

Ermittlung der Ertragsausfall-Versicherungssumme im Krankenhaus

Markus Brück, Deutsche Rückversicherung AG, Düsseldorf

Inhaltsverzeichnis

- 1. Grundlagen der Ertragsausfallversicherung**
 - 1.1. Einführung
 - 1.2. Haftzeit
 - 1.3. Bewertungszeitraum
 - 1.4. Versicherungssumme

- 2. Krankenhausspezifische Quellen zur Summenermittlung**
 - 2.1. Krankenhausfinanzierung
 - 2.2. Änderung der Krankenhausfinanzierung
 - 2.3. Diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRGs)
 - 2.4. Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV)

- 3. Summenermittlungsverfahren**
 - 3.1. Verfahrensweise in der Praxis
 - 3.2. Summenermittlung auf Basis der KHBV

1. Grundlagen der Ertragsausfallversicherung

1.1. Einführung

Zur Einführung seien die wesentlichen Merkmale der Ertragsausfall-Versicherung in Erinnerung gerufen: Grundsätzlich versichert ist der Ertragsausfall (EA), der infolge eines Sachschaden **nicht erwirtschaftet** werden konnte. Weitere Eingrenzungen enthalten die Versicherungsbedingungen, auf die bei der Erörterung der Summenermittlung nicht eingegangen werden muss.

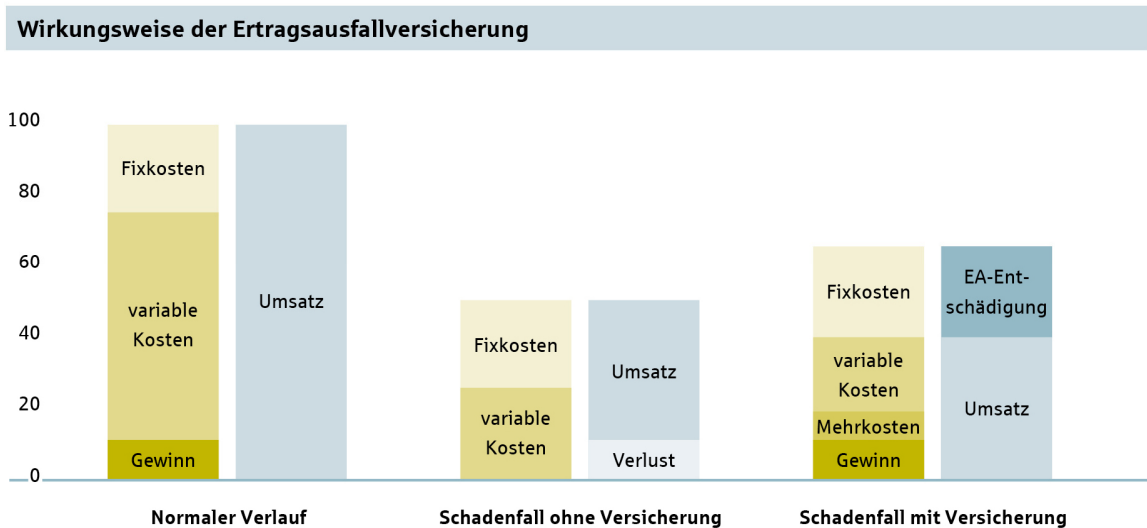
Versichert ist der Ertrag. Betriebswirtschaftlich gesehen ist dies die in Geld bewertete betriebliche Leistung einer Periode. Die Quellen der Erträge sind im Wesentlichen:

- die Umsatzerlöse
- Zu-/Abnahmen der Lagerbestände
- aktivierte Eigenleistungen

Den Erträgen stehen die Aufwendungen der entsprechenden Periode gegenüber, wobei die Erträge zur Abdeckung der Aufwendungen verwendet werden. Den betrieblichen Leistungsprozess könnte man auch verkürzt darstellen als Werteverzehr durch die Kombination von Produktionsfaktoren. Diese werden „zurückvergütet“ durch Umsatzerlöse aus dem Markt. Ertrag ./ Aufwand ergibt einen Gewinn oder einen Verlust. Wird ein Betrieb durch einen Schaden unterbrochen, wird man von einer mehr oder weniger starken Beeinträchtigung des betrieblichen Leistungsprozesses ausgehen müssen. Die Minderleistung führt auch zu einem Rückgang auf der Ertragsseite.

Die Minderleistung hat zugleich auch Auswirkungen auf die Kosten: Leistungsabhängige Kosten (variable Kosten) gehen ebenfalls zurück (Materialeinsatz wie z. B. Verbandsmittel). Die leistungsunabhängigen Kosten, auch fixe Kosten genannt, bleiben in unveränderter Höhe bestehen. Diese Kosten können nicht mehr durch Erträge „abgedeckt“ werden, so dass ein Verlust entsteht. Die Ertragsausfallversicherung hat demnach notwendigerweise den Deckungsbeitrag, also den um die variablen Kosten verminderten betrieblichen Ertrag, zum Gegenstand.

Das nachfolgende Schaubild zeigt stark vereinfacht die Gewinn- und Verlustrechnung (G + V) eines Betriebs einer Wirtschaftsperiode:



Das **linke Säulenpaar** stellt den Betrieb unter „Normalbedingungen“ dar. Der Umsatz/Ertrag überdeckt die Kosten, so dass ein Gewinn entsteht.

Das **mittlere Säulenpaar** zeigt denselben Betrieb, allerdings mit einer Betriebsunterbrechung: Die verbliebenen Kosten werden nicht mehr durch den im Leistungsprozess generierten Umsatz gedeckt, ein Verlust entsteht.

Beim **rechten Säulenpaar** wird die Wirkung der Ertragsausfallversicherung deutlich: Umsatz und EA-Entschädigung decken die verbliebenen Fixkosten, die im Versicherungsfall aufgewendeten Mehrkosten sowie den Gewinn ab, der bei ununterbrochenem Verlauf erwirtschaftet worden wäre. Wirtschaftlich wird der Betrieb so gestellt, als wäre keine Unterbrechung eingetreten.

1.2. Haftzeit

Ein wesentliches Merkmal der EA-Versicherung ist die Haftzeit. Sie begrenzt die vertragliche Haftung des Versicherers in zeitlicher Hinsicht. Üblicherweise werden bei Krankenhäusern Haftzeiten von 12 bis 24 Monaten vereinbart, in Einzelfällen auch bis zu 36 Monaten. Die Ertragsausfallversicherung deckt einen Vermögensschaden, der sich vom Zeitpunkt der Unterbrechung aus in die Zukunft entwickelt. Für die Bemessung der versicherten Erträge sind folglich zukünftige Werte relevant, die prognostiziert werden müssen.

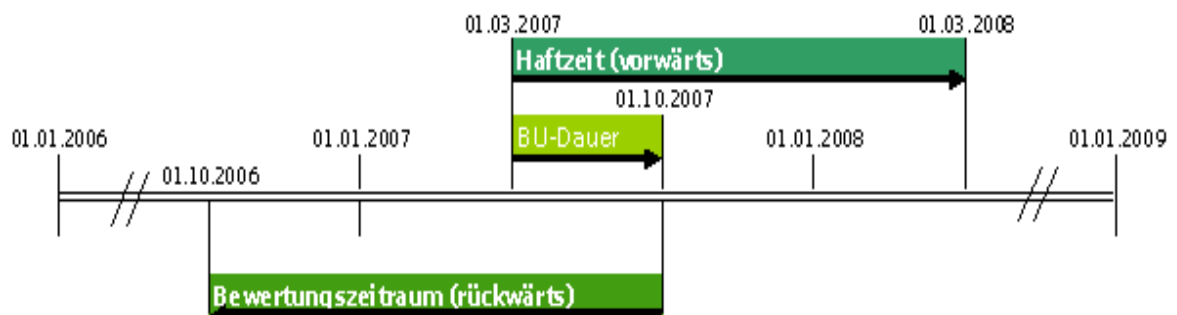
1.3. Bewertungszeitraum

Eine weitere zeitliche Komponente in der EA-Versicherung stellt der Bewertungszeitraum dar. Der Bewertungszeitraum ist diejenige Periode, die zur Ermittlung der betrieblichen Erträge und damit zur Ermittlung des Versicherungswertes im **Schadenfall** herangezogen wird. Maßgebend für den Versicherungswert im Versicherungsfall sind die betrieblichen Erträge, die der Betrieb ohne Unterbrechung im Bewertungszeitraum erwirtschaftet hätte.

Der Bewertungszeitraum **endet** ab dem Zeitpunkt, von dem an ein Unterbrechungsschaden nicht mehr besteht, spätestens mit dem Ablauf der Haftzeit. Der **Beginn** des Bewertungszeitraumes ergibt sich aus der Rückrechnung vom Zeitpunkt des Endes der Unterbrechung (d. h. Wiederherstellung der Betriebsbereitschaft) oder vom Zeitpunkt des Endes der Haftzeit, und zwar um 12 Monate, bei überjährigen Haftzeiten um 24 oder gar 36 Monate entsprechend der gewählten Haftzeitvereinbarung.

Deutlich werden die Zusammenhänge anhand der folgenden Grafik:

Haftzeit und Bewertungszeitraum schematisch dargestellt



Die Haftzeit beginnt mit Eintritt des Sachschadens für die vertraglich vereinbarte Dauer, im Schaubild am 01.03.2007. Unterstellt wird in diesem Beispiel eine Haftzeit von 12 Monaten. Die Unterbrechung endet am 01.10.2007.

Von diesem Zeitpunkt aus wirkt der Bewertungszeitraum rückwärts. Der Versicherungswert entspricht demnach den Deckungsbeiträgen in der Betrachtungsperiode vom 01.10.2006 bis 01.10.2007.

1.4. Versicherungssumme

Gemäß den in Deutschland vorwiegend verwendeten Bedingungen (z. B. FBUB), ist die Ertragsausfallversicherung eine Vollwertversicherung: Die Versicherungssumme soll dem im Schadenfall maßgeblichen Versicherungswert entsprechen. Wie schon anhand des vorausgehenden Schaubildes erläutert, richtet sich die Haftzeit in die Zukunft.

Auch der Versicherungswert, der sich ergibt, wenn der Bewertungszeitraum am letzten Tag der maximal möglichen Haftzeit endet, muss durch die Versicherungssumme abgedeckt sein. Die Versicherungssummenentwicklung ist daher für Folgejahre mit einem Sicherheitszuschlag zu schätzen. Zeitraum: Haftzeit in vollen Jahren + 1 (Begründung: Das Szenario „Schaden am letzten Tag der Versicherungsperiode“ sowie „Dauer dieses Schadens über die gesamte Haftzeit“ muss durch die Versicherungssumme abgedeckt sein).

Die Versicherungsbedingungen sehen in der Regel eine nachträgliche Meldung zur Adjustierung der Versicherungssumme vor. Der VN erhält somit Beitragsanteile für eventuell zu hoch prognostizierte Versicherungssummen zurück.

2. Krankenhausspezifische Quellen zur Summenermittlung

2.1. Krankenhausfinanzierung

Krankenhäuser weisen erhebliche Spezifika bei ihrer Umsatzgenerierung auf. Der Umsatz ist bestimmt durch das System der Krankenhausfinanzierung im deutschen Gesundheitswesen. Daher müssen die Spezifika der Krankenhausfinanzierung näher betrachtet werden.

Die duale Krankenhausfinanzierung in Deutschland bedeutet, dass Bund und Länder Fördermittel für **Investitionskosten** als Subventionen zur Verfügung stellen. Maßgeblich sind die Abschnitte 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie weitere Vorschriften im Bundes- und Landesrecht.

Die laufenden **Betriebskosten** werden vorrangig durch Erstattungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, durch sonstige Einnahmen des Krankenhauses (z. B. Wahnleistungen) sowie durch Zuschüsse der öffentlichen Hand finanziert.

Zur Beleuchtung der Ertragsseite/Erlösseite muss die Frage beantwortet werden, wie die Leistungen des Krankenhauses vergütet werden. Dazu ist es unvermeidlich, einen Blick auf das deutsche Gesundheitssystem mit seiner nur schwer zu durchdringenden Gemengelage aus privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen und Subventionen der öffentlichen Hand zu werfen.

2.2. Änderung der Krankenhausfinanzierung

Das Gesundheitssystem wurde in den vergangenen Jahrzehnten laufend reformiert, die entscheidenden Weichenstellungen für die aktuelle Krankenhausfinanzierung resultieren aus der Gesundheitsreform im Jahre 2000: Damals wurde ein Zeitplan aufgestellt für die gestaffelte Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems (§ 17 b KHG). Demnach wird das bis dahin geltende System der Krankenhausvergütung aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen, Sonderentgelten und Krankenhausbudgets verbindlich seit dem Jahr 2004 stufenweise abgelöst. Derzeit sind noch Mischformen (alt/neu) bzw. Übergangsformen bei der Krankenhausfinanzierung anzutreffen.

Ziel ist die Verwendung landeseinheitlicher Basisfallwerte bis zum Jahr 2009 (§ 4 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)). Die entsprechenden Gesetze sehen aber auch Ausnahmen vor, z. B. Krankenhäuser der Psychiatrie (siehe auch § 1 KHEntgG).

2.3. Diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRGs)*

* *Diagnosis Related Groups: Hierauf wird vertiefend in diesem im Kapitel im Zusammenhang mit der Schadenregulierung eingegangen. Weitere Informationen unter 4 Anlagen: DRG-Entgelttarif... Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG*

Basis der Neuregelung ist das australische DRG-Patienten- und Behandlungsklassifikationssystem. Behandlungsfälle werden nach der Diagnose sowie den weiteren Behandlungsschritten zu einer Fallgruppe zusammengefasst. Die diesen Fallgruppen zugerechneten Kosten werden pro Krankenhaus, pro Land und bundesweit erfasst und ausgewertet. Daraus werden Durchschnittswerte ermittelt:

- Aus den Meldungen je Fallgruppe: Die Werte der einzelnen **Fallpauschalen**.
- Aus der Kumulation der Fallpauschalen: Die **Basisfallwerte**.

Die Auswertungen erfolgen je Krankenhaus, pro Bundesland und bundesweit.

Die einzelnen Fallgruppen erhalten je nach Behandlungsaufwand ein Relativgewicht zu dem ermittelten Basisfallwert.

Berechnungsbeispiel (hypothetisch)

| DRG | DRG-Definition | Relativgewicht | Basisfallwert € | Erlös € |
|------|----------------------------------|----------------|--------------------|------------|
| 103C | Hüftgelenk | 4,0 | 2.478,58 | 9.914,32 |
| 103B | Hüftgelenk mit Begleiterkrankung | 4,9 | 2.478,58 | 12.145,04 |

In vorstehendem Berechnungsbeispiel, das einer Patienteninformation entnommen ist, werden die Zusammenhänge deutlich:

- Die DRG-Nummer beschreibt die für die Behandlung maßgebliche Fallgruppe, die Zuordnung nimmt der Arzt vor.
- Das Relativgewicht beschreibt die Relation zwischen der einzelnen Fallpauschale und dem Basisfallwert. Konkret bedeutet dies, dass die DRG 103C eine relativ komplizierte Behandlung beschreibt, deren Fallgruppenwert das Vierfache des Basisfallwerts beträgt.
- Alle DRG-Fallgruppen können mit Hilfe des Faktors „Relativgewicht“ durch Multiplikation mit dem Basisfallwert dargestellt werden.

- Für die Berechnung des Umsatzerlöses ist der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert maßgeblich.
- Liegt dieser über oder unter dem Landesbasisfallwert, erfährt das Erlösbudget des Krankenhauses gemäß § 4 KHEntgG für das kommende Jahr eine Anpassung. Die Anpassungsmechanismen sind für die Jahre 2005 bis 2009 gestaffelt. Nach dieser durch den Systemwechsel bedingten Übergangszeit werden einheitliche Basisfallwerte ohne weitere Anpassung zu Grunde gelegt.

2.4. Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV)

Für Krankenhäuser gilt seit dem Jahre 1978 die Krankenhausbuchführungsverordnung als spezielle Verordnung für die Rechnungs- und Buchführungspflichten. Sie gilt grundsätzlich rechtsformunabhängig und geht in ihren Spezialvorschriften dem HGB vor. Da sie auch für nur teilweise geförderte Krankenhäuser gilt, wird durch die KHBV der wesentliche Anteil aller Krankenhäuser erfasst. Ausgenommen sind die in § 1 Abs. 2 KHBV näher bezeichneten Kliniken. Durch die KHBV vorgegeben werden unter anderem Mindestgliederungsvorschriften für Bilanz und G+V-Rechnung sowie der Kontenplan. Zweck der Vorschrift ist die neutrale Darstellung von Zuschüssen der öffentlichen Hand.

Bei der Ermittlung der Versicherungssummen kann bei den meisten Krankenhäusern auf die nach dieser Vorschrift erstellte G + V bzw. auf die zugehörige Kontenebene zurückgegriffen werden, da diese Unterlagen die zur Summenermittlung notwendigen Daten enthalten.

3. Summenermittlungsverfahren

3.1. Verfahrensweisen in der Praxis

In der Praxis haben sich eine Reihe von Verfahren zur Ermittlung der Versicherungssumme herausgebildet. Die wichtigsten sind:

- FBU-Summenermittlung nach G + V (VdS Druckstücke 177/178)
Hierbei handelt es sich um den klassischen FBU-Summenermittlungsbogen. Er ist grundsätzlich bei allen Wirtschaftsunternehmen verwendbar.
- Summenermittlung ausgehend vom Erlösbudget gemäß Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)
Dieses Verfahren ist in der Praxis bei Krankenhäusern häufiger anzutreffen. Die dort vorgegebene Vorgehensweise ist jedoch wenig transparent, so dass sich seine Anwendung nicht empfiehlt.
- Summenermittlung nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV)
Bei diesem Verfahren erfolgt die Ermittlung der Versicherungssumme auf Basis des Krankenhauskontenplans sowie der speziellen G + V der KHBV.

Das Verfahren der Summenermittlung nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) ist wegen seiner Ausrichtung auf die Krankenhausspezifika und aus Transparenzgründen am besten geeignet, die Ertragsausfall-Versicherungssumme eines Krankenhauses zu ermitteln. Daher wird im Folgenden dieses Verfahren näher betrachtet.

3.2. Summenermittlung im Krankenhaus auf der Basis der KHBV

Die Ermittlung des EA-Versicherungswerts und damit der EA-Versicherungssumme erfolgt grundsätzlich durch Saldierung dreier Teilpositionen, die wiederum aus verschiedenen Unterpositionen bestehen:

| | |
|-----|--|
| (1) | Erlöse aus der originären Krankenhaus-Leistung |
| (2) | + sonstige versicherbare Erlöse |
| (3) | ./. variable Kosten |
| (4) | = versicherter Ertrag = EA-Versicherungssumme |

(1) Ermittlung der betrieblichen Erlöse

Bei der Erhebung der betrieblichen Erlöse aus der originären Krankenhaus-Leistung wird auf die Kontengruppen aufgesetzt, die die betrieblichen Erlöse abbilden:

| |
|---|
| Summen der Kontengruppen 40 bis 45 |
| + Summe Kontengruppe 55 Bestandsveränderungen, andere aktivierte Eigenleistungen (Überlieger) |
| + gegebenenfalls Zuschlag für geplante Steigerungen in den Folgeperioden* |
| + gegebenenfalls Ertragsausfallschaden bei einem Versicherungsfall |
| = Summe der originären Erlöse aus Betriebsleistungen |

Die **Kontengruppen 40 bis 45** beinhalten:

- 40 Erlöse aus allgemeinen Krankenhausleistungen (Erlöse aus DRG + Zusatzentgelten im Wesentlichen)
- 41 Erlöse aus Wahlleistungen (z. B.: Zimmerzuschläge, Telefon, TV)
- 42 Erlöse aus ambulanten Leistungen
- 43 Nutzungsentgelte und sonstige Abgaben der Ärzte (vertragliche Abgaben aus Privatliquidationen)
- 44 Rückvergütungen, Vergütungen, Sachbezüge (Lohnabzüge der Arbeitnehmer für Wohnen und Verpflegung sind aus Krankenhaussicht betrieblicher Erlös)
- 45 Erträge aus Hilfs-, Nebenbetrieben, Notarztdienst (werden, wenn vorhanden in der Regel mitversichert)

Nicht relevant für die Berechnung des EA-Versicherungswerts sind Erträge aus Fördermitteln und Zuschüssen Dritter, die in folgenden Kontengruppen abgebildet werden:

- 46 Erträge aus Fördermitteln nach dem KHG
- 47 Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand sowie Zuwendungen Dritter

Kontengruppe 55 enthält vor allem die DRG-Erlöse der so genannten Überlieger. Dies sind Leistungen an Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus waren. Es handelt sich also um einen Abgrenzungsposten.

Ein **besonderer Fall** liegt vor, wenn sich bei dem Krankenhaus ein Betriebsunterbrechungsschaden ereignet hat. Dieser **Ertragsausfallschaden** muss als sonstiger betrieblicher Ertrag hinzugerechnet werden, um den EA-Versicherungswert korrekt ermitteln zu können. Dabei ist ausschließlich der reine Ertragsausfallschaden relevant; Mehrkosten und Schadenminderungsaufwand bleiben außen vor.

* Zuschlag für Folgeperioden, da die künftige Ertragsentwicklung maßgeblich für die Versicherungssumme ist. Auch der Schaden z. B. am letzten Tag der Laufzeit muss abgebildet sein. Der Bewertungszeitraum wird in der Regel Perioden vor oder nach der aktuellen Versicherungsperiode betreffen. Siehe auch Schaubild Seite 3.

(1a) Alternative: Vereinfachte Ermittlung der betrieblichen Erlöse

Alternativ kann der Versicherungswert mittels einer weiteren Vereinfachung berechnet werden, indem die gesamten Umsatzerlöse gemäß Anlage 2 zur KHBV herangezogen werden. Allerdings ist dies nur dann möglich, wenn ein solcher Ausweis erfolgt, was in der Praxis selten der Fall ist. Zudem wäre zu klären, welche Positionen der G+V-Rechnung in den Umsatzerlösen gesamt berücksichtigt wurden.

| |
|---|
| <p>+ Umsatzerlöse gesamt (KHBV Anlage 2) + gegebenenfalls Zuschlag für geplante Steigerungen in den Folgeperioden* + gegebenenfalls Ertragsausfallschaden bei einem Versicherungsfall = Summe der originären Erlöse - alternativ -</p> |
|---|

Die **Umsatzerlöse gesamt** ergeben sich aus der G+V-Rechnung nach Anlage 2 der KHBV:

- Die Positionen 1 bis 6 (dies sind im Wesentlichen die Positionen der Kontenklassen 40 bis 43 und 55) sind in voller Höhe relevant.
- Bei der Position 8, „sonstige betriebliche Erträge“, sind nur die Erlöse aus den Kontengruppen 44 und 45 (KHBV) hinzuzurechnen.
- Nicht relevant (!) ist die G+V-Position 7: Erträge aus und Zuwendungen der öffentlichen Hand.

(2) Ermittlung der sonstigen versicherbaren Erlöse Dritter

Durch ein Schadenereignis im Krankenhaus können auch Erträge Dritter beeinträchtigt werden. Diese **können** in die Ertragsausfallversicherung eines Krankenhauses eingeschlossen werden und sind dann auch in der Versicherungssumme zu berücksichtigen. Da sie nicht in der Buchführung des Krankenhauses selbst abgebildet sind, muss das Krankenhaus die entsprechenden Werte beibringen.

Unter den „sonstigen versicherbaren Erlösen“ können folgende Positionen berücksichtigt werden:

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> + Sonstige Einnahmen der Ärzte für im Krankenhaus erbrachte Leistungen + Einnahmen der Belegärzte und sonstiger freiberuflich, rechtlich selbstständiger Personen für im Krankenhaus erbrachte Leistungen + Einnahmen von rechtlich selbständigen Tochterunternehmen (Umsatz ./ Wareneinsatz) + gegebenenfalls Zuschlag für geplante Steigerungen in den Folgeperioden* = Summe der sonstigen versicherbaren Erlöse |
|--|

* Zuschlag für Folgeperioden, da die künftige Ertragsentwicklung maßgeblich für die Versicherungssumme ist. Auch der Schaden z. B. am letzten Tag der Laufzeit muss abgebildet sein. Der Bewertungszeitraum wird in der Regel Perioden vor oder nach der aktuellen Versicherungsperiode betreffen. Siehe auch Schaubild Seite 3.

(3) Variable Kosten

Durch die verminderte Leistungserstellung im Schadenfall gehen die leistungsabhängigen Kosten (aus Materialeinsatz oder Energieverbrauch etc.) zurück. Der potenzielle Ertragsschaden, der aus den ausfallenden Umsatzerlösen resultiert, reduziert sich daher um den Betrag der variablen Kosten. Eine besondere Position, aus der diese Kosten abgelesen werden könnten, gibt es in der Krankenhausbuchführung nicht. Der Betrag der Kosteneinsparung infolge eines Schadenfalles lässt sich durch eine Soll-Ist-Rechnung bei den Positionen der Kostenrechnung, die die verbrauchsabhängigen Kosten enthalten, ermitteln. In der Praxis hat sich allerdings ein Erfahrungswert herausgebildet, der auch in den marktgängigen Krankenhaus Summenermittlungsschemata Anwendung findet.

Langjährige Beobachtungen zeigen einen Erfahrungswert von mindestens 20 % variabler Kosten im Krankenhaus! Überprüfungen in Schadenfällen haben die Größenordnung dieses Werts bestätigt. Somit kann bei der Ermittlung des Versicherungswerts auch ein pauschaler Ansatz von 20 % variabler Kosten erfolgen.

(4) Zusammenfassung und Berücksichtigung überjähriger Haftzeiten

Die variablen Kosten sind für die Ermittlung der versicherten Erträge von den Erlösen aus der betrieblichen Leistung und den sonstigen versicherbaren Erlösen abzuziehen. Der aus dieser Subtraktion resultierende Wert bezeichnet die versicherten Erträge bezogen auf das betrachtete Geschäftsjahr. Übertragen auf die Systematik der Ertragsausfallversicherung sind diese Werte maßgeblich für einen Haftungszeitraum von 12 Monaten. Bei **überjähriger Haftzeit** muss diese Summe mit der Anzahl der Haftzeitjahre multipliziert werden, um die entsprechende Mehrjahres-Versicherungssumme zu erhalten.

| | |
|-----|---|
| (1) | Summe der originären (betrieblichen) Erlöse |
| (2) | + Summe der sonstigen versicherbaren Erlöse |
| (3) | ./ variable Kosten |
| (4) | = EA-Jahres-Versicherungssumme x Haftzeitfaktor* |
| | = EA-Versicherungssumme |

*Bei Haftzeiten:

> 0 bis 12 Monate: Faktor = 1; > 12 bis 24 Monate: Faktor = 2; > 24 bis 36 Monate Faktor = 3; usw.