vorliegt, fehlt es doch an einer hinreichend bestimmbar Basis, wie konkret die abweichende Abschlagshöhe ermittelt werden soll. Wie viel Prozent des Entgeltanteils für variable Kosten sollen während der Erhebung des Mehrleistungsabschlags ungedeckt bleiben? Hier ist weder für die Verhandlung vor Ort noch für die Schiedsstelle ein Rahmen erkennbar, an dem sich eine derartige Entscheidung orientieren könnte.

So bleibt auch hier im Grunde nur die oben ausgeführte Fallgestaltung, dass nachweislich das Krankenhaus für diese Leistungen geringere variable Kosten hat als der Durchschnitt der Krankenhäuser. Der Nachweis dürfte kassenseitig sehr schwer zu führen sein, insbesondere wenn das Krankenhaus keine entsprechend differenzierte Kostenträgerrechnung erstellt und daher auch nicht vorlegen kann.

3.1.3 Sonderfall der Leistungsverlagerungen im Einzugsgebiet

Abschließend sei hier nur noch die halbe Höhe des Mehrleistungsabschlags bei bestimmten Leistungsverlagerungen im Einzugsgebiet des Krankenhauses erwähnt. Die Ermittlungs- und Nachweisprobleme für diese Sonderregelung sprengen den Rahmen dieser Analyse. Die Schritte für eine entsprechende Datenermittlung dürften den Aufwand, den das Kartellamt zur Zeit bei Krankenhauszusammenschlüssen betreiben muss, sogar noch übersteigen, da insbesondere das Vorhandensein konkurrierender Krankenhäuser mit unterschiedlich großen Einzugsgebieten die Be-

rechnung stark verkompliziert.

3.2 Schiedsstelle Verhandlung Krankenhaus

Für die Schiedsstelle treffen im wesentlichen die gleichen Probleme zu, wie unter 2.1 für die Verhandlung auf Krankenhausebene genannt.

Nach dem Beibringungsgrundsatz müssten die Krankenkassen antragsbe gründende Tatsachen (hier: für eine höhere Fixkostendegression) darlegen. Abweichende Fixkostenanteile ergeben sich jedoch direkt nur aus vertraulichen Kostendaten des Hauses, die den Krankenkassen nicht vorliegen. Eine lediglich pauschale Behauptung, dass das Krankenhaus höhere Fixkosten und damit Degressionsvorteile habe, dürfte vor der Schiedsstelle in der Regel nicht ausreichen.

Wenn kassenseitig jedoch konkrete Argumente vorgebracht werden, dass und warum das Krankenhaus einen höheren Fixkostenanteil für die Mehrleistungen hat, kommt das Krankenhaus möglicherweise in die Zwangslage, dies zu widerlegen.

Ein denkbarer kassenseitiger Hinweis könnte sich auf die DRG-Kalkulation stützen. Wenn das Krankenhaus Mehrleistungen fordert, die nach den veröffentlichten Daten der bundesweiten DRG-Kalkulation einen deutlich unterdurchschnittlichen Sachkostenanteil aufweisen im Vergleich zur auf Landesebene unterstellten Struktur der Mehrleistungen, muss man in Betracht ziehen, dass eine Schiedsstelle das als Argument akzeptiert. Das gilt nur, soweit das Krankenhaus nicht mit entsprechenden Daten darlegt, dass diese Aussage für die konkreten Kostenstrukturen des eigenen Hauses nicht zutrifft. Für diesen Fall sollte das Krankenhaus eine entsprechend differenzierte Analyse der Fixkosten für die geforderten Mehrleistungen vorbereiten, um sie ggf. vorlegen können.

Falls jedoch auf Landesebene kein kostenbezogener Abschlag vereinbart wird, sondern auf Basis der Kürzungssumme 2015 der vorgegebene Minimalabschlag, wird die Argumentation der Krankenkassen vor der Schiedsstelle deutlich schwieriger. Der Vergleichsmaßstab ist jetzt nämlich der landesweit vereinbarte Prozentsatz, der in diesem Fall nicht mehr von der Kostenstruktur der Krankenhäuser im Land beeinflusst ist, sondern lediglich von früheren Leistungsveränderungen im Bundesland. Die Datenbasis der Krankenkassen wird es für sie schwierig machen, eine abweichende Kostenstruktur für die Mehrleistungen des Krankenhauses hinreichend plausibel zu machen.

Das gleiche gilt, wenn auf Landesebene lediglich ohne Bezug auf eine konkrete erwartete Struktur der Mehrleistungen ein Prozentsatz vereinbart wird. In diesem Fall ist es ebenfalls schwerlich möglich darzulegen, dass das Krankenhaus Mehrleistungen mit höheren Fixkostenanteilen vereinbaren möchte als durchschnittliche (Mehr-)Leistungen, da nun für den landesweit vereinbarten Prozentsatz keine konkreten Leistungen hinterlegt sind, mit deren Fixkostenanteilen ein Vergleich möglich wäre.

Bochum, Januar 2016

Dipl. Kaufmann Arndt Regorz

Alemannenstraße 6

44793 Bochum

info@regorz.de

www.regorz.de

Quellen

Krankenhausstrukturgesetz, BGBl. Jahrg. 2015, Teil I Nr. 51, S. 2229 ff.

Bundestagsdrucksache 18/5372

Bundestagsdrucksache 18/6586