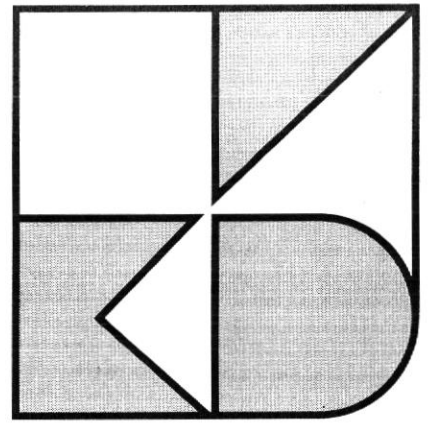
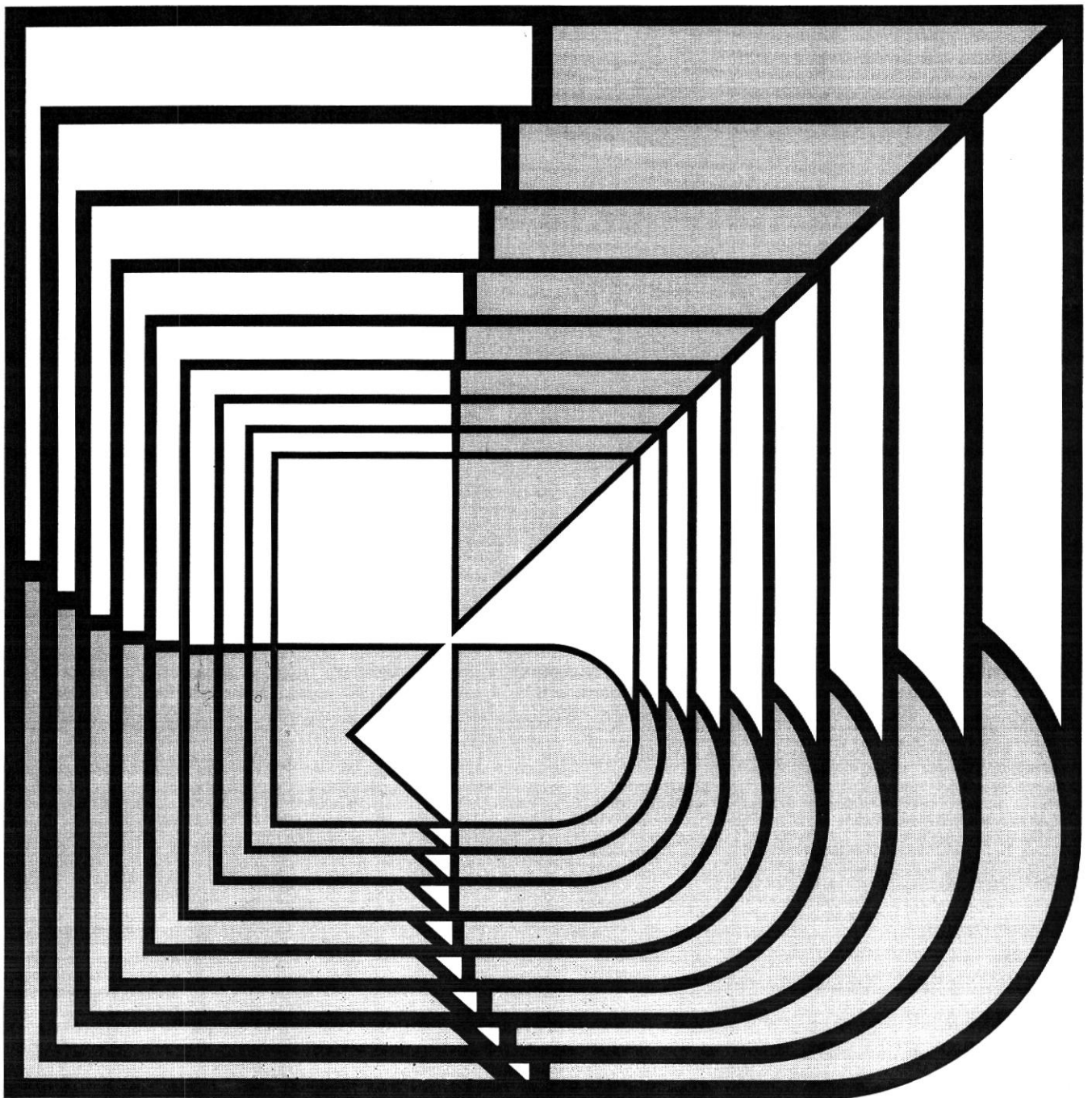


ØGF Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands eV



PRAXISBERICHTE
zu aktuellen Fragen
des Krankenhausmanagements
2010



Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG - eine juristische black box -

von Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr

1 Ausgangslage

Eine der umstrittensten Fragen im Krankenhausbereich war im Jahr 2009 die Höhe des Abschlages für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG. Eine Vielzahl von Schiedsstellenentscheidungen musste sich damit befassen. Auffallend ist die große Bandbreite zwischen 10 bis 30 % Abschlag, die von den Schiedsstellen festgesetzt wurde.

Die Höhe des Mehrleistungsabschlages hat auch noch im Jahre 2010 Relevanz. Dies ist einerseits darin begründet, dass noch nicht alle Krankenhäuser einen Abschluss ihrer Entgeltvereinbarung für das Jahr 2009 haben und andererseits, dass die Regierungsfractionen offen darüber nachdenken, ob ein Mehrleistungsabschlag auch im Jahre 2011 eingeführt werden soll.

Die Parteivorsitzenden der Regierungskoalition haben als Ziel vorgegeben, den Ausgabenanstieg im Jahre 2011 um mindestens 4 Milliarden Euro zu begrenzen. Die CDU-Abgeordneten Jens Spahn, MdB, und Dr. Rolf Koschorrek, MdB, haben Einsparoptionen zur Vorbereitung struktureller Maßnahmen im Bereich der GKV unterbreitet, die – dem Vernehmen nach – auf große Akzeptanz in der Regierungskoalition stoßen. Für den Krankenhausbereich sollen vereinbarte zusätzliche Leistungen mit einem Abschlag von 30 % versehen werden. Wie diese Rechtsvorschrift ausgestaltet werden soll, ist noch offen. Mit diesem Sparvorschlag würde sich die Regierungskoalition am obersten Ende des von den Schiedsstellen festgesetzten Mehrleistungsabschlages bewegen. Offen ist auch, ob die Regierung den Mehrleistungsabschlag – wie bisher in § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG – als Sollvorschrift ausweist, so dass auch geringere Abschlagssätze vereinbart werden können.

In Anbetracht der geplanten Gesetzesaktivitäten gibt es Sinn, die Gefechtslage zum Mehrleistungsabschlag für das Jahr 2009 näher zu beleuchten.

2 Übersicht über die Schiedsstellenentscheidungen

Dem Unterzeichner sind zum Teil aus eigener Tätigkeit die nachstehend aufgeführten Schiedsstellenbeschlüsse und Schiedsstellenempfehlungen bekannt:

Niedersachsen: Beschluss vom 11.05.2009: 10 % des Landesbasisfallwertes
Bayern: Empfehlung vom 01.09.2009: Preisnachlass zwischen 20 und 26 % des Landesbasisfallwertes
Sachsen: Beschluss vom 03.09.2009: 20 % des Landesbasisfallwertes
Hamburg: Beschluss vom 22.09.2009: 30 % des Landesbasisfallwertes
Hessen: Beschluss vom 27.10.2009: Preisabschlag in Höhe von 20 % des Landesbasisfallwertes (Sondersituation); Beschluss vom 19.01.2010; Beschluss vom 11.05.2010: Im Regelfall 26,5 % des Landesbasisfallwertes, wenn keine anderen Anhaltspunkte für die ökonomische Zumutbarkeit vorhanden sind; Beschluss vom 24.03.2010: 18 % (Sondersituation)
Thüringen: Beschluss vom 25.08.2009: 30 % des Landesbasisfallwertes
Schleswig-Holstein: Beschluss vom 04.12.2009: Wegen krankenhauserplanerischer Maßnahmen: 20 % des Landesbasisfallwertes
Rheinland-Pfalz: Beschluss vom 03.03.2010: 30 % des Landesbasisfallwertes; Beschluss vom 26.04.2010: 20 % des Landesbasisfallwertes (wegen Leistungskonzentration)
Brandenburg: Beschluss vom 09.03.2010: 25 % des Landesbasisfallwertes
Mecklenburg-Vorpommern: Beschluss vom 22.04.2010: 20 % des Landesbasisfallwertes (Kappungskrankenhaus)
Rheinland: Beschluss vom 22.03.2010: 30 % des Landesbasisfallwertes

Der niedrigste Abschlagswert beläuft sich auf 10 % (Niedersachsen) und der höchste von den Schiedsstellen tatsächlich festgesetzte Abschlagswert beträgt 30 %. Die in den Begründungen angeführte mögliche Bandbreite fällt deutlich höher aus. So geht die Schiedsstelle Hessen von einem Korridor von 10 % bis 43 %, die Schiedsstelle Rheinland-Pfalz geht von einer Bandbreite von 10 % bis 50 % aus und die Schiedsstelle Hamburg sieht sogar einen Rahmen bis 65 %. Insoweit hat sich jeweils landesweit eine Richtung über die Höhe des Abschlages abgezeichnet, an der sich dann auch die Verhandlungspartner orientierten. Unabhängig davon haben einige Schiedsstellenentscheidungen Ausnahmen von dem Richtwert zugelassen, wenn Sondersituationen vorlagen. Dies war etwa der Fall, wenn krankenhauserplanerische Maßnahmen die Anstellung und Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte (Ärzte, Funktionspersonal, Pflegedienst) erforderlich machten oder eine besondere Kostenbelastung durch neue Organisationseinheiten bestand. Die Abschlagssätze wurden in diesen Fällen mit 20 % bzw. 18 % festgesetzt (Schiedsstellenbeschluss Schleswig-Holstein vom 04.12.2009; Schiedsstellenbeschluss Hessen vom 24.03.2010 – 18 %).

Als Sondersituation wurde auch betrachtet, wenn ein Krankenhaus sog. Bestandsleistungen des Jahres 2008 nunmehr im Jahr 2009 als zusätzliche Leistungen in das Erlösbudget einstellte. Diese Bestandsleistungen wurden im Jahr 2008 über den Mehrerlösausgleich zu 65 % den Krankenkassen wieder gutgebracht. Eine Doppelbelastung ist insoweit zu vermeiden (Schiedsstellen-Beschluss Hessen vom 29.09.2009).

Eine Sichtung der Schiedsstellenbeschlüsse belegt jedoch deutlich, dass keine Schiedsstelle dem „Kostenansatz“ der Sozialleistungsträger Rechnung getragen hat. Die Sozialleistungsträger haben in den Schiedsstellenverfahren regelmäßig vorgetragen, dass Leistungsveränderungen nur in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen anzusetzen seien. Der gewünschte Abschlag der Krankenkassen bewegte sich daher in exorbitant großen Dimensionen, die auf rund 80 % hinausliefen (siehe z.B. Schiedsstellenbeschluss Niedersachsen vom 11.05.2009). Keine der Schiedsstellenentscheidungen hat sich dieser Argumentation der Krankenkassen aus Rechtsgründen angeschlossen. Auch wenn eine große Bandbreite der Mehrleistungsabschläge zu verzeichnen ist, kann es als Erfolg gewertet werden, dass der Kostenansatz der Sozialleistungsträger von den Schiedsstellen einheitlich abgelehnt wurde.

3 Verfassungsrechtliche Bedenken

Die gesetzliche Regelung ist von der Formulierung her schlicht und wenig aussagekräftig. Weder aus dem Wortlaut noch aus der Gesetzesbegründung lässt sich nicht einmal ansatzweise ein Hinweis des Gesetzgebers entnehmen, in welcher Höhe der Mehrleistungsabschlag anzusiedeln ist. Die Höhe des Mehrleistungsabschlages ist eine black box für die Vertragsparteien.

Es war daher Aufgabe der Schiedsstellen etwas Licht in das Dunkel zu bringen und das Beste aus dieser Vorschrift zu machen. Einige Schiedsstellenentscheidungen sind dabei soweit gegangen, dass sie mangels Bestimmtheit dieser Vorschrift verfassungsrechtliche Bedenken geäußert haben. So moniert die Schiedsstelle Hessen (Beschluss vom 27.10.2009), dass die fehlende Bestimmtheit der gesetzlichen Regelung zu unhaltbaren Ergebnissen führt, wenn eine Entscheidung mangels Maßstab nicht gerichtlich überprüfbar sei. Diese verfassungsrechtlichen Bedenken wurden sodann jedoch zur Seite gelegt, da lediglich das BVerfG die Verwerfungskompetenz hat. Andererseits gab es auch eine Schiedsstellenentscheidung, die sich diesen verfassungsrechtlichen Bedenken nicht anschloss. Mit guten Gründen hat die Schiedsstelle Rheinland (Beschluss vom 22.03.2010) ausgeführt, dass die Schiedsstelle als „echtes

Vertragshilfeorgan“ Spielräume, die der Gesetzgeber den Vertragsparteien überlassen hat, ausfüllen kann, auch wenn es hierfür keine konkreten Vorgaben gibt (siehe hierzu: Mohr/Kröger, Abschlag für Mehrleistungen – Zur Auslegung von § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG, Ku 6/2009, S. 50 ff.).

4 Problemfelder bei der Anwendung von § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG

Da die Budgetrunde für 2009 noch nicht in Gänze abgeschlossen ist, soll im nachfolgenden noch einmal auf die Rechtsgrundlage, die Intention des Gesetzgebers/Sinn und Zweck der Regelung und auf die richtige Sichtweise bei der Anwendung von § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG eingegangen werden.

1. Zur Rechtsgrundlage

§ 4 Abs. 2a KHEntgG sieht einen Abschlag für Mehrleistungen von dem Landesbasisfallwert – einmalig für das Jahr 2009 – vor.

Wörtlich heißt es in § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG:

„Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 sollen die Vertragsparteien für das Jahr 2009 für Mehrleistungen gegenüber den für das Vorjahr krankenhausindividuell vereinbarten Leistungen eine niedrigere Vergütung vereinbaren, in dem sie für diese Mehrleistungen einen Abschlag von dem Landesbasisfallwert festlegen.“

Diese Änderung des KHEntgG durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ist am 25.03.2009 in Kraft getreten, also der Vereinbarung für das Jahr 2009 zu Grunde zu legen, auch wenn die Budgetverhandlungen erst im Jahr 2010 zum Abschluss gebracht werden.

Nach dieser Regelung vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort (§ 18 Abs. 2 KHG) wie bisher ein Erlösbudget auch für das Jahr 2009. Dieses Erlösbudget wird ermittelt, indem die Summe der effektiven Bewertungsrelationen (BwR) mit dem Landesbasisfallwert multipliziert wird, die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG dazu addiert werden und der Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung abgezogen wird. Die vorgesehenen Zu- und Abschläge werden von der Rechnung abgesetzt und finden keine Berücksichtigung bei der Findung des Erlösbudgets (siehe Abschnitt B2 AEB 2009). Entsprechend heißt es in § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG, dass der Abschlag nach Satz 1 in der Rechnung gesondert auszuweisen ist.

2. Intention des Gesetzgebers/Sinn und Zweck der Regelung

§ 4 Abs. 2a KHEntgG wurde auf Grund der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum KHRG vom 11.12.2008 (Drucksache 16/10807) eingeführt (Änderungsantrag 5).

In diesem Änderungsantrag 5 heißt es wörtlich:

„Satz 1 gibt den Vertragsparteien auf der örtlichen Ebene vor, für das Jahr 2009 bei der Vereinbarung des Erlösbudgets Preisnachlässe für zusätzliche Leistungen, die gegenüber dem Vorjahr vertraglich festgelegt werden, zu vereinbaren. Die Vorgabe „sollen“ ist eine grundsätzlich verbindliche Vorgabe, von der nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden kann.“ (Hervorhebung vom Autor)

Aus der (einzigen) Begründung im Änderungsantrag der Regierungsfractionen geht daher hervor, dass der Gesetzgeber einen Preisnachlass für das Jahr 2009 regeln wollte. Dieser Preisnachlass bezieht sich nur auf das Jahr 2009. Im Jahr 2010 ist kein Preisnachlass gesetzlich vorgesehen.

Mit dieser Regelung sollte neben dem Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung (§ 5 Abs. 6 KHEntgG idF KHRG) eine Entlastung der Kostenträger erfolgen. Hintergrund hierfür war, dass nach Ermittlungen des GKV-Spitzenverbandes-Bund für das Jahr 2009 mit einer Zusatzbelastung der gesetzlichen Krankenkassen in der Größenordnung von 600 bis 800 Millionen Euro zusätzlich zu rechnen gewesen sei. Insoweit sah der Gesetzgeber „Korrekturposten“ für das Jahr 2009 vor. In der Zwischenzeit hat sich jedoch herausgestellt, dass die GKV im Jahr 2009 einen massiven Überschuss in Höhe von 1,1 Mrd. Euro erzielt hat (siehe Pressemitteilung des BMG vom 10.03.2010).

Zusätzlich sieht der Gesetzgeber einen weiteren Abschlag für Krankenhäuser vor, bei denen die Tarifierhöhungen, die im Landesbasisfallwert anzusetzen sind, zu einer teilweisen Überfinanzierung führen würden (§ 5 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG idF KHRG).

Der Gesetzgeber hat also an drei Stellen Korrekturposten zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen: Einmal bei der Verlängerung des Konvergenzschrittes (§ 5 Abs. 6 KHEntgG idF KHRG), dann bei der Einführung eines einmaligen Preisnachlasses bei Mehrleistungen für das Jahr 2009 (§ 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG idF KHRG) und schließlich bei einer mehr als hälftigen Tarifikostenfinanzierung (§ 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG idF KHRG).

Weitere Hinweise, insbesondere zur Höhe des Preisnachlasses, enthält die Antragsbegründung nicht. Somit war der Streit zwischen den Vertragsparteien vorprogrammiert.

3. Höhe des Abschlages (Preisnachlasses)

Da der Gesetzgeber über die Höhe des Abschlages schweigt, war es daher Aufgabe der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG bzw. an deren Stelle Aufgabe der Schiedsstelle, einen angemessenen und sachgerechten Preisnachlass zu finden.

Dabei ist nicht auf die Kostensituation abzustellen, wie die Schiedsstellen richtig erkannten. Der Kostenansatz der Sozialleistungsträger, wonach lediglich die variablen Kostenanteile bei den Mehrleistungen zu finanzieren seien, wurde von den Schiedsstellen durchgängig als nicht systemgerecht zurückgewiesen.

Ein Preisnachlass hat mit den Kosten der Leistungserbringung nichts zu tun. Ebenso wenig kann auf die Kalkulation der Höhe der Entgelte der DRGs nach fixen und variablen Kosten abgestellt werden. Die DRGs sind Durchschnittspreise und Festpreise. Mal sind sie auskömmlich kalkuliert, mal sind sie es nicht. Hätte der Gesetzgeber nur die Berücksichtigung der variablen Kosten bei Mehrleistungen gewollt, hätte er dies entsprechend regeln können, wie er es bei den Mehr- bzw. Mindererlösen mit festen Prozentsätzen oder beim Landesbasisfallwert geregelt hat (siehe §§ 4 Abs. 3 Satz 3 und 4; 10 Abs. 3 Nr. 4 KHEntgG idF des KHRG). Diesen möglichen Regelungsweg hat der Gesetzgeber aber nicht verfolgt. Er wollte vielmehr einmalig für das Jahr 2009 eine gewisse finanzielle Entlastung der Krankenkassen erreichen (siehe hierzu: Beschluss der Schiedsstelle Hessen vom 27.10.2009, 19.01.2010, die von einem einmaligen Kostendämpfungsbeitrag ausgeht).

Da der Gesetzgeber selbst die Höhe des Preisnachlasses nicht festlegt und keine Maßstäbe vorgibt, haben die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG eine angemessene Regelung zu finden. Einigen sich die Vertragsparteien in diesem Punkt nicht, hat ersatzweise die Schiedsstelle einen angemessenen Preisabschlag zu bestimmen. Entsprechend der Regelung nach § 315 Abs. 3 BGB ist die Bestimmung „nach billigem Ermessen“ vorzunehmen. Dies entspricht der ständigen Rechtsprechung des BVerwG. Danach hat die Schiedsstelle dieselben rechtlichen Grenzen zu beachten, die auch für die Pflegesatzparteien selbst im Falle der Regelung durch Vereinbarungen gelten; innerhalb dieser Grenzen hat die Schiedsstelle die ansonsten den Vertragsparteien zukommenden Gestaltungsmöglichkeiten (so BVerwG, Urteil vom 08.09.2005 – 3 C 41/04, juris Rdnr. 18).

Im Ergebnis haben sich die Schiedsstellen jedoch auch nicht der Auffassung der Krankenhausseite zur Höhe des Abschlags angeschlossen. Diese Argumente waren u.a.:

- (1) Der ehemalige Sanierungsbeitrag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von 0,5 % auf die Rechnungen könnte als Messlatte herangezogen werden;
- (2) das am 25.07.2001 aufgehobene Rabattgesetz sah 3 % Rabatt vor;
- (3) der Gesetzgeber lasse nur angemessene Rabatte zu wie z.B. für Arzneimittel in Höhe von 5 % (§ 130 Abs. 1 Satz 1 SGB V);
- (4) die Krankenhäuser dürften im Jahr 2009 nicht schlechter gestellt werden als 2008 mit einem Konvergenzschrift von 80 %;
- (5) die DRG-Entgelte enthalten keinen Gewinnzuschlag; Preisnachlässe kämen grundsätzlich nur bei Preisen in Betracht, die einen Gewinn einkalkuliert haben;
- (6) bei der Festlegung des Preisnachlasses sei in jedem Fall zu berücksichtigen, dass die Mehrleistungen bereits einem (anderen) Abschlag kraft Gesetz unterliegen, nämlich dem sogenannten Konvergenzabschlag nach § 5 Abs. 6 KHEntgG idF des KHRG.

5 Bewertung der Schiedsstellenbeschlüsse

Während noch im Zeitraum der Konvergenzphase (von 2005 bis 2008) für Mehrleistungen eine stufenweise Anpassung erfolgte (im Jahr 2005 zu 33 von 100, im Jahr 2006 zu 50 von 100, im Jahr 2007 zu 65 von 100 und im Jahr 2008 zu 80 von 100) und auf dieser Basis eine Budgetanpassung für Mehrleistungen erfolgte, hat der Gesetzgeber in Folge des KHRG § 4 Abs. 4 KHEntgG aufgehoben und in § 4 Abs. 2 KHEntgG (neu) festgelegt, dass das Erlösbudget sich aus der Multiplikation der Leistungen mit dem Landesbasisfallwert ergibt.

Somit erfolgt im Jahr 2009 formal ein 100-%iger Ansatz des Landesbasisfallwertes auch für Mehrleistungen. Lediglich zur Verringerung der Belastung der Krankenkassen im Jahr 2009 hat der Gesetzgeber im gleichen Atemzug § 4 Abs. 2a KHEntgG eingeführt, der einen Preisnachlass zu Gunsten der Krankenkassen vorsieht. Dies hat mit dem pauschalierenden DRG-Festpreis-System, das, wie vorstehend dargelegt, auf die 100-%ige Finanzierung der Leistungen des Krankenhauses ausgerichtet ist, nichts zu tun. Der Abschlag ist ein reiner Rechnungsabschlag (siehe § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG).

Aus den dargestellten Anpassungsschritten, die in § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG angelegt sind, ergibt sich, dass im Jahr 2008 Mehrleistungen zu 80 % des Landesbasisfallwertes berücksichtigt worden sind. Warum dieser Betrag im Jahr 2009 noch erheblich

unterschriften werden soll, erschließt sich nicht. Dafür gibt es in der gesetzlichen Begründung nicht den geringsten Ansatzpunkt.

Diesem Gesichtspunkt hat bisher nur die Schiedsstelle Brandenburg ausreichend berücksichtigt (Beschluss vom 09.03.2010). Danach bietet der für das Jahr 2008 geltende Wert (80 %) einen Anhaltspunkt für die Größenordnung des vorzunehmenden Abschlags (20 %). Noch näher gelegen hätte, sich der Grundentscheidung des Gesetzgebers zur Konvergenzverlängerung auch bei der Festlegung der Höhe des Mehrleistungsabschlages anzuschließen und einen Preisabschlag in Höhe von 10 % festzusetzen. Dies wäre rechtlich konsequent ableitbar und übertragbar. Diesem Argument ist ersichtlich jedoch nur die bundesweit erste Schiedsstellentscheidung aus Niedersachsen gefolgt (s. u.a. Beschluss vom 11.05.2009). Der von anderen Schiedsstellenentscheidungen festgesetzte Abschlagsbetrag löst sich hiervon und trägt mehr der „gefühlten“ Zumutbarkeit für die Krankenhäuser Rechnung. Dies wird insbesondere deutlich in den Schiedsstellenbeschlüssen Hessen, die die krankenhausesindividuelle ökonomische Zumutbarkeit in den Vordergrund rücken, ohne jedoch hierfür Maßstäbe zu entwickeln und anzusetzen (s. u.a. Beschluss der Schiedsstelle Hessen vom 19.01.2010).

6 Umsetzungsprobleme

Bereits im Jahr 2009 stellte sich das Problem, auf welche Art und Weise die Finanzierung des Mehrleistungsabschlages erfolgt. Aus Praktikabilitätsgründen und aus Gründen der Finanzierungssicherheit legten die Sozialleistungsträger Wert darauf, einen Gesamtabschlagsbetrag zu errechnen und den Abschlag auf die Summe der Bewertungsrelationen zu beziehen. Ergebnis dieser Überlegung ist, dass alle Rechnungen ab einem bestimmten Umsetzungszeitpunkt gekürzt werden.

Dem hat z.B. die Schiedsstelle Niedersachsen (Beschluss vom 11.05.2009) Rechnung getragen und einen allgemeinen Abschlag auf den Landesbasisfallwert für alle Leistungen (nicht nur für die Mehrleistungen) festgesetzt. Dem ist auch die Schiedsstelle Hessen mit Beschluss vom 24.03.2010 gefolgt und hat den Vertragsparteien aufgegeben, den festgesetzten Abschlagsbetrag auf alle Leistungen umzurechnen, so dass ein einheitlicher niedrigerer Landesbasisfallwert zu Grunde gelegt wird.

Dies deckt sich nicht mit der Rechtslage, wonach der Abschlag für diese Mehrleistungen festzusetzen und in der Rechnung gesondert auszuweisen ist (§ 4 Abs. 2a Satz 1 und 4 KHEntgG). Da sich der Abschlag nur auf diese Mehrleistungen bezieht (siehe § 4 Abs.

2a Satz 1 KHEntgG) ist richtiger Auffassung nach der Rechnungsabschlag nur für die Mehrleistungspatienten in Ansatz zu bringen.

Ein weiteres Problem entsteht, wenn der Entgeltzeitraum 2009 bereits abgelaufen ist und die Schiedsstelle erst im Jahre 2010 hierüber entscheidet. Dann entsteht die Frage, ob ein Ausgleich gesetzlich vorgesehen ist. Analysiert man die einschlägigen Rechtsvorschriften kommt man zu dem Schluss, dass weder § 4 Abs. 3, § 5 Abs. 4 KHEntgG (Erlösausgleich), noch § 15 Abs. 3 KHEntgG (Zahlbetragsausgleich) auf den Abschlag nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG abstellen. Dies ist auch kein gesetzgeberisches Missgeschick, da nach § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG der Mehrleistungsabschlag als Rechnungsabschlag konzipiert ist, ein Ausgleich wäre somit systemfremd. Der Abschlag muss rechtlich zwingend über die Krankenhausrechnung bzw. eine nachträgliche Rechnungskorrektur erfolgen. Bei Streitigkeiten hierüber sind die Sozialgerichte zuständig (vgl. BVerwG, Urteil vom 20.12.2007, Az.: 3 C 53.06).

Über diese rechtlichen Bedenken hat sich die Schiedsstelle in Hessen mit Beschluss vom 11.05.2010 hinweggesetzt und einen errechneten Betrag für die Mehrleistungsabschläge als ausgleichsfähig angesehen (Festsetzung eines Abschlages auf den Abschlagsbetrag im Budget; Restausgleich im folgenden Entgeltzeitraum). Eine Rechtsgrundlage hierfür konnte die Schiedsstelle jedoch nicht angeben. Sie beruft sich ausschließlich auf die ihr zustehende Gestaltungskompetenz.

Schlussbemerkung

Angesichts der wirtschaftlich angespannten Situation der Krankenhäuser ist es nicht vertretbar, nach einem Jahr Verschnaufpause (2010) wieder einen Abschlag für Mehrleistungen im Jahr 2011 einzuführen. Dies ist auch nicht systemgerecht, da das DRG-System auf eine volle Finanzierung der erbrachten Leistungen angelegt ist. Damit lässt sich ein Abschlag für Mehrleistungen nicht vereinbaren.